Sanitat

EL PREU DE LA SALUT.

INTERESSOS, CLASSE I MODEL SANITARI

EspaiFàbrica

Aquest llibre ha estat presentat
en el marc de les **Jornades
Construïm la Sanitat als Països
Catalans**, organitzades per la CUP
el 22 de febrer de 2014

Llicència de Reconeixement -
No Comercial - Compartigual 3.0
No adaptada (cc-by-nc-sa)

DL: L-000-0000

Correcció i traducció:
Bet Capdevila i Costa,
Agnès Fourcade Arenillas,
Maya Busqué Vallespí,
Lidia Montes de Oca Quiñones

Coordinació d'autors:
Dídac Prat i Lecha

Disseny gràfic:
131.gd
(Pau Llop + Esteve Padilla)

Edició:
Anaïs Fernàndez i Tosas

Impressió:
El Tinter, SAL

Imprès a Barcelona,
Països Catalans

Índex

PRÒLEG

PARAULES PRELIMINARS
David Vidal
9

INTRODUCCIÓ

DESMUNTAR LA GOVERNANÇA
Eloi Mayordomo
17

LA DESPOSSESSIÓ: LA RAÓ DE SER DEL CAPITALISME
Josep Manel Busqueta
22

LA SALUT: UNA VISIÓ EN EL TEMPS, L'ESPAI I L'ACCIÓ
Àngels Martínez
36

SALUT I SOCIETAT

ELS DETERMINANTS SOCIALS DE LA SALUT
Joan Benach · Carme Borrell
53

L'EXCLUSIÓ SANITÀRIA: EL FULL DE RUTA D'UN MODEL SANITARI BASAT EN LES DESIGUALTATS
Montserrat Pineda
62

LA SALUT, UNA QÜESTIÓ DE CLASSE I GÈNERE
Isa Garnika · Paula Morey
68

EL MALALT COM A CULPABLE? SENSE REVOLUCIÓ NO HI HA SALUT
Gerard Horta
76

CONSEQÜÈNCIES DE L'AGENDA NEOLIBERAL

L'ERA DEL CONSENS
Abel Caldera
87

LIBERALITZACIÓ DE L'NHS: ORIGEN I DESTÍ DE LA REFORMA DE LANSLEY
Alex Scott · Lucy Reynolds
John Lister · Martin McKee
92

ANÀLISI DEL MODEL D'INICIATIVA DE FINANÇAMENT PRIVAT (MODEL ALZIRA) I DEL MODEL DE SALUT CATALÀ
Laura Pabón
108

EL SISTEMA DE SALUT DEL CANADÀ: TRENTA ANYS DE MEDICINA PRIVADA IL·LEGAL
Carles Muntaner
Ritika Goel · Maria Páez
119

EXISTEIXEN ALTERNATIVES

SÍNTESI DE L'EXPERIÈNCIA EN SALUT DE LA REVOLUCIÓ VENEÇOLANA
Óscar Feo
128

EVOLUCIÓ DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUT CUBÀ
Tania Aguilar · Pastor Castell
Francisco Rojas · Silvia Martínez
136

PRESENT I FUTUR

REFLEXIONS
Maria José Lecha
155

ATENCIÓ PRIMÀRIA
Elena Monsterrate
159

EL PAPER DELS HOSPITALS DAVANT DE LES RETALLADES. QUIN PAPER HAN DE TENIR EN LA SANITAT PÚBLICA QUE VOLEM?
Xavier Lleonart
168

PROCÉS CONSTITUENT I DRET A LA SALUT: ALGUNES PROPOSTES DE REGULACIÓ DEL DRET A LA SALUT PER A UNA NOVA CONSTITUCIÓ
Albert Noguera
178

PARTICIPACIÓ CIUTADANA: ENTRE LA RETÒRICA SOCIAL LIBERAL I LA DEMOCRÀCIA SANITÀRIA INTEGRAL
Carles Muntaner · Clara Juandó
194

EPÍLEG

EPÍLEG
Isabel Vallet
205

BIOGRAFIES

211

PRÒLEG

INTRODUCCIÓ
SALUT
I SOCIETAT
CONSEQÜÈNCIES
DE L'AGENDA
NEOLIBERAL
EXISTEIXEN
ALTERNATIVES
PRESENT
I FUTUR
EPÍLEG

PARAULES PRELIMINARS

David Vidal

A partir de la meva curta experiència de dos anys com a regidor de la CUP en un dels ajuntaments més endeutats de l'Estat espanyol —i, en conseqüència, com a conseller de diferents empreses sanitàries del hòlding d'empreses municipals de Reus—, i abans de donar pas als articles de la resta de companys i companyes per qui sento gran admiració, m'agradaria aprofitar aquesta oportunitat per fer cinc cèntims del conegut cas de corrupció INNOVA, i dels seus vincles clars amb alts càrrecs de l'Administració catalana, quan ja comença a ocupar algun titular als mitjans de comunicació.

Però primer permeteu-me que utilitzi aquesta presentació per compartir també una inquietud més personal. Necessito esplaiar un crit, un crit que vaig reprimir un dia quan esperava el torn perquè em visités el "meu" metge.

Com per una espurna no mancada de sana ironia, em vaig preguntar quants dels que érem presents en aquella gran sala massificada tindrien alguna referència del Sr. Price, del Sr. Waterhouse o del Sr. Cooper. Segurament cap. Del que sí que estava completament convençut és que mai ningú de PricewaterhouseCoopers coneixeria cap dels allí presents, si no era com a blancs, terme que utilitzen alguns publicistes per referir-se a un consumidor potencial. Vaig tenir ganes de pujar dalt d'un seient i cridar: «Sabeu el que passa amb el vostre dret a una sanitat digna? Sou consci-

ents què significa la privatització de la sanitat pública? Voleu saber com us afecta? Tindrem lloc al pap també per digerir i empassar-nos aquest atac contra un dret tan fonamental?». No crec que cap dels meus virtuals oients tingués cap dubte a l'hora d'entendre la salut com un bé fonamental i considerar-hi l'accés com un dret universal. De ben segur, però, que hi haurà més d'una persona que defensarà la gestió privada —per exemple, d'uns aparcaments a la ciutat—, per allò tan fals com avorrit per tota una sèrie de gestions ineficaces i d'eficaces propagandes tendencioses que l'empresa privada és més eficient que la pública. Senyors i senyores, els voldria plantejar una senzilla reflexió: la privatització o el seu nou eufemisme, externalització— no és pas que un senyor molt ric i molt preparat que ha sabut gestionar amb èxit els seus negocis es farà càrrec de, per exemple, la nostra sanitat, rendibilitzant els recursos existents i consolidant-ne de nous. Aquests senyors que pugen per la nostra sanitat no són empresaris. No hi ha un Sr. Price que sigui un cap d'ala en la direcció hospitalària, ni un Sr. Cooper que sigui un primera espasa en l'administració d'un ambulatori. En el sentit tradicional, que és el que encara està present en la mentalitat i la bona fe de la majoria de la ciutadania, no hi ha ni tan sols empresa.

«Escolteu-me!», els voldria dir. Darrere de tot plegat hi ha una colla d'accionistes que reclamaran beneficis clars a cada final d'exercici i, si un trimestre no és bo, pressionaran els seus administradors. I si el trimestre següent tampoc no els surten els números, els destituiran per uns altres que no deixaran perdre aquesta oportunitat i faran qualsevol cosa per merèixer un càrrec tan lucratiu. Són inversors, i tant els és especular amb un malalt de càncer com amb un viaducte sobre una autopista. Per a aquesta gent ni tan sols som mercaderia més o menys tangible, som un producte financer. «Si us plau», voldria cridar, «feu un esforç: us podeu imaginar una junta d'accionistes en què aquests s'aixequin de la cadira per aplaudir una gestió sanitària que aconsegueixi un excel·lent servei als ciutadans? Si apliquem un mínim de lògica, la imatge se'ns presenta ridícula. Us podeu imaginar com pot acabar la cosa?».

Com diu un dita popular: qui té salut i llibertat és ric i no ho sap, ja que el seu veritable valor es coneix quan ens manquen. ¿Hem d'esperar, pacients, el deteriorament del nostre sistema sanitari públic a grans passos, mentre augmenten progressivament les mútues i els despatxos privats en centres hospitalaris públics, sense cap tipus de fiscalització per part de la Generalitat i sense cap llei específica que ho reguli?

Des de l'àmbit estrictament institucional, tinc el deure d'amplificar aquestes qüestions, de cridar a la ciutadania més fort que no pas el soroll mediàtic distorsionador, de fer visible tot camuflatge mal intencionat, de descobrir els seus sofismes i els seus arguments fal·laços. En definitiva, cal fer pedagogia, portar al carrer el debat i donar volum a conclusions

rigoroses com les que presenta aquest llibre, perquè estic convençut que, si som capaços de transmetre aquestes reflexions, ens en sortirem.

De fet, el que vaig fer a l'Ajuntament de Reus el 2 de desembre del 2011, en nom de tota l'assemblea de la CUP, en el transcurs de la segona reunió del consell d'administració d'INNOVA —amb Prat encara ocupant la cadira de gerent a escassos metres—, va ser trencar les inèrcies còmodes, assolellades i insanes dels consellers "progressistes" i "democratacristians" i fer encallar la màquina d'emplenar butxaques. Canviant de registre, us exposo un fragment de l'acta:

> *Amb l'objectiu i la bona voluntat de contribuir al bon funcionament de les institucions municipals, de bona fe i sempre mirant per l'interès de la ciutat i del bé comú, vaig demanar una sèrie d'informacions en referència a INNOVA, que m'han estat negades. La llei determina que, com a conseller, les meves funcions passen, entre d'altres, per fer un control de la gestió, participar en la gestió, i eventualment, aprovar o desaprovar el funcionament d'INNOVA.*
>
> *Dit això, tinc una responsabilitat personal que, en conseqüència, pot derivar en una responsabilitat judicial, civil o penal. Davant la manca d'informació no puc exercir la funció que la llei m'atorga, i cauen en la meva responsabilitat i autoritat uns perjudicis que no puc calcular en tota la seva magnitud, ja que aquesta manca d'informació m'impossibilita exercir tots els drets que em dóna la llei com a conseller. I em produeix una indefensió basada en el desconeixement real de la situació.*
>
> *Aquest dret d'informació, que neix en la llei, que el protegeix, no me'l poden limitar. De bona fe, i amb molt bona voluntat, he demanat exercir la meva responsabilitat, drets i deures, però l'alcalde de la ciutat m'ho ha negat.*
>
> *Com que vostès no m'han reconegut aquest dret que m'atorga la llei —qui mana és la llei— i aquesta diu que tinc l'obligació i el dret de conèixer tota la informació, jo, per poder complir el meu deure, els anuncio que recorreré a la via judicial, i que em reservo les accions civils, penals i administratives que em corresponguin, ja que crec que no es tracta d'un acte de negligència, sinó de mala fe, i perquè siguin ells i elles qui reconeguin aquest dret que vostès m'estan negant i els obligui a actuar sempre en el marc de la llei.*
>
> *No puc permetre que vostès se situïn al marge de la llei i, a través de la via judicial, intentaré restablir els criteris*

d'administració que la llei marca. Per finalitzar, demano al president que comuniqui al secretari que reculli en l'acta l'anunci d'aquesta acció legal, ja que crec que els meus drets bàsics com a conseller a hores d'ara estan lesionats.

Els antics gerents i el mateix alcalde, en aquest cas president, ens responien que la llei de protecció de dades personals no permetia que un regidor i conseller de la mateixa empresa tingues accés a aquesta informació. Us imagineu ser soci accionista d'una empresa i no tenir accés als sous de la plantilla?

Prat, amb un sou de 265.000 € anuals de l'Ajuntament de Reus, mentre era president de l'Institut Català de la Salut, adjunt a la presidència amb caràcter executiu de SAGESSA, director general de Serveis de l'Ajuntament de Reus, director general d'INNOVA i membre del Consell Assessor per a la Sostenibilitat i el Progrés del Sistema Sanitari, dirigia l'empresa d'hospitals privats més important d'Espanya: USP Hospitales. En aquesta xarxa hospitalària el rei Joan Carles va ser operat després de la cacera d'elefants a Botswana. ¿Com pot ser que tots els partits polítics aprovessin la gestió de Prat al capdavant de l'empresa pública més gran de Catalunya, quan aquest defensava interessos de la sanitat privada al mateix temps?

Factures sense control, "endolls" laborals, sous astronòmics, despeses milionàries sense justificar, informes i assessories que ningú no ha vist mai, amb la complicitat d'empreses auditores com PWC i Faura Casas, subcontractacions a dit, i molts altres fets que es poden estendre per tot Catalunya , van tenir el seu laboratori de proves a Reus i a les Terres de l'Ebre.

Des de l'inici de la investigació judicial, hem comprovat com Boi Ruiz, Germà Gordó i Artur Mas mantenen un contacte directe no només amb Prat, sinó també amb el seu advocat —el mateix d'Oriol Pujol i de De la Rosa—, que reclamava mitjançant un correu electrònic adreçat a Boi Ruiz el pagament amb diner públic de la defensa de Prat en els diferents afers judicials en què està imputat. Una mostra més de la impunitat amb què es mouen aquests personatges i de la manca de control democràtic que hi ha del diner públic. Que amb diners públics es pretengui pagar un presumpte lladre de diners públics que ha tingut un sou públic de més de 265.000 € anuals és un fet que en qualsevol país que es faci anomenar democràtic provocaria autèntics estralls.

Sigui com sigui, el senyor Prat continua formant part del Consell Assessor de Sanitat del senyor Mas, un consell que defensa el copagament per «evitar l'abús dels ciutadans».

Prat no és l'únic cas. El nombre de delictes i d'imputats ha anat augmentant: exregidors, exdirectius del CatSalut i d'INNOVA… I és que dins del que podem entendre com a corrupció hi ha diferents agents o actors: executors, corruptes i corromputs, sol·licitadors, extorsionadors i extorsionats, aconseguidors i intermediaris, mandataris, comissionistes, recaptadors, fiduciaris, beneficiaris, perjudicats i escarmentats.

¿Una còpia a gran escala del hòlding INNOVA a Catalunya? ¿Us podeu imaginar desenes de consells d'administració amb majoria de polítics locals de CIU, PP, PSOE, ERC i ICV gestionant la nostra salut sense cap tipus de fiscalització per part de la Generalitat, com passava o passa a Reus i a les Terres de l'Ebre? Doncs això ja està passant! I si no que ho preguntin a Ramon Serna, o a la Marta i l'Albano, de la revista *Cafèambllet*.

El model d'INNOVA, en síntesi, és un experiment neoliberal que sota la denominació de «nova gestió pública» ha fet possible que una sèrie de càrrecs directius facin de la gestió del diner públic una menjadora que dóna lloc a un sistema clientelar, un sistema que està saquejant les arques públiques tant de l'àmbit sanitari com d'altres àmbits.

Una prova constatable i expressada per diverses fonts properes al Col·legi d'Interventors i Secretaris de Catalunya és que, amb les dades a la mà, en aquells municipis on la gestió del diner públic està en mans d'empreses de gestió privada amb capital públic, el deute és marcadament superior comparat amb altres municipis on interventors i secretaris sí que controlen la major part de la gestió del diner públic de manera directa.

Per si no n'hi hagués prou, els partits autodenominats d'esquerres intentaven argumentar —i encara ho intenten fer— que la creació d'empreses i consorcis era la garantia que els serveis públics de pobles i ciutats fossin viables, i s'evitaria, així, que algun dia s'haguessin de privatitzar.

La realitat actual ha posat en evidència que aquests arguments eren falsos, i no només això, sinó també que la creació de les empreses públiques ha facilitat el procés de privatització. Com que ara són empreses amb un capital social "propi", ha estat més fàcil poder iniciar el procés de privatització. Més fàcil poder calcular el valor real d'aquesta empresa al mercat i més fàcil de poder mostrar "el producte" als futurs compradors que, com a voltors, ja fa mesos que fan tombs en cercle sobre l'edifici de l'ICS i de la Generalitat.

El conseller Boi Ruiz vol tancar aquest escàndol obviant la clara relació i responsabilitat que afecta directament la Conselleria de Sanitat —també amb Marina Geli— i la presidència del govern de la Generalitat. Volen passar per alt que s'han facturat milions d'euros de manera fraudulenta, i volen passar per alt que el mateix govern municipal i autonòmic s'ha beneficiat o ha encobert la corrupció des del primer dia fins a l'últim.

Hi ha alguns politòlegs que creuen que l'estat del benestar —expressió que gairebé ningú no utilitza— és fruit de la por, por que els avenços en matèria social de les darreres dècades se'ls girin en contra. I com tot organisme esporugit decanta aquest temor en forma de violència defensiva. La por que algú s'encarrega d'aplicar de forma sistemàtica aprofitant els mateixos triomfs que el poble ha creat. La por que és la seva violència

(retallades, privatitzacions, corrupció, "endolls" laborals, mala gestió del diner públic, socialització de les pèrdues i privatització dels guanys, espoli social, repressió policial, augment d'impostos i taxes, pèrdua de la qualitat en l'assistència sanitària pública, augment dels preus dels serveis públics, atacs contra els drets laborals). Cal ser radical, cal plantar cara a aquest robatori.

No crec que es puguin encarar les grans qüestions actuals sense un pensament que vagi a l'arrel del problema. No es poden plantejar solucions epidèrmiques a termes com la corrupció política o a la manca de control democràtic del diner públic. Tot el que no sigui radical és un pedaç.

El fracàs de la socialdemocràcia és que es pensava que una esquerra epidèrmica, sostinguda per tres o quatre tòpics, podria conviure i sobreviure damunt d'un cos ultraliberal. És un empelt fracassat. És una història de pedaços que ara ja comença a no trobar espai per a més. Se'ls està acabant la tela.

Des de Reus tenim clar que cal fer una pedagogia constant per traslladar a l'opinió pública el fracàs de la nova gestió pública en l'àmbit sanitari, amb uns tecnòcrates acabats de sortir del forn d'escoles de negocis que, amb la complicitat dels diferents membres dels consells d'administració d'empreses sanitàries "públiques", prioritzen l'interès partidista o empresarial, abans que l'interès general. Cal marcar una política participativa clara en el control de la gestió sanitària. Però mentre a un càrrec electe —ja sigui en un ajuntament o al Parlament de Catalunya— se li denegui informació, les nostres propostes seran de política-ficció, o seran utilitzades en va com a eina de cosmètica electoral pels partits tradicionals. La racionalització de la despesa és un àmbit a destacar, i no només pels fets descrits anteriorment, sinó per la nul·la capacitat de buscar alternatives per millorar l'orientació actual del servei, clarament enfocat al manteniment de l'*statu quo* i a l'obtenció de benefici.

Davant l'empara dels polítics, la manca de policia fiscal que persegueixi els grans delictes i de lleis de transparència apropiades, la impunitat, l'apropiació indeguda de diner públic i l'espoli social en general, només ens queda el treball i la força de la unitat popular per poder fer algun canvi substancial pel que fa al control democràtic del capital públic. Aquesta força no l'aconseguirem només jugant al seu joc dins les institucions, jutjats i administracions, sinó que és al carrer, on hem de potenciar el canvi social que ens permeti qüestionar el seu model de baix a dalt. I això, entre altres coses, passa per potenciar el sentiment de col·lectivitat i de bé comú. En aquesta línia, voldria destacar la feina de totes aquelles persones i plataformes en defensa de la sanitat pública que a través de la feina conjunta ens han permès posar noms i cognoms als presumptes corruptes. Un agraïment també per a la resta de companys i companyes que han fet possible l'edició d'aquest llibre, que pretén ser una peça més per establir les bases del debat sobre el model de sanitat que volem construir als Països Catalans.

PRÒLEG

INTRODUCCIÓ

SALUT I SOCIETAT

CONSEQÜÈNCIES DE L'AGENDA NEOLIBERAL

EXISTEIXEN ALTERNATIVES

PRESENT I FUTUR

EPÍLEG

I

DESMUNTAR LA GOVERNANÇA

Eloi Mayordomo

El 6 de febrer de 2013, el conseller de Sanitat, Boi Ruiz, anunciava l'inici d'un procés per pactar amb totes les forces polítiques i socials el model sanitari de Catalunya. Lluny de ser un exemple aïllat, les polítiques basades en grans acords responen a un particular procés d'elaboració de polítiques públiques.

Evolució de la presa de decisions polítiques

La governança com a procés d'elaboració de polítiques públiques té el seu origen després de la Segona Guerra Mundial, en un context en què els governs d'Europa han d'implementar el Pla Marshall.[1] Sota una visió molt influenciada per les teories de la planificació, el procés polític es concentra en l'executiu i la presa de decisions amb una clara concepció «de dalt a baix». A la pràctica, però, l'exercici del poder s'obstaculitza amb la resistència dels

1 Mayntz, R. «New challenges to governance theory». A: Bang, H. P, (Ed.) *Governance as social and political communication*. Manchester: Manchester University Press, 2003.

destinataris de les polítiques públiques que, a través de l'autoorganització i l'exercici de les seves capacitats d'actuació conjunta, aconseguien boicotejar l'assoliment dels objectius del poder i, per tant, subvertir-lo.

A partir dels anys 70,[2] els governs aprofundeixen en un desplegament més empíric de les polítiques, centrant-se en la definició de l'Agenda, els elements del context i, molt especialment, sobre l'organització de l'executiu i el rol que han d'exercir les lleis. Això a la vegada que incorporen els valors, les estructures i els comportaments d'aquells sobre els qui volen exercir el «control polític». Tot i així, encara es fa massa visible que l'estat és el cor del control social i, per tant, continua essent relativament senzill minar les bases sobre les quals se sustenta l'exercici del poder. Es manifesta la necessitat de desvincular l'estat de la implementació de les polítiques i, per fer-ho, es requereix d'una «governança societal».

Amb aquest objectiu, al final dels 70 i començament dels 80, s'introdueixen principis del lliure mercat i es generen acords corporatius mixtos entre el sector públic i el privat: sistemes "d'autoregulació" en què l'estat no participa de forma directa (com, per exemple, els convenis col·lectius). És un moment en què el neoliberalisme polític realitza un esforç significatiu per consolidar el seu poder de classe, treballa en la construcció del consens i funda *think-tanks* com The Heritage Foundation, l'Hoover Institute, el Center for the Study of American Bussiness o l'American Enterprise Institute, que amb el finançament del National Bureau of Economic Reserch elaboren i desenvolupen l'argumentari empíric i filosòfic de les polítiques neoliberals.[3]

A partir d'aquest moment, aquesta dinàmica s'acompanya d'un procés de reescalació del poder. Es produeix una delegació de competències de l'estat cap a ens subestatals —que, en el cas de l'Estat espanyol, es constitucionalitza amb l'estat de les autonomies— i una delegació de competències supraestatals —que aquí es materialitza amb l'entrada a la Unió Europea. Amb el disseny del govern multinivell es realitza un reacomodament del sistema politicoeconòmic i es defineix una estratègia que permet a les coalicions governamentals afrontar desastroses conseqüències de la crisi «fordista»[4] amb més garanties. Com a conseqüència d'això, emergeixen noves arenes polítiques i nous actors que no només plantegen agendes pròpies, sinó que persegueixen extreure les màximes potencialitats de les seves àrees d'influència.

2 Rhodes, R. *Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. Berkshire: Open University Press, 1997.

3 Harvey, D. *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal Editores, 2011.

4 Brenner, N. *New State Spaces. Urban Governance and the Rescaling of Statehood*. Oxford: Oxford University Press, 2004.

La governança

Davant la proliferació d'espais de presa de decisions i la multiplicació d'actors que hi intervenen, es reconeixerà «la incapacitat d'un únic subjecte per dirigir i executar individualment les polítiques públiques en societats com les actuals, més flexibles i fragmentades, a l'interior de les quals una multiplicitat d'actors té la possibilitat d'intervenir en els processos de decisió i en les alternatives de caràcter col·lectiu, encara que només sigui exercitant el seu poder de veto, la qual cosa referma, en realitat, el rol i les modalitats del subjecte públic».[5] Es distingeixen, per tant, la presa de decisions polítiques, el pilotatge, de la prestació de serveis, l'execució de les polítiques públiques, i s'afirma que ambdues són contradictòries per culpa de la burocràcia. A partir d'ara, es proposarà «un govern empresarial que posarà èmfasi en la competència, en els mercats, els clients, i a mesurar els resultats. Aquesta transformació del sector públic implica «menys govern» (menys execució) i «més governança» (més direcció)».[6] És a partir d'aleshores que la governança esdevé un model ideal de «pilotatge».[7]

Conseqüències del model

La governança implica l'abandó d'una concepció del poder "dura" —basada en els diners i les lleis—, per fomentar-ne una altra en què l'estat promou marcs de negociació, cooperació i acord. El poder de l'estat jeràrquic no desapareix, sinó que resta a l'ombra, ordenant i complementant la regulació social. Però no és només això. L'impuls de grans pactes socials per part del govern implica que, d'una banda, reconegui els actors que participen en la presa de decisions com a portadors de l'interès general —alguns d'aquests amb un estatus molt especial—, i, de l'altra, que els atribueixi la capacitat d'influir-hi.

A diferència de la democràcia pluralista —en què la presa de decisions i la intervenció pública es produïa en un àmbit clarament delimitat i la rendició de comptes es realitzava a través de l'exercici de la demo-

5 Governa, F. «Del government a la governance. El canvi de les formes i les modalitats de l'acció col·lectiva del camp urbà i territorial». A: *Documents d'anàlisi geogràfica*. Bellaterra: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona, 2004, núm. 41, p. 45.

6 Jon, P. (Ed) *Debating governance. Authority, Steering and Democracy*. Oxford: Oxford University Press, 2001, p. 56.

7 Mayntz, R. Op. Cit.

cràcia—, la governança «encara no ha codificat les normes i regulacions que mostrin o identifiquin els límits exactes de les arenes de poder»,[8] una llacuna que possibilita pràctiques amb actors no autoritzats i dóna a llum «democràcies pluralistes de vies elitistes»[9] amb implicacions preocupants en la rendició de comptes.

La participació en la presa de decisions polítiques, per tant, es recodifica, i es restringeix un dret inclusiu d'abast formalment universalista a una titularitat funcional (les que tenen el coneixement per fer-ho, les que en són afectades, les que hi tenen un interès particular, etc.). Com a conseqüència d'això, es configura un procés polític «neutre» en què els actors cooperen desinteressadament per a la consecució d'unes finalitats comunes, i assoleixen els objectius gràcies a la voluntat de grans consensos. Res més lluny de la realitat. Incloem una anàlisi amb orientació de poder i observarem com els objectius que porten als actors a participar en el procés de presa de decisions són diversos i, òbviament, previs a aquesta determinada participació política.[10]

La invisibilització de les relacions de poder acompleix, per tant, una funció: la d'impugnar, des del primer moment, els posicionaments crítics, ja que sota la màxima de «la participació és condició *sine qua non* per a la crítica», els actors que defensen *alter-polítiques* es troben davant del dilema de restar-se del procés —i deslegitimar, per tant, les seves argumentacions— o, per contra, ser constrets a una participació en què una correlació de forces desfavorable els atorgarà, en darrera instància, una funció avaladora.

Com a conseqüència d'això, doncs, la representació horitzontal contribueix no solament a legitimar i normalitzar les relacions de poder prèviament existents, sinó que, a més, les consolida, perquè atribueix als actors amb una posició predominant la potestat d'assolir els seus objectius a través de la definició de les polítiques públiques.

Pel que fa a la prestació de serveis, l'objectiu de l'estat d'eliminar les vulnerabilitats derivades de la classe social (perquè els riscos es distribueixen estratificadament de manera desigual), de la trajectòria vital (els riscos també es distribueixen de forma desigual al llarg de la vida) i les de reproducció intergeneracional (que són, en gran part, de classe social,

8 Swyngedouw, E. *Governance Innovation and the Citizen: The Janus Face of Governance-beyond the-State*. Glasgow: Urban Studies, 2005, vol. 42, núm. 11, p. 1999.

9 Featherstone, K.; Radaelli, C. *The politics of Europeanization*. Oxford: Oxford Scholarship Online, 2003, p. 116.

10 Hoff, J. «A constructivist bottom-up approach to governance the need for increasing theoretical and methodological awaraness in research». A: Bang, H.P. (Ed.) *Governance as social and political communication*. Manchester: Manchester University Press, 2003, p. 46.

però també són desigualtat, per exemple, per raó de raça)[11] i proveir benestar a la ciutadania, es garantirà a través de la provisió privada per evitar les «rigideses de l'administració» i «l'excés de burocràcia». El problema és d'origen públic, però és desestima apoderar-lo i desvincular-lo, per exemple, de la incidència partidària.

Introduir la lògica del mercat en la provisió dels serveis té com a primera conseqüència que el sector privat s'ofereixi solament en aquells serveis on sigui plausible extreure'n un benefici i, per tant —i a pesar dels postulats de la cooperació publicoprivada—, el sector públic hagi de prestar serveis —deficitaris!— per cobrir les fallides del mercat: l'àmbit sanitari n'és un bon exemple.

En aquells àmbits en què la provisió privada fos rendible, la governança requereix, com es deia, que el sector públic exerceixi un fort «pilotatge». L'exercici d'aquest implicaria que disposés d'un model d'intervenció del servei *a priori*, en què regularia les característiques del servei, la metodologia del seguiment, control i coordinació o els perfils i les condicions laborals de les treballadores, entre d'altres. S'exclamaria, llavors, que l'excessiva reglamentació desincentiva la lliure competència, ja que, sota l'objectiu de salvaguardar la qualitat del servei —i les persones que el desenvolupen— és limitarien els marges de què poder extreure benefici.

El paradigma de la governança no és un procés d'elaboració de polítiques públiques neutre. No ho és en la seva dimensió de poder i presa de decisions, perquè la democràcia es clausura a titularitats i els actors que hi participen obtenen capacitats d'influència a través de les quals reforcen els seus rols dominants. Tampoc ho és en la seva dimensió de prestació de serveis, en què la provisió privada requereix d'un sector públic feble incapaç de regular i supervisar les seves pràctiques i garantir, així, l'obtenció de la major taxa de benefici.

Davant d'una situació en què el mercat laboral com a assignador de drets és troba cada cop més en fallida manifesta, cal avançar en l'extensió de drets i reivindicar la funció de l'estat com a provisor de benestar, perquè només aquest garanteix la salvaguarda de drets i ho fa amb qualitat i abast universalista.

11 Esping-Andersen, G. *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel, 2011.

II

LA DESPOSSESSIÓ: LA RAÓ DE SER DEL CAPITALISME

Josep Manel Busqueta

Des de l'origen, al voltant del segle XVI i, sobretot, a partir del segle XVIII —moment a partir del qual es desenvolupa de forma robusta la revolució industrial—, podríem dir que el capitalisme ha mostrat una vessant permanentment revolucionària. La capacitat de regenerar els processos d'inversió a partir de la innovació tecnològica permanent, així com l'esperit expansiu, esdevenen uns dels trets més característics d'aquest sistema de relacions socials. Altra cosa és, però, com s'ha aconseguit l'expansió espectacular experimentada per aquest sistema en els darrers tres segles. Analitzant aquest fet, descobrim una cara menys amable del capitalisme, una vessant sovint menystinguda pels apologetes de l'anomenada «economia del lliure mercat».

El capitalisme no sorgeix de forma espontània, i encara menys, d'un acord social entre els diferents membres de la societat. Les condicions que permetran l'expansió d'aquest model de societat caldrà cercar-les, entre d'altres, en tot un seguit de canvis legals que comportaran el naixement d'un exèrcit de persones que, per tal de poder viure, haurà d'aconseguir un treball assalariat que li permeti guanyar un sou. La privatització dels béns i les terres comunals esdevé fonamental, en aquest procés. Cal tenir en compte que els camps i les terres comunals eren fonamentals per a la

reproducció de molts petits grangers i camperols que, en bona mesura, aconseguien sobreviure gràcies a l'accés que tenia el seu bestiar a prats del comú, gràcies a la recol·lecció de llenya o de fruits silvestres, a la possibilitat de pescar als rius, etc. No és menys rellevant el fet que la privatització del comú usurpés a la col·lectivitat l'espai on sovint es desenvolupava tota la vida social de la comunitat: reunions, jocs, festes, etc.

I aquí és on comença la història de l'evolució del capitalisme. Com ens diu Marx:[1] «Després de ser violentament expropiats i expulsats de les seves terres i convertits en rodamons, s'encaixava els antics camperols, mitjançant lleis grotescament terroristes, a força de pals, de marques de foc i de turments, en la disciplina que exigia el sistema de treball assalariat.» Així, doncs, la despossessió dels camperols de tot aquell entorn comunal que els permetia desenvolupar la seva vida de forma autogestionada, i la necessitat que, a partir d'aquell moment, tindran totes aquestes persones de convertir-se en treballadors assalariats, esdevindrà un element clau a l'hora d'explicar l'enlairament industrial del capitalisme. La despossessió violenta i autoritària de les seves condicions de vida tradicionals és la condició per a la formació de l'anomenat home lliure. I, tal com ens explica Silvia Federici,[2] no només van ser els treballadors —homes i dones—, els que van ser alliberats per la privatització de la terra. El que es va alliberar també va ser el capital, en la mesura que ara la terra restava lliure per funcionar com a acumulació i ja no com a medi de subsistència. També es van alliberar els terratinents, que ara podrien carregar sobre els treballadors la major part del cost de reproducció, i proporcionarien l'accés a alguns medis de subsistència als treballadors que ocupessin ells directament. Això sí, quan no hi hagués treball disponible, o aquest no resultés el suficientment profitós per al terratinent —com ara, per exemple, en èpoques de crisi comercial o agrària—, podrien ser acomiadats i abandonats a redós de la fam.

En definitiva, el procés de conformació del capitalisme a través dels diferents mecanismes de despossessió que suposa, representa també un procés d'alienació del treballador respecte del seu medi de subsistència i, per tant, respecte del metabolisme entre els homes i la natura. Els treballadors seran alienats de la terra i dels seus fruits, i s'inicia així un procés que, en poc temps, els condueix de viure en condicions de salubritat acceptables a convertir-se en éssers que habiten i es desenvolupen en els espais infectes on la lògica del capitalisme els destina: en el si de les grans ciutats industrials. Alhora, aquest procés significa l'inici del deteriorament progressiu

1 Marx, K. *El Capital*. Mèxic: Fondo de Cultura Económica, 1992.

2 Federici, S. *Calibán y la bruja*. Madrid: Traficantes de Sueños, 2011.

dels equilibris ecològics, per causa de la subordinació del sòl i el conjunt de la natura a la lògica de l'acumulació capitalista.

Cal tenir en compte que aquest procés de despossessió, que és part del que coneixem com a «acumulació originària», també té una vessant internacional. No podríem entendre el procés de gestació del capitalisme al cor d'Europa i Anglaterra sense el procés de pillatge i saqueig a què, de manera extremament violenta, són sotmesos tots els pobles colonitzats per part de les respectives metròpolis. Quantitats ingents de recursos humans i naturals es posen, a cost zero, a disposició de l'expansió del nou model de societat. Amb la industrialització, i el substrat que representava el colonialisme, es va organitzar un comerç internacional brutalment desigual que proporcionava importants guanys als centres de producció del capitalisme. A partir d'aquest moment, comença a consolidar-se una estructura de comerç internacional, el funcionament del qual queda molt ben resumit en les primeres línies del clàssic Las venas abiertas de *América Latina*.[3] Galeano hi diu: «La divisió internacional del treball consisteix que uns països s'especialitzen a guanyar i d'altres a perdre.»

Els beneficis que es van arribar a obtenir fruit d'aquesta industrialització van ser tan grans, que els països centrals van haver de començar a invertir en els territoris colonials. D'aquesta manera, no només s'aconseguien grans beneficis a través del comerç, sinó que també s'anaven expandint les formes de producció pròpies del capitalisme a territoris aliens a aquest sistema. Així és com el capitalisme comença a conformar-se en un sistema globalitzat.

Aquest procés d'expansió del capital va ser molt important a la darreria del segle XIX, i és el que s'ha conegut com a «imperialisme». Com explica Lenin, un dels autors que ha analitzat millor aquest fenomen, «L'imperialisme és el capitalisme en la fase de desenvolupament, en què pren cos la dominació dels monopolis i del capital financer. En aquesta fase adquireix una gran importància l'exportació de capitals, s'inicia el repartiment de l'economia per part dels grups industrials i financers internacionals, i s'acaba el repartiment de tota la Terra entre els països capitalistes més importants del moment.»[4]

Però l'entramat de despossessió i espoli que ens ha de permetre entendre al capitalisme tal com és no s'acaba aquí. Hem de ser conscients que l'origen del capitalisme està també estretament vinculat al procés de despossessió del propi cos que pateixen les dones. Com ens explica molt bé Silvia Federici, tot el procés de la cacera de bruixes que es va desenvolupar a Europa durant els segles XVI i XVII, esdevé un mecanisme social complex de repressió que permetrà inserir el cos de la dona en el procés de reproducció capitalista. Això s'aconseguirà a partir del fet de desposseir-la del domini del seu cos i recloure-la en totes aquelles tasques de cura i reproducció de la força de treball, que es desenvoluparan en l'àmbit domèstic de la família, a cost zero per a la inversió capitalista.

El patriarcat esdevé un bon aliat del capitalisme per sotmetre les dones, desposseir-les del seu cos i explotar-les a mansalva, sovint, llastimosament, amb la complicitat del gènere masculí. Seguint l'argument de Federici, hem de tenir en compte que l'acumulació primitiva no va ser només una acumulació i concentració de treballadors explotables i de capital. També va ser una acumulació de diferències i divisions dins la classe treballadora, en el si de la qual les jerarquies construïdes a partir del gènere —així com les de raça i edat— van esdevenir constitutives de la dominació de classe i de la conformació del proletariat modern.

Tot aquest entramat de saqueig i despossessió és el que ens permet entendre com es basteix el funcionament del capitalisme. Cal tenir en compte que aquest procés motor no s'atura i es continua desenvolupant i refinant a mesura que el capitalisme avança i es desenvolupa. Aquest procés de reproducció permanent de la lògica de l'acumulació originària fins a arribar a l'actualitat és el que David Harvey[5] ha anomenat «acumulació per despossessió», i esdevindrà de gran utilitat per entendre la lògica privatitzadora i mercantilitzadora del capitalisme actual.

Serà sobretot en temps de crisi, moment en què els beneficis del capital disminueixen de manera general, que s'accentuaran les dinàmiques pròpies de l'acumulació per despossessió. En aquest sentit, l'acumulació per despossessió, com diu Harvey, «possibilita l'alliberament d'un conjunt d'actius a un cost molt baix (i en alguns casos, nul). El capital en crisi pot apropiar-se de molts dels actius existents i portar-los immediatament a un ús rendible. El mateix objectiu pot aconseguir-se mitjançant la devaluació dels actius existents de capital i de força de treball. Llavors, el capital en crisi pot comprar a preus de saldo els béns de capital devaluats i reciclar-los de manera rendible. Per tal que aquest procés es pugui portar a terme de manera efectiva, es requereix una devaluació prèvia, cosa que significa una crisi econòmica de cert abast. Les crisis es poden organitzar, controlar i racionalitzar mitjançant programes d'austeritat administrats per l'estat, fent ús de diverses palanques, com el tipus d'interès o el sistema de crèdits del Fons Monetari Internacional.»

3 Galeano, E. *Las venas abiertas de América Latina*. Madrid: Siglo XXI, 1993.

4 Lenin, V. *El Imperialismo fase superior del capitalismo*. Moscou: Progreso, 1989.

5 Harvey, D. *El nuevo imperialismo*. Madrid: Akal, 2003.

L'explotació: la despossessió permanent en el capitalisme

Paral·lelament a aquest procés d'acumulació originària, la pròpia dinàmica intrínseca de funcionament del capitalisme esdevé un procés d'expropiació permanent del producte del treball realitzat per cada treballador i, en definitiva, pel conjunt de tota la classe treballadora. No podem oblidar que, en el capitalisme, per a la majoria de la població no existeix cap altra possibilitat d'aconseguir els recursos necessaris per viure que no sigui el treball assalariat. Així, doncs, l'intercanvi de força de treball per salari que es produeix en les nostres societats esdevé un exercici de força per part dels empresaris: els treballadors i les treballadores han d'acabar acceptant les condicions que els ofereixen. En el capitalisme, l'èxit d'un treballador o treballadora és convertir-se en una mercaderia desitjada per algun empresari.

La consolidació de la propietat com a institució central del capitalisme permet que siguin els propietaris dels mitjans de producció aquells que disposin dels drets d'apoderar-se de tot el produït, encara que no ho hagin pagat a través dels salaris. Aquí, en el fet que el treballador no cobra tot el que produeix, sinó només allò que costa, és on hem de cercar l'origen dels beneficis en el capitalisme. Gràcies a aquesta pràctica, després de cada cicle productiu els propietaris dels mitjans de producció aconsegueixen gaudir d'un procés d'acumulació positiu, mentre que el conjunt dels treballadors surten d'aquest procés tan pobres com hi havien entrat. Si volen continuar vivint, les treballadores i els treballadors hauran de tornar a vendre la capacitat de treballar que tenen per aconseguir disposar novament del sou. Aquesta lògica de despossessió de les persones treballadores de part del producte del seu treball és la que permet afirmar a Proudhon que la propietat és un robatori. També és la que permetrà refermar a Marx la teoria de l'explotació com a element central en l'explicació de la natura i desenvolupament del capitalisme.

Hem de tenir en compte que un dels elements que permetrà fer més eficient la dinàmica productiva en el capitalisme serà la divisió del treball. Gràcies a l'especialització que suposa la divisió del treball s'aconseguirà que la productivitat s'incrementi de manera notable. Per tal de reforçar aquest procés serà imprescindible la incorporació de la tecnologia als processos productius.

Així, doncs, a mesura que es desenvolupa, el capitalisme va teixint una xarxa complexa de relacions socials que esdevenen molt profitoses a l'hora d'incrementar la producció. El capitalisme, gràcies a la tecnologia i la divisió del treball, es converteix en un sistema altament cooperatiu, en què els fruits de la cooperació, en lloc de ser distribuïts entre el conjunt de la societat, esdevenen una part més del botí dels propietaris dels mitjans de producció. El capitalisme actual s'ha convertit en una xarxa complexa i altament cooperativa, dirigida i orientada vers l'acumulació privada. Totes les persones, així com el conjunt dels coneixements col·lectius que s'han generat al llarg de la història, s'orienten en aquesta direcció. El capitalisme actual esdevé, doncs, el conjunt de relacions socials que permeten expropiar a la col·lectivitat el fruit del coneixement acumulat, així com la seva capacitat cooperativa.

El neoliberalisme. L'estratègia de despossessió de la globalització

Al llarg de la història del capitalisme, hem vist com tot aquest sistema d'espoli, despossessió, expropiació i explotació que el caracteritza s'ha anat reproduint i desenvolupant de manera permanent. En els darrers anys, sobretot a partir de la dècada dels 70 i 80, veurem com aquests processos prendran una renovada embranzida, com a mecanisme que ha de permetre al capitalisme remuntar la situació de crisi en què es va endinsar durant la segona meitat de la dècada dels 60 i 70. L'estratègia de política econòmica neoliberal esdevindrà el dispositiu que permetrà regenerar el procés d'expropiació i espoli. A partir d'aquell moment, per tal de recuperar la seva taxa de beneficis, el capitalisme emprendrà el que Miren Etxezarreta anomena l'expansió en profunditat del capitalisme global. Juntament amb el procés de trasnacionalització productiva —dominat per les empreses multinacionals—, caldrà que tots els àmbits de la nostra vida susceptibles de generar beneficis puguin ser penetrats per la lògica mercantilitzadora. A partir d'aquell moment, el capitalisme actua com un pop i col·loca els seus tentacles en tots aquells aspectes que poden generar benefici per a l'inversor. Sota els criteris neoliberals de desregulació i privatització, tots els àmbits de la nostra vida esdevindran àmbits del capital. Arreu del món, assistirem a l'inici i consolidació del procés d'agressió sobre el conjunt dels drets socials (educació, sanitat, pensions) i sobre el conjunt de la resta del patrimoni col·lectiu, a partir dels tractats i recomanacions que brollen d'institucions com l'OMC, el BM, l'FMI, l'OCDE i, evidentment, la UE.

A l'hora d'exemplificar els diversos escenaris i moments en què es posa en funcionament aquesta dinàmica de despossessió emparada pel dispositiu neoliberal, cal assenyalar tot el procés de gestió del deute extern en les economies perifèriques durant la dècada dels 80 i 90. La gestió del deute extern esdevindrà una clara operació en què, a través de les polítiques d'ajust receptades per les institucions transnacionals i imposades pels diferents governs de torn, bona part dels recursos naturals i productius de la perifèria es posaran a disposició de la lògica acumuladora

de les grans empreses i del capital financer. És un espoli que, segons Susan George,[6] es perpetra a raó de la sagnia que suposen 6.500 milions de dòlars mensuals de transferències, en concepte de servei del deute per part dels països deutors del sud, durant el període comprès entre el 1982 i el 1990. Segons les mateixes xifres del Banc Mundial, els països deutors d'Àfrica han pagat més de quatre vegades el volum de deute que tenien l'any 1980, i ara es troben tres vegades més endeutats que llavors.

La reestructuració del capitalisme en crisi suposa reblar el clau de la despossessió

Actualment, estem vivint el darrer episodi del procés de despossessió de recursos de la societat. Avui, el capitalisme experimenta una reestructuració per tal de superar la situació de crisi en què es troba immers.

La crisi que es va evidenciar el mes d'agost del 2007, cal deixar clar que no és una crisi financera, ni tampoc una crisi ocasionada pel comportament irracional i pervers d'aquest sector. Aquesta crisi és el resultat de l'esgotament del model d'acumulació global que el capitalisme havia desplegat per tal d'aconseguir recuperar-se del període de crisi anterior (el que es va viure durant la segona meitat de la dècada dels 60 i la dels 70). Per tal de recuperar la taxa de beneficis, que havia davallat pel conjunt de les inversions realitzades en els països centrals, es va desplegar tot el procés d'expansió global gestionat a través de l'estratègia de política econòmica neoliberal.

Un dels elements centrals de l'estratègia neoliberal ha estat el procés de desregulació financera. Sota el guiatge de governs com els de Thatcher a Anglaterra i Reagan als EUA, comença a generar-se un seguit de mesures legals que reduiran de manera important els controls exercits pels estats sobre el sector financer. Governs posteriors ajudaran a consolidar aquest procés, com ara el de Clinton als EUA, que l'any 1999 va derogar la llei Glass Steagall, o la mateixa Unió Europea, que consagra la llibertat de circulació del capital com un dels seus pilars fonamentals.

El cert és que aquesta manca de control financer permet la creació d'un escenari econòmic on sembla consolidar-se el somni més preuat pels inversors capitalistes: aconseguir diners a partir de diners, sense haver de passar pel molest procés de producció. A partir d'aquest moment, la dinàmica especulativa sustentada en la compra i venda de divises, la negociació de compres a futurs, les opcions i altres derivats, esdevé hegemònica en el funcionament del capitalisme. D'aquesta manera, ja durant la dècada dels

6 George, S. *El bumerang de la deuda*. Barcelona: Deriva Editorial, 1993.

anys 90, el volum de negocis efectuat durant cinc dies en els mercats de divises equivalia a les exportacions mundials de béns i serveis realitzades durant un any. En aquest període, les divises que eren negociades en un sol dia equivalien a les 6/7 parts de les divises controlades per tots els bancs centrals del món. Aquesta dinàmica no ha parat de créixer, fins al punt que, del 2004 al 2007, els mercats de derivats i de divises es van incrementar un 72 %, un ritme que en els darrers tres anys ha disminuït. Actualment, s'han assolit increments del 20 %, fet que representa un volum diari mitjà de 4 bilions de dòlars.

Fruit d'aquesta alta concentració de recursos en l'esfera financera, comencen a produir-se comportaments netament depredadors sobre el conjunt de l'economia productiva. Guiats pels grans fons d'inversió, sobretot els d'alt risc —però també a través de fons derivats de l'estalvi col·lectiu, com els de pensions—, comença a produir-se l'entrada de la lògica especuladora en l'economia productiva. Sectors que es consideren estratègics a l'hora de generar beneficis ràpids i segurs passen a ser controlats pels inversors financers: és el cas de les empreses de les noves tecnologies durant la dècada dels 90 i inici de l'any 2000. En aquesta mateixa direcció, la hipertròfia financera permetrà el funcionament depredador dels grans fons d'inversió a partir del que es coneix com a «palanquejament». Aquesta pràctica permet operar als inversors amb molt poc capital propi i volums de crèdit molt superiors a aquest capital. És un mecanisme utilitzat sovint com a mitjà per depredar empreses: capitalistes amb molt poc capital propi i el suport d'un elevat crèdit financer es dedicaran a realitzar operacions de compra d'empreses amb l'objectiu de «sanejar-les» i vendre-les immediatament amb uns beneficis de tal magnitud que els permetin tornar el crèdit. Sanejar les empreses sovint ha suposat acomiadar-ne treballadors, vendre'n actius importants i generar-hi una situació de beneficis a curt termini, en detriment de la viabilitat futura de l'empresa. En la vessant financera, aquestes operacions representaran grans transaccions que inflaran de forma fictícia el PIB de les economies, mentre suposaran el debilitament progressiu del teixit productiu de l'economia real. Aquesta dinàmica continuarà desenvolupant-se i nous sectors productius esdevindran l'objectiu de l'especulació, que aconseguirà desplegar-se de forma ampliada a través de complexos mecanismes d'enginyeria financera.

El darrer episodi de la disbauxa és el que representa la coneguda expansió del sector de la construcció, vinculat a les generoses polítiques de crèdit desenvolupades pel sector financer. Arribem, doncs, a la primera meitat de la dècada dels 2000 amb una societat que és un holograma, una mistificació fictícia de la realitat. Mentre les condicions socials que el capitalisme ha generat com a solució de la crisi han aprofundit en la precarització de les condicions de vida de la majoria de treballadors, els

nivells de consum d'aquests s'han incrementat a través de les polítiques de crèdit fàcil. El model arribava a un atzucac. Era clar que les famílies no podrien continuar endeutant-se de manera permanent, és a dir, el model tenia un límit en si mateix. A l'Estat espanyol, la proporció de l'endeutament de les famílies amb relació a la seva renda disponible va passar del 42 %, el 1995, a gairebé el 70 %, l'any 2000, i el 110 %, el 2005 —quan entre el 1995 i el 2000 no es va produir cap increment dels salaris reals.

La impossibilitat de retornar els crèdits posa al descobert la fragilitat del capitalisme de l'inici del segle XXI. Sense capacitat per continuar generant beneficis, s'aturen les inversions i el col·lapse del model esdevé evident. Tots els títols, valors, etc. que depenien dels beneficis futurs, avui són paper mullat. Totes les energies del capital, sobretot en la vessant financera, a partir d'aquest moment estaran orientades a recuperar el màxim possible de les seves inversions fallides. És a punt de posar-se en marxa una gran operació de rescat econòmic. A banda del rescat bancari, a través de totes les mesures que a partir d'aquest noment es deriven de l'acció pública, es tractarà sobretot de recompondre novament les condicions socials i econòmiques que permetin al capitalisme —i, per tant, a la seva sala de màquines productiva— tornar a posar-se en funcionament. Això requerirà el major procés d'espoli que mai haurà experimentat cap societat. Com diu sovint el nostre company David Fernàndez, «mai tan pocs havien robat tant, a tants, en tan poc temps». Així comença el segle XXI.

El primer capítol d'aquest procés és el rescat econòmic de tots aquells sectors que s'han considerat *«too big to fail»*. És el cas d'algunes indústries estratègiques, com ara la de l'automòbil, però sobretot el del conjunt del sector financer. Sota el criteri que deixar caure empreses capitalistes de caràcter sistèmic podria suposar un desastre per a la societat, hem viscut un veritable cop d'estat financer que, amb total impunitat, ha aconseguit transformar pèrdues privades en deute públic. Amb perplexitat i impotència, hem vist com s'imposaven un seguit de mesures econòmiques de "salvament bancari" que permetien transitar d'una realitat, la del 2007 —en què eren els bancs els que estaven en crisi—, a la realitat d'avui —en què són el conjunt dels estats, sobretot els de la perifèria europea, els que es troben en aquesta situació.

Pel que fa l'Estat espanyol, si tenim en compte les dades presentades per la plataforma Auditoría Ciudadana de la Deuda,[7] a 31 de desembre de 2012 veiem que el conjunt d'ajuts públics rebuts pel sistema bancari —format per les mesures de suport a la capitalització (les que pretenen arreglar

7 Plataforma Auditoría Ciudadana de la Deuda. Informe «La ilegitimidad de los Rescates a la Banca en el Estado español» (2013).

els problemes de solvència de les entitats) més les anomenades mesures de liquiditat (les que pretenen dotar les entitats financeres de prou diner líquid com per atendre les obligacions de pagament que tenen)— assoleix l'estratosfèrica xifra de 1.427.355 milions d'euros.

A més d'aquesta xifra descomunal, cal tenir en compte que un dels elements que està lucrant més i millor les entitats financeres privades és el paper que fan de creditores de l'Estat. L'operativa consisteix a endeutar-se amb el Banc Central Europeu a baix interès per invertir posteriorment aquests diners en l'adquisició de bons, lletres i obligacions emeses per les administracions públiques, a les quals s'exigeix el pagament de tipus d'interès molt més elevats. Aquest procés encareix notablement el cost del finançament de les administracions, a l'hora que suposa un transvasament massiu de beneficis de l'esfera pública a la privada. A través d'aquest mecanisme, les entitats financeres espanyoles, posseïdores d'una quarta part del deute públic de l'Estat, durant el període 2000-2013 s'han beneficiat d'un import proper als 36.000 milions d'euros, en detriment del tresor públic.

La narració que permet articular la despossessió col·lectiva, en el marc d'economies altament deficitàries i endeutades com la nostra, és el de sempre en l'ajust neoliberal —ara sota la tutela de la famosa 'troica', formada pel Banc Central Europeu, el Fons Monetari Internacional i la Unió Europea—: tots els recursos que la societat genera han de posar-se a disposició del pagament del deute. Cal recordar que aquest objectiu es troba actualment consolidat constitucionalment. Al setembre de 2011, els dos partits principals de l'Estat, PSOE i PP, van aprovar una reforma de l'article 135 de la Constitució destinada a garantir, per la via constitucional, l'equilibri pressupostari de les administracions públiques, i la prioritat absoluta del pagament del deute per davant de qualsevol altra prioritat pressupostària.

Segons la lògica de l'ajust, sense mitjans per mantenir les polítiques de l'estat del benestar, cal plantejar models de privatització d'aquests drets (educació, sanitat, pensions) per tal d'assegurar-ne la vigència futura. A més, sense marge possible de despesa per emprendre la modernització de l'aparell productiu, la desitjada competitivitat —que ha de permetre aconseguir la recuperació de l'economia—, acaba sempre recaient en l'abaratiment i, per tant, la precarització creixent de les persones treballadores, que han d'assumir que sortir de la crisi passa per treballar més i cobrar menys, tal com expressa algun empresari de nefast record.

En una societat moribunda com la nostra, només hi queda espai per als voltors. Aquests són els que, amb la complicitat de la classe política i l'empara de l'ajust, intentaran apoderar-se del que queda del patrimoni col·lectiu productiu i social. Tal com s'ha fet palès en els darrers pressupostos de la Generalitat, un cop consolidades les retallades, ara cal esquarterar i vendre el que resta.

El postconsens de Washington: l'Estat, la crossa del capital

La sortida de la crisi i la reestructuració del capitalisme que comporta aquest procés és planteja com un veritable saqueig capitalista sobre el conjunt dels drets i patrimoni de la societat. La ideologia que permet consolidar aquest procés s'actualitza, i ara es basa en una reformulació del superat consens de Washington. Si fins ara es tractava d'aconseguir la màxima desregulació a partir de l'acció pública, que permetia aprofundir en els processos de mercantilització i privatització, a partir d'ara la lògica del postconsens de Washington es presenta com un intent de distanciar-se del neoliberalisme clàssic, si més no a escala teòrica i retòrica. Com expliquen Ben Fine i David Hall,[8] la nova cara del neoliberalisme es presenta com un enfocament més favorable a l'estat, contrari a la idea que hi ha un únic model (el del lliure mercat) adaptable a tots els entorns. Ara se sosté que les imperfeccions que presenten tant el mercat com la lògica institucional, ofereixen una base per tal que l'estat, a partir d'una certa intervenció, operi en la direcció de millorar el funcionament dels mercats i la globalització. En definitiva, ara més que mai, és l'estratègia del mercat la que preval amb el màxim suport institucional. L'estat s'allunya i s'evadeix del compromís que té amb la societat per centrar-se a convertir-se en el millor suport del sector privat.

Un cop les privatitzacions fàcils i rendibles ja s'han portat a terme, ara la nova estratègia es basa en un major ús dels recursos i les capacitats de l'estat per incorporar el paper del sector privat en tots aquells àmbits en què fins ara s'havia mostrat contrari a intervenir. En aquest model que s'imposa en l'actualitat, una de les tasques importants que ha d'assumir l'estat és assegurar que la privatització funcioni. Segons Fine i Hall, aquest procés de regular el sector privat de manera suficient i amb èxit pot comportar un esforç més gran del que s'hauria de realitzar en el cas que fos el mateix estat el que assumís tota la gestió, ja que els objectius i les metes de caràcter més general sovint es veuen obstaculitzades per la recerca del benefici privat. Segons la lògica que s'imposa en l'actualitat, després d'un procés de privatització sovint es posa de manifest que els resultats no són els que s'havien promès en relació als nivells d'inversió, la qualitat dels serveis o l'accés als mateixos. Això exigeix que hagi de ser l'estat qui reguli, renegociï els contractes i compensi els exclosos del servei, donat que el subministrament privat es concentra en els sectors rendibles.

8 Fine, B; Hall, D. «El terreno del neoliberalismo: obstáculos y oportunidades para el desarrollo de modelos alternativos en el suministro de servicios». Article a: McDonald, D.A.; Ruiters, G (ed.). *Alternativas a la Privatización: La provisión de servicios públicos esenciales en los países del Sur*. Barcelona: Icaria Editorial, 2012.

Un dels programes estrella d'aquesta nova onada privatitzadora és la que es coneix amb les sigles PPP (partenariat públic-privat). Es tracta de contractes que es fonamenten en la lògica segons la qual el sector públic aporta recursos en forma d'inversió directa com a alternativa als fons públics. El problema bàsic dels PPP —o de qualsevol altra forma de privatització—, tal com reconeixen el mateix FMI o l'OCDE, és que fins i tot en els temps favorables és un mètode més car de finançar que el que ofereix el sector públic mitjançant el crèdit estatal. Aquest cost extra, tal com s'assenyalava anteriorment, l'acaba assumint l'estat, que normalment és el client final dels PPP de serveis públics —com ara hospitals, o escoles— o els usuaris, quan els PPP es basen en el pagament de quotes —com en els casos de les carreteres de peatge o del transport públic, o en alguns models de concessions d'aigua. El finançament privat es converteix finalment en un passiu públic, fet que ha suposat, per exemple, que alguns experts en estadística hagin començat a insistir al Regne Unit, i a altres països, que els PPP apareguin en els balanços del govern.

Quant a l'Estat espanyol, i concretament pel que fa al sector de la sanitat —que és el tema de què s'ocupa aquesta publicació—, la llei 15/97 sobre les noves formes de gestió de la sanitat, permet que la gestió i l'administració dels centres sanitaris pugui ser desenvolupada per qualsevol tipus d'entitat, i que la prestació i gestió dels serveis sanitaris sigui realitzada per entitats amb ànim de lucre. A partir d'aquesta llei, i per part de les diferents comunitats autònomes, s'ha engegat una forta onada privatitzadora. Pel que fa a l'atenció primaria, moltes àrees de salut bàsica del Principat són gestionades per entitats privades (entitats de base associativa), i al País Valencià s'han fet concessions privades per gestionar els centres.

En la dinàmica de privatització dels hospitals hi ha diferents modalitats de contractes que responen a aquesta lògica de partenariat públic-privat. Alguns d'aquests contractes suposen la cessió de la construcció dels edificis a les empreses privades. De la mateixa manera, se cedeix a la iniciativa privada la dotació d'equipaments públics i la contractació de personal no sanitari, però els treballadors sanitaris continuen sent treballadors públics. Aquesta modalitat ha permès l'entrada a la sanitat pública de les grans empreses constructores (ACS, FCC, SACYR, etc.). En l'anomenat «model Alzira», s'afegeix a la gestió privada la contractació del personal sanitari, i també s'hi inclou l'atenció primària i especialitzada. Aquesta modalitat ha beneficiat, sobretot, les grans empreses sanitàries (ADESLAS, ASISA, SANITAS, DKV, etc.).

En aquesta direcció, cal afegir que els models de gestió sanitària del govern balear i valencià han coincidit en la promoció de dos macrocentres hospitalaris: La Fe, a València, i Son Espases, a Palma. Aquests centres pretenen concentrar l'assistència pública de manera que se'n faciliti la pri-

vatització parcial. La construcció d'aquests dos centres, a banda de suposar un negoci milionari a les constructores —moltes d'aquestes després també estan vinculades a l'explotació dels serveis perifèrics com els aparcaments—, no ha tingut en compte ni les necessitats dels usuaris ni les dels treballadors. Els centres s'han construït als afores de les ciutats, cosa que en dificulta l'accés. Alhora, els centres antics no han estat substituïts per instal·lacions que puguin continuar l'assistència de proximitat, de manera que barris sencers s'han trobat, d'un dia per l'altre, sense serveis hospitalaris.

La resposta col·lectiva: la defensa d'allò que és obvi per avançar vers la superació del capitalisme

Davant d'aquesta realitat que s'imposa més cada dia que passa, cal oposar la màxima resistència. Cada cop queda més clar que la nova modalitat del capitalisme del segle XXI no accepta cap pacte social redistributiu. Sense el mecanisme del crèdit, que permetia l'expansió del capitalisme a costa dels recursos i dels beneficis futurs, el capitalisme actual, altament sobredimensionat, necessita accelerar els mecanismes d'explotació i despossessió per tal d'assegurar-se l'existència. Immersos en aquest atac frontal contra els elements fonamentals que estructuren les nostres societats, cal reaccionar reivindicant la defensa i la consolidació d'allò que és obvi.

Resulta obvi que com a societat no podem acceptar un procés que discrimina l'atenció sanitària que reben les persones en funció de la capacitat econòmica que tenen, com tampoc podem acceptar pensions de misèria per als nostres avis i àvies, ni que els fills dels rics i poderosos aconsegueixin les millors condicions eductives per projectar-se en la societat, mentre els fills de les classes treballadores veuen com l'educació a què tenen accés empitjora cada dia que passa —o desapareix del tot la possibilitat d'accedir-hi per la manca de recursos econòmics que es poden dedicar a l'estudi i a la formació. La defensa d'aquestes obvietats, imprescindibles per bastir una societat, ha de conjugar-se amb tota la resta de reivindicacions laborals i socials. I és a partir d'aquestes reivindicacions que caldrà bastir el programa de mínims que permeti l'articulació d'un moviment ampli, flexible i radical en la proposta de construcció d'una alternativa de societat a la que ens planteja el capitalisme.

Cal tenir present, però, que en el marc del capitalisme del segle XXI la defensa col·lectiva del conjunt dels drets socials i del patrimoni col·lectiu, que encara no ha estat privatitzat, no s'ha de plantejar com l'intent de salvar l'estat del benestar, perquè aquest ha desaparegut per sempre. La defensa dels drets socials cal plantejar-la com un procés de conflicte obert davant la lògica depredació total i totalitària que el capitalisme imposa com a mecanisme necessari per sobreviure. I també com un primer pas cap a la construcció d'una societat que, ara sí —i més que mai—, haurà de plantejar-se definitivament la destrucció i superació del model de relacions socials capitalista, si veritablement es vol bastir sobre els valors de la justícia i la dignitat.

Bibliografia

- Palazuelos, E. *La globalización financiera. La internacionalización del capital financiero a finales del siglo XX*. Madrid: Síntesis, 1998.
- Endavant. *La sanitat als Països Catalans. Anàlisi i alternatives*. Visiteu: www.endavant.org
- Bellamy Foster, J. *La ecología de Marx*. Barcelona: El Viejo Topo, 2004.
- Busqueta, J. M. *L'hora dels voltors. La crisi explicada a una ciutadania estafada*. Lleida: El Jonc, 2012.
- Hernández Vigueras, J. *El casino que nos gobierna*. Madrid: Clave Intelectual, 2012.
- Lebowitz, Micahel *A*. *Mas allá de El Capital*. Madrid: Akal, 2005.
- Seminari d'Economia Crítica Taifa. Informe d'Economia núm. 8: «La estrategia del capital». 2011. Visiteu: www.seminaritaifa.org

III

LA SALUT: UNA VISIÓ EN EL TEMPS, L'ESPAI I L'ACCIÓ

Àngels Martínez

Introducció

La població de la Barcelona de fa dos segles no parava de créixer dins d'una àrea emmurallada plena de carrerons estrets que formaven laberints sense oxigen. Totes les malalties hi vivien a pler. La industrialització hi cercava espais per al desenvolupament d'un capitalisme gasiu que acabaria essent determinant mentre atreia un proletariat que semblava no tenir futur. L'esperança de vida era de 36 anys per a les classes benestants, i es reduïa als 23 per a la immensa majoria. Les revoltes obreres hi denunciaven les dures condicions de vida d'infants, dones i homes que començaven a treballar en el ram de l'aigua. Però més greus semblaven les condicions de vida al camp. Calia enderrocar les muralles que feien de la densitat de població de la Barcelona de la primera meitat del segle XIX una de les més inhabitables del món: si no es feia per millorar les condicions de treball, sí que semblava una necessitat imprescindible per millorar la salut i la vida de les persones. Com la majoria de qüestions de salut pública, obrir la ciutat, enderrocar les muralles, era d'importància vital. Però per als encarregats de la repressió i de l'ordre establert poder sotmetre la ciutat a cop de canó era massa còmode, en un doble front que anava des dels recintes militars de la Ciutadella al Castell de Montjuïc.

Qui va saber expressar millor la situació va ser el metge higienista Pere Felip Monlau amb el treball *Abajo las murallas!!!* (1841). En una visió que conté elements de salut pública tal com avui els podem entendre, explica els avantatges d'esfondrar els sis quilòmetres de muralles medievals que ofegaven en dos milions de metres quadrats una població que havia passat de 115.000 habitants a 187.000 en quaranta-vuit anys (del 1802 al 1850). Allà on les noves indústries disputaven el sòl a les casernes, els convents i les esglésies, no hi quedava espai per a les persones. Tot i així, cal esperar al bienni liberal, l'esclat de la primera vaga general a Catalunya de 1854 contra les selfactines —que va durar 9 dies— i els estralls d'una epidèmia de còlera que va matar 9.000 persones, perquè finalment es comencin a enderrocar les muralles.

La feina dels metges higienistes és notable a força indrets de Catalunya. A Vic, Joaquim Salarich Verdaguer explica a *Higiene del tejedor* (1858) les condicions de vida de l'època i proposa mitjans per evitar malalties i procurar una mica de benestar a la població obrera que filava i teixia el cotó. El seu és un testimoni esgarrifós sobre el treball infantil, amb nens i nenes de set anys —o fins i tot menys— fent jornades de treball de 13 hores. Segons van explicar els patrons a Salarich, un fuet penjat sobre el teler servia per evitar que les criatures es rendissin al son i es fessin mal, atrapades pel teler…

Avui, l'esperança de vida ha crescut de manera espectacular, però la diferència entre barris i classes socials continua sent una desigualtat insultant. Avui, a Barcelona, hi ha unes 3.000 persones sense llar obligades a dormir en refugis o a la intempèrie, mentre els menjadors socials no donen l'abast per cobrir les necessitats nutricionals de la població. Avui, qui pateix una malaltia crònica o una discapacitat és considerat una despesa "insostenible", mentre les persones afectades per les noves epidèmies de la nostra època —fibromiàlgia, diabetis, síndrome de fatiga crònica, sensibilitat química múltiple, etc.—, o per malalties mentals, veuen retallades les prestacions, negada la investigació i privatitzada l'atenció. El mateix sistema que ens emmalalteix no vol saber res dels mals que provoca.

Si hem començat l'article parlant dels metges higienistes és perquè, ni en el seu temps ni ara, no es pot entendre la salut —i molt menys, la dimensió social i pública d'aquesta— d'esquena al bé comú, a la justícia social, a l'equitat, a la pobresa i a les desigualtats. La salut, en cada moment de la història, té sentit en el context dels determinants socials i les polítiques que la condicionen. Però quan la salut ja s'ha reconegut com un dels drets humans fonamentals, la societat ha fet un pas de civilització que caldria que no desfés ni una engruna per evitar retornar als temps de la barbàrie. La salut ens repta, per tant, a assumir les nostres pròpies responsabilitats —personals i col·lectives— en la seva defensa.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS)

La definició de *salut* que encara s'utilitza més avui dia és de l'any 1946. Diu: «La salut és un estat de complet benestar físic, mental i social, i no sols l'absència d'afeccions i malalties.» Procedeix del preàmbul de la Constitució de l'Organització Mundial de la Salut, signada el 22 de juliol de 1946 a Nova York per representants de seixanta-un estats. L'OMS va entrar en vigor el 7 d'abril de 1948, i la definició, que es pot llegir a la seva pàgina web, no ha estat modificada des d'aquell any.

Com ja s'ha dit a bastament, l'OMS com a organització és una proposta més política que teòrica. Segurament per voluntat expressa dels fundadors —un grup de metges entre els quals hi havia supervivents dels camps d'extermini nazi—, es pretenia incloure la salut entre els objectius fonamentals de les Nacions Unides: això explicaria el suport implícit a la proposta que molts estudiosos volen veure a l'estat del benestar sorgit de la combinació de polítiques de Keynes i Beveridge. I si el més positiu és el reconeixement d'aquesta dimensió —que va molt més enllà de reduir la salut a un estadi purament físic i biològic—, nega en els seus propis termes la seva realitat com a procés, la seva dimensió històrica, en qualificar-se, gairebé de manera metafísica, com un «estat perfecte (complet) de benestar…». La definició no amaga, doncs, un biaix ideològic en el missatge que es volia transmetre des del nou ordre que s'estava construint —amb guerra freda inclosa—, i que consolidaria fins als anys 90 una divisió bipolar del món i un nou lideratge dels Estats Units que acabaria convertint les institucions internacionals creades al voltant de l'ONU (com la mateixa OMS) en autèntics monstres burocràtics, hipertrofiats, sospitosos massa sovint de parcialitat i cada vegada més inoperants.

Una definició poètica i entranyable

«La salut és aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa.» Aquesta definició de *salut* es va aprovar al Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat a Perpinyà el 1975, a proposta de Jordi Gol i Gurina, un "metge de persones", com li agradava de definir-se. El redactat va impactar els joves estudiants de medicina d'aquells anys, que no se sentien gaire còmodes amb "l'absència de malaltia" de la definició de l'OMS, i ressaltaven els problemes que suposava la manca d'indicadors fiables per definir *benestar físic, benestar mental* o *benestar social*.

En el mateix Congrés de Perpinyà, el psiquiatre Jordi Font avançava que entenia com a indicadors de salut: la capacitat de créixer, progressar i madurar (incorpora un concepte dinàmic i una dimensió temporal al concepte de *salut*); la capacitat de crear noves possibilitats de vida (biològica o mental); i la capacitat d'experimentar satisfacció, que no exclou el fet d'experimentar malestar o sofriment.

El metge i escriptor Gonçal Lloveras[1] explica de manera molt entenedora el significat del Congrés de 1975:

«La definició de salut que sorgí d'aquell Desè Congrés i que hem acordat implícitament, per justícia i bon record, atribuir a Jordi Gol fou adjectivada per molta gent (sobretot del món de la medicina i de la sanitat) d'intuïció poètica: Malgrat que el qualificatiu no era antipàtic, sí que era banal, perquè permetia suposar que es considerava una definició inofensiva, que no mossegava la realitat. Però què ha succeït? Ha succeït que un concepte de salut no basat en la negació de la malaltia, sinó en "un viure joiós, autònom i solidari" està en els fonaments de la moderna medicina preventiva, de l'educació sanitària, de la desitjable evolució de les malalties cròniques (àdhuc les incurables) i de l'ètica d'una correcta utilització de la indispensable tecnologia. En aquell Congrés la relació metge-malalt, la consideració del pacient com a agent de la seva pròpia malaltia, la necessitat d'ensenyar als metges a interrogar no sols l'organisme sinó també les persones, esdevingueren temes ineludibles. L'humanisme que en la ponència sobre funció social de la Medicina es proposava i que segueix proposant-se com una necessitat, no és un pseudohumanisme reaccionari; és un concepte vigent, que contempla la integració de la ciència, tècnica, equitat i subjectivitat del possible malalt. És a dir, del malalt ja abans de ser-ho.»

Altres definicions que enriqueixen el llegat: d'Alma-Ata a la Carta d'Ottawa

D'entre les nombroses iniciatives internacionals que han ajudat a desenvolupar el concepte i objectius de la salut, cal destacar la Conferència d'Alma-Ata de 1978. Delegacions de cent trenta-quatre estats, conjuntament amb l'OMS i l'UNICEF, van llançar-hi el lema «Salut per a Tothom l'Any 2000» i van posar molt d'èmfasi en l'atenció de la salut primària com a millor opció per aconseguir aquest objectiu. Tot i que va ser l'esdeveniment més important en salut dels anys 70 —en plena guerra freda—, la Conferència d'Alma-Ata (aleshores en territori de l'URSS) va fer seva la definició de *salut* de l'OMS de l'any 1946. Hi va afegir que es tractava d'un dret humà fonamental i també

1 Bujosa, F; Morey, M; Obrador, A. *Catorzè Congrés de Metges i Biòlegs*. RAMIS, Joaquim. *Els Congressos de metges i biòlegs de llengua catalana: gairebé un segle*. Barcelona: Fundació Uriach, 1996, p. 187. També disponible en línia a: http://www.acmcb.es/ebdml/1186/biolegs_06.pdf

dues necessitats: calia conquerir la salut a escala mundial i que els sectors socials actuessin juntament amb els professionals de la sanitat.

Vuit anys més tard, el 21 de novembre de 1986, es va celebrar al Canadà la primera Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut. S'hi van prendre com a punt de partida els progressos assolits arrel de la Declaració d'Alma-Ata sobre l'atenció primària, el document *Els Objectius de la Salut per a Tothom* de l'Organització Mundial de la Salut, i el debat —aleshores molt recent— sobre l'acció intersectorial de l'Assemblea Mundial de la Salut.

La Carta d'Ottawa[2] recull la necessitat de «proporcionar als pobles els mitjans necessaris per millorar la seva salut i exercir-ne un major control». No considera que la salut sigui l'objectiu, sinó «la font de riquesa de la vida quotidiana. Es tracta, doncs, d'un concepte positiu que accentua els recursos socials i personals, així com les aptituds físiques.» La Carta enumera els prerequisits per a la salut (determinants socials) i s'hi explicita que cal aconseguir l'equitat sanitària reduint les diferències en l'estat actual de la salut, assegurant «la igualtat d'oportunitats i proporcionant els mitjans que permetin desenvolupar al màxim la salut potencial a tota la població.»

És important insistir en el fet que tant a Ottawa com a Alma-Ata es reconeix que el sector sanitari per si mateix no pot «proporcionar les condicions prèvies ni assegurar les perspectives favorables», atès que el concepte de *salut* com a benestar transcendeix la idea de formes de vida sanes. En aquest sentit, la Carta dóna importància a «la participació efectiva i concreta de la comunitat en la fixació de prioritats, la presa de decisions i l'elaboració i posada en marxa d'estratègies de planificació per assolir un nivell de salut millor. La força motriu d'aquest procés prové del poder real de les comunitats, de la possessió i del control que tinguin sobre els seus propis esforços i destins.» Com diu més endavant la Carta, «la responsabilitat de la promoció de la salut per part dels serveis sanitaris la comparteixen els individus particulars, els grups comunitaris, els professionals de la salut, les institucions i serveis sanitaris i els governs.»

La Carta també explica que «la salut es crea i es viu en el marc de la vida quotidiana: als centres d'ensenyament, de treball i d'esbarjo. La salut és el resultat de les atencions que ens dispensem a nosaltres mateixos i als altres, de la capacitat de prendre decisions i controlar la vida pròpia i d'assegurar que la societat en què vivim ofereix a tots els seus membres la possibilitat de gaudir d'un bon estat de salut.

2 *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 1986. També disponible en castellà a: http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf

»La cura del proïsme, així com el plantejament holístic i ecològic de la vida, són essencials en el desenvolupament d'estratègies per a la promoció de la salut.»

De la Carta d'Ottawa a la Declaració per a la Salut dels Pobles de Bangladesh (2000)

Diverses organitzacions internacionals i moviments de la societat civil, organitzacions no governamentals i grups de dones es van convocar el desembre de l'any 2000 a Bangladesh, en l'Assemblea de la Salut dels Pobles. Hi van participar 1.453 persones de 92 països diferents, després d'un procés llarg de preparació d'abast mundial, amb centenars de trobades populars, tallers de treball a escala local i reunions nacionals. Si a la Carta d'Ottawa es podia copsar l'hegemonia dels països industrialitzats, a la Declaració de Bangladesh[3] hi ha el contrapunt necessari que permet donar a la salut la dimensió universal i la crida radical que requeria una mundialització que ja feia créixer les diferències arreu del món. Així, l'Assemblea radicalitza el seu enfocament en construir-se a partir de la perspectiva de la gent, dels pobles, a qui rares vegades —o gairebé mai— s'ha volgut escoltar abans. I és també una crida a l'apoderament de les persones perquè, de forma col·lectiva, cerquin solucions pròpies.

Malgrat les intencions d'Alma-Ata, a la reunió de Bangladesh es constata que l'atenció primària continua sent extremament desigual a tot el món, que l'estat de salut de la població als països del tercer món no ha millorat, sinó que, en molts casos, s'ha deteriorat, i que les desigualtats creixen a l'interior dels països i entre països i regions. També hi queda clar que continuen apareixent noves amenaces a la salut: les forces negatives de la globalització impedeixen la distribució equitativa dels recursos en salut, especialment cap a les persones més pobres.

Entre altres conceptes, a Bangladesh es valora que una gran part de la població mundial encara no té accés a la terra i als seus recursos, ni tampoc a aliments, ensenyament, aigua potable, sanejament, habitatge, ocupació i serveis de salut, cosa que afecta la incidència de malalties. S'hi denuncia que els recursos s'estan esgotant a una velocitat esfereïdora, que la degradació de la natura amenaça la salut de tot el món, i que s'ha produït un increment de nous conflictes quan les armes de destrucció massiva són encara una amenaça greu.

Per altra banda, a Bangladesh s'adverteix de la «concentració dels recursos mundials en mans de poques empreses que s'esforcen a maxi-

3 *Declaración para la salud de los pueblos*. Secretaría Global del MSP. Bangladesh, 2000. També disponible en línia a: http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm-pch-spanish.pdf

mitzar els seus guanys privats», i s'assenyala que les polítiques econòmiques són fetes «per un petit grup de governs poderosos, i per institucions internacionals com el Banc Mundial, el Fons Monetari Internacional i l'Organització Mundial del Comerç.» Ens diuen que «aquestes polítiques, juntament amb les activitats no regulades de les empreses transnacionals, han tingut efectes severs en les vides, així com en les formes de guanyar-se el jornal, en la salut i el benestar de poblacions, tant en països del sud com del nord.» Mostren també la seva insatisfacció perquè «els serveis públics no estan atenent les necessitats de la població, ja que s'han deteriorat com a resultat de reduccions en els pressupostos socials dels governs.»

No és estrany, doncs, que les organitzacions i moviments dels pobles es considerin «fonamentals perquè els processos de presa de decisions siguin més democràtics, responsables i transparents» i es puguin garantir els drets cívics, polítics, econòmics, socials i culturals. Com a novetat que cal assenyalar, apareix el paper dels mitjans de comunicació acompanyant la societat civil en el control de la implementació i desenvolupament de les polítiques.

Segurament per tota l'anàlisi política, de gènere i de classe de la Conferència de Bangladesh, la seva definició de salut és una de les més colpidores i de les que crida més a la reflexió i a l'acció:

«La salut és un assumpte social, econòmic i polític, i és, sobretot, un dret humà fonamental. La desigualtat, la pobresa, l'explotació, la violència i la injustícia són a l'arrel de la mala salut i de les morts dels pobres i els marginats. La salut per a totes les persones significa que s'han de desafiar els interessos dels poderosos, que cal fer front a la globalització i que les prioritats polítiques i econòmiques s'han de canviar de forma dràstica.»

El trist contrapunt d'una Unió Europea construïda d'esquena a la salut

Ni les polítiques de salut de cada estat ni les orientacions de les organitzacions supranacionals estan al marge de la ideologia que determina també la resta de polítiques. Així, encara que el Llibre Blanc sobre salut de la Unió Europea (2007) parli de «reduir les desigualtats sanitàries» o de l'impacte en salut de totes les polítiques, la veritat és que Europa va néixer d'esquena a la salut. En el Tractat de Roma de 1957, ni tan sols s'esmenta el tema sanitari, i fins al Tractat de Maastricht de 1992 no es parla de «salut humana» i de «salut pública». Encara que de manera insatisfactòria, aquest Tractat i el d'Amsterdam van donar una base jurídica que va permetre assumir temes a escala europea que fins aleshores havien provocat situacions absurdes. Per exemple, que es tractés en els Consells de Ministres d'Agricultura —i no pas en els de Sanitat— la crisi de les

vaques boges del Regne Unit del 1986. Deu anys més tard, es va confirmar que les persones patien les conseqüències d'una nova malaltia (una variant de la malaltia de Creutzfeldt-Jakob) relacionada amb l'epidèmia d'encefalopatia espongiforme bobina.

L'any 2005, la UE va presentar un Llibre Verd sobre salut mental i, a l'octubre de 2007, el Llibre Blanc de la salut, titulat *Junts per la salut: un enfocament estratègic per a la UE* (2008-2013). S'hi declara la universalitat d'accés a una atenció de qualitat, equitat i solidaritat (integrant, segons diu, la visió de gènere), però destacant els vectors econòmics del sector per a l'ocupació i la productivitat.

L'article 152 del Tractat de la CE obliga a la protecció de la salut humana juntament amb els Estats, i inclou l'avaluació científica d'epidèmies, bioterrorisme, protecció dels consumidors i possibles pandèmies i amenaces pel canvi climàtic. Però on podem trobar una il·lustració real de l'efecte de les polítiques de salut és en els eurobaròmetres. Així, podem saber que l'any 2007 (abans de la crisi) un 73 % d'europeus enquestats declarava gaudir de bona o molt bona salut, i només un 7 % manifestava tenir una salut precària. Però a principi del 2011 (en plena crisi), un 15 % de les persones enquestades admetien haver necessitat ajuda professional per problemes psicològics o emocionals, i un 7 % havia pres antidepressius. O sigui, en poc més de tres anys, el percentatge de persones amb problemes de salut mental va passar del 7 % al 15 %.

Les dades econòmiques justifiquen l'estat precari de salut de la població europea. L'any 2010, 115 milions de persones (el 23,4 % de la població de la UE-27) estaven en risc de pobresa o exclusió social, i el 8 %, en situació greu de precarietat (això vol dir, per exemple, no poder mantenir la casa calenta —pobresa energètica— o no poder fer-se càrrec dels pagaments immediats). També en aquest cas la salut té un biaix que colpeja de manera especial els més febles: nens i nenes corren un major risc de pobresa i exclusió social que la resta de la població, i els fa més propensos a tenir problemes greus de salut de grans. De la llista de 21 països, Espanya és el segon estat amb la taxa de pobresa infantil més alta.

Però tampoc l'Europa rica és una Europa saludable. La Gran Bretanya té el dubtós honor de liderar el rànquing de creixement de desigualtat de l'OCDE. Les mesures d'austeritat del govern Cameron no sols no aconsegueixen frenar-hi la pobresa, sinó que la incrementen. Al centre del món desenvolupat, pobles del País de Gal·les superen les taxes de mortalitat de Rwanda i Botswana. Els ingressos mitjans del 10 % més ric són almenys 12 vegades superiors a la mitjana del 10 % dels més pobres, i les famílies amb fills s'emporten la pitjor part. Un determinant de desigualtat afegit és el de la immigració: les famílies del Pakistan i Bangladesh residents a la Gran Bretanya veuran la taxa de pobresa incrementada fins a cinc punts

percentuals per al 2015-2016, i superarà el 55 %. Però també les dones, com a col·lectiu, paguen la crisi. La responsable a l'oposició de les polítiques de Dona i Igualtat, Yvette Cooper, denunciava la política d'incentius que el Govern ofereix a la dona perquè abandoni el mercat laboral, i afirmava que «el Govern ha pres més als nens que als bancs», essent aquests últims, juntament amb les dones, els qui estan pagant el preu més alt de la crisi.

En temps de frau, culpabilitats i autoinculpacions, la crisi incrementa la marginació, trencant o fent desaparèixer les xarxes de suport de les persones en situació més feble. La crisi crea una societat de persones més soles, més aïllades, amb menys drets, més atemorides i resignades. Persones més malaltes. Alguns polítics, rememorant els vells xovinismes prefeixistes, presenten les persones immigrants com «les que s'aprofiten dels avantatges del sistema». No els tenen por, perquè no tenen dret a vot, però la seva exclusió de la societat entra en contradicció no només amb els drets humans, sinó amb una aplicació racional de les polítiques de salut pública.

Com va denunciar Toni Barbarà —en nom de Dempeus per la Salut Pública—, el passat mes de setembre al Parlament Europeu, quan la UE accepta finalment dissenyar algunes directrius de salut, prioritza la vessant mercantil, escolta amb massa docilitat els *lobbies* químics i farmacèutics i dóna orientacions privatitzadores que són qüestionades per les revistes més prestigioses (com la *British Medical Journal* o *The Lancet*) i fins i tot per la mateixa OMS. Barbarà diagnostica que Europa avui està malalta perquè no té ni ànima ciutadana ni suport popular, i necessita iniciar un procés cap a una visió integral dels avenços en educació, prevenció, humanització i atenció sanitària. En prescripció d'urgència, recomana una política vigoritzant, una transfusió vital que només pot venir de la participació apoderada de les organitzacions que defensen la salut i la sanitat publiques. I recomana fer pedagogia activa dels determinants socials i l'equitat en salut per arribar a una Europa de persones més iguals. Les institucions de la UE han de pronunciar-se per la universalitat real del sistema sanitari, contra les privatitzacions, els repagaments i l'allargament fins a l'extenuació de les llistes d'espera, i donar exemple incorporant la salut a totes les polítiques: això vol dir legislar contra l'atur i per condicions de treball dignes, contra els desnonaments, les corrupcions i la mercantilització obscena de la salut.

Algunes iniciatives saludables de la societat civil de Catalunya

L'any 2008, un ampli grup de persones de Catalunya va organitzar-se en defensa del Sistema Nacional de Salut en el seu caràcter públic, universal, de qualitat, integral, solidari i d'equitat, amb la cobertura i els serveis que garanteixen aquest dret constitucional sense cap tipus de discriminació

—tampoc per a les persones immigrades que treballen o volen treballar a casa nostra. L'objectiu era unir el personal sanitari a les organitzacions de pacients, els científics, els estudiosos de temes socials, les dones feministes i les organitzacions veïnals i de classe en la lluita per l'equitat i contra les desigualtats en salut.

Ja en aquell moment —amb un govern que es deia catalanista i d'esquerres—, des de diversos àmbits de les administracions i d'empreses vinculades al sector sanitari s'emprenien accions encaminades a reduir-ne l'àmbit públic. Per exemple, es començaven a reclamar noves aportacions econòmiques de la ciutadania (REpagaments), limitació de serveis, contractacions de pòlisses d'assegurança privada, taxes, tractament mixt del finançament, o generalització de pràctiques de privatització o externalització. És a dir, prioritzar valors de mercat per damunt dels socials i polítics, amb la supremacia d'una gestió orientada per valors privats per sobre de la satisfacció dels drets democràtics, econòmics i socials. La situació de crisi econòmica se suma al vell argument dels límits econòmics del finançament públic per debilitar l'exigència dels drets i culpabilitzar la ciutadania. Es vol imposar una mena de "Pacte Apolític neutral" que obre el camí a la mercantilització de tot el sector.

Recuperant la definició del Congrés de Perpinyà —en el sentit que salut és aquella manera de viure, personalment i col·lectiva, autònoma, joiosa, plena, solidària i harmònica amb un/a mateix/a, amb la resta de persones i l'entorn—, des de Dempeus per la Salut Pública s'intenta abordar el binomi salut i malaltia en les seves tres dimensions (biològica, psicològica i social), treballant per la promoció, protecció i prevenció de la salut a partir de les seves causes, els determinants de salut. Amb nombroses organitzacions i persones, Dempeus per la Salut Pública ha participat, entre d'altres, en debats sobre el COREpagament i per la mort digne amb la DMD i el represaliat Dr. Luis Montes. Juntament amb els iaioflautes i altres persones, es va mobilitzar contra l'euro per recepta des del mateix dia de la seva implantació. I al marge de la Iniciativa Penal Popular i altres querelles contra l'actuació irregular en l'atenció a persones malaltes i les polítiques gens saludables de Boi Ruiz,[4] segurament la iniciativa que s'adiu més amb aquest text és la proposta del 2011.

4 La PARS, La Lliga de la Síndrome de Fatiga Crònica, Attac Acordem, Attac Catalunya, CATAC-CTS-IAC i Dempeus per la Salut Pública, contra Boi Ruiz i el seu equip de govern del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Jornada per una Nova Cultura de la Salut[5]

El 22 de juny del 2011, una vintena llarga d'organitzacions i persones (científiques, estudioses o professionals de la sanitat i la salut) van celebrar a Barcelona la Jornada per una Nova Cultura de la Salut. A la idea convocant s'explicitava la intenció de recuperar la concepció global d'aquells antics metges higienistes catalans que van donar una empremta social a l'exercici de la seva professió a Catalunya, que van ajudar a enderrocar muralles i humanitzar una indústria naixent, que van considerar la salut pública —tot just entesa com a tal— una manera de viure que tenia molt a veure amb la naturalesa, les relacions socials i personals, i les necessitats humanes i col·lectives de cada època. Però els convocants també reivindicaven la definició de salut, que convida a l'acció, de la Declaració dels Drets dels Pobles a la Salut de Bangladesh.

A la declaració final de la Jornada es coincideix que no és saludable de cap manera viure en una societat on l'economia mana sobre la política, com tampoc no ho és que organismes supranacionals que ningú ha escollit (FMI, BM, OMC) i els interessos privats d'empreses multinacionals, d'indústries químiques i farmacèutiques i institucions financeres que fomenten l'atur retallant els crèdits a les petites i mitjanes empreses, s'apropiïn del finançament dels serveis públics i deixin tants treballadors i treballadores sense casa. S'accepta que les privatitzacions, les retallades i el menysteniment dels drets tenen clarament biaix de gènere i de classe, desestructuren la nostra societat i preparen el camí a unes noves formes d'explotació, marginació i infelicitat de les persones. Es coincideix que s'està fomentant una societat individualista i cruel que només comparteix el patiment, de la qual es vol eradicar la solidaritat amb un nou autoritarisme i el menyspreu de l'ésser humà, i on sols pot covar el feixisme.

No és bo per a la salut que les persones, la natura, la qualitat de vida, les necessàries relacions de suport, la participació social i la cultura siguin mercaderia: ens mereixem una societat millor. D'aquí rau el compromís de treballar per desenvolupar nou eixos i unes línies de treball que es poden resumir de la manera que s'exposa tot seguit.

---

5 Entre els participants, Montse Vergara i Joan Benach, de GREDS-ENCOMET; Carme Borrell, de l'Agència de Salut Pública de Barcelona; Albert Planes, de la FOCAP; Toni Barbarà i Angels Martínez i Castells, de Dempeus; Sergi Raventós, de la Fundació Tres Turons; Laura Leyva, de CEPS-Salut; Joan-Ramon Laporte, de l'Institut Català de Farmacologia; Toni Solanas, d'AuS; Gustavo Subirats, de la DMD; Jodi Calm, de la Plataforma de Fibrofamiliars; Verònica Miró, de Som lo que Sembrem; Josep Martí, del CAPS; Gianfranco Pani, d'AICEC-ADICAE; Luis Juberías, del Col·lectiu Inflexió; Felipe López Aranguren, sociòleg i iaioflauta; i aportacions de Salut Laboral de CCOO; d'Olga Fernández-Quiroga, d'e-criterium; representants de Sanitat 15M; cuineres de Slow Food; i el pagès Josep Pàmies.

Eixos de la Nova Cultura de la Salut

1 / Cal desmercantilitzar la salut pública i l'atenció sanitària del control privat i la influència del neoliberalisme i el complex industrial biomèdic farmacèutic. En aquest sentit, cal rebutjar tant les propostes de retallades de salaris com de plantilla, propostes de repagament, etc., que, a la pràctica, redueixen les prestacions que reben els pacients i tenen per objectiu real potenciar un sistema públic amb doble llista d'espera (una de lenta i precària per a les classes populars, i una altra d'accelerada i diligent per als qui es paguin també una assegurança privada).

2 / Cal desbiomedicalitzar la salut proposant avenços en l'educació, la prevenció, la humanització i l'atenció de la salut a través d'una integració entre el biològic, el psicològic i el social, en una visió integral de la salut.

3 / Cal integrar l'atenció sanitària dins de la salut pública i posar especial èmfasi en la prevenció primària de la malaltia i la promoció de la salut. Per això és imprescindible fer pedagogia activa dels determinants socials i de l'equitat en salut, que és també potenciar una societat més justa de persones més iguals.

4 / Cal vigilar i proposar polítiques per canviar els principals determinants de la salut i de l'equitat, com recomana la Comissió de Determinants de Salut. Avui és més clar que mai que les polítiques sorgides des de les persones, els seus drets i les seves necessitats han de ser les que marquin les polítiques de salut. En aquest sentit, amb les taxes de precarietat i atur de Catalunya, tant per a dones, joves, com per a qui ja fa temps que és a l'atur, una societat excloent és un element de desigualtat i un atemptat a la salut pública de primer ordre.

5 / Cal aconseguir que el lema «Salut en totes les polítiques» sigui més útil que mai, i això vol dir fer possibles les mesures que satisfacin els drets i les necessitats, amb la seva avaluació sostinguda. Si la política plantejada pot afectar negativament la salut o incrementar les desigualtats, s'ha de desestimar i impulsar-ne d'altres que afavoreixin la millora de la salut entesa de forma global.

6 / Cal explicar què és l'EQUITAT en salut, i per què l'equitat pot no correspondre's amb el que està escrit o el que sembla més igualitari. Tractar de manera igual els desiguals no és just ni permet arribar a la igualtat.

7 / Cal posar èmfasi en la figura del treballador/a social, que, juntament amb el personal sanitari d'atenció primària, constitueix una figura de proximitat amb molt de contacte amb els sectors més dèbils de la nostra societat. Cal esmerçar-hi més solidaritat i tota l'ajuda necessària, especialment per als col·lectius més vulnerables.

8 / Cal promoure el reconeixement del paper imprescindible que han de jugar els agents educatius (escola formal i no formal) en la promoció de la salut de la comunitat. El seu acompanyament en el desenvolupament de coneixements, habilitats i actituds de les persones, així com la situació de proximitat quotidiana que els permet conèixer els contextos socioeconòmiques d'infants, joves i famílies, situa els agents educatius com a elements claus en la promoció de models de vida i entorns físics i psicosocials saludables.

9 / Cal democratitzar la salut pública i l'atenció sanitària amb participació de la població. La participació ciutadana millora la salut de la població de forma directa —per la mateixa acció i implicació de les persones i indirecta— per l'impuls d'objectius que d'altra manera podrien no arribar mai a estar a l'agenda de les persones que fan les polítiques. La nova cultura de la salut entén que la participació ha de ser lliure i insurgent, amb veu pròpia, ha de crear un contrapoder fort, real, argumentat, amb propostes alternatives. Sols així té sentit parlar de participació de la societat civil.

Línies que cal desenvolupar

1 / DRETS DE LES DONES, on s'inclou la violència de gènere, el dret al propi cos, la denúncia davant les mutilacions, però també les agressions psicoestètiques.

2 / DRET ESPECÍFIC D'EMPARA de les persones més desvalgudes i maltractades que es descobreixen des de treball social i atenció primària: ancians, nens, persones amb problemes de salut mental i malalties cròniques, discapacitats, etc.

3 / DRET A COMBATRE ELS RISCOS LABORALS i malalties derivades del treball, tant com els perills relacionats amb els aliments, l'aigua, el medi, etc. Entre els factors determinants socials de la salut que cal destacar, assenyalem les condicions laborals, el fet d'estar a l'atur i tenir o no subsidi, els riscos que la precarització del treball i l'evolució del mercat laboral cada vegada més desregulat impliquen per a la salut, les malalties mentals, els professionals cremats (*burnout*), el perill de suïcidi, els contaminants químics, l'exposició a l'amiant i altres verins, etc.

4 / DRET A NO EXPULSAR DELS DRETS LES MALALTIES EMERGENTS, mal ateses, insuficientment tractades o poc investigades. La fibromiàlgia, la síndrome de fatiga crònica i la sensibilitat química múltiple són patologies que il·lustren aquesta legítima reivindicació.

5 / DRET A LLIURAR-NOS DE LES NOVES CONTAMINACIONS. A les dificultats tradicionals del llenguatge mèdic, s'hi suma la contaminació d'un llenguatge invasiu i especialment nociu: el de la visió economicista predominant que interfereix no només en la relació, sinó en l'organització i concepció mateixa de l'acte sanitari.

6 / DRET A UN TRACTE (I CONTACTE) HUMÀ. L'impacte de les noves tecnologies i sofisticació sanitàries han interferit també en la comunicació no verbal i l'empatia entre metge i pacient. Desapareix progressivament el «tracte», el «contacte humà» com a potent agent comunicador (considerat fins i tot guaridor en algunes cultures), tot i que les noves tecnologies poden ajudar, quan en alguns casos la pantalla de l'ordinador substitueix el rostre de la persona malalta.

7 / DRET A LA PREVENCIÓ I A TENIR CURA DE LES NOVES SOBREDOSIS. Fem constar, en concret, l'abús d'informacions pseudotècniques i generadores de confusió. I també que s'abusa d'un voluntariat, quan representa que la societat com un tot s'escapoleix d'un dret social i econòmic, i carrega tasques sanitàries i de salut fonamentals sobre les dones —de nou— o sobre organitzacions d'ajuda mútua.

8 / DRET A UN SISTEMA PÚBLIC DE SANITAT, l'únic que pot garantir l'equitat i universalitat, i desmuntar-ne el tòpic de la gratuïtat. En aquest sentit, es diu NO als repagaments: tornar a pagar el que hem finançat amb els nostres impostos incrementa la manca d'equitat, penalitza les persones malaltes (cròniques) i les que tenen menys recursos.

9 / DRET QUE ELS IMPOSTOS FINANCIN EL SISTEMA PÚBLIC, que aquest no sigui subsidiari ni parasitat pel privat i que sols es financi amb diners públics la sanitat pública.

10 / DRET QUE ELS DRETS DE SALUT DE LA CIUTADANIA NO ES CONDICIONIN per actituds poc saludables com la culpabilització, ni l'enfrontament dels drets laborals amb els drets de ciutadania, ambdós legítims i en paral·lel.

«Post scriptum»

Què hem après des de la celebració de la Jornada per una Nova Cultura de la Salut? Encara que, dia a dia, estem aprenent coses de manera molt dura —amb gran patiment de la gent de casa nostra i de tot el món—, voldríem destacar que si s'haguessin d'afegir algunes línies addicionals, aquestes incorporarien la necessitat d'una informació transparent i d'una premsa lliure, gairebé com un determinant de salut més que caracteritza els nostres temps, com van demostrar els companys Albano Dante i Marta

Sibina[6]. Perquè cal informació, però també cal combatre *infointoxicacions* com ara, per exemple, que els serveis públics són gratuïts, quan en realitat ja els hem prepagat amb el nostre treball i els nostres impostos.

Hem après que les «prescripcions no farmacològiques» —com les veu l'internista Toni Barbarà—[7] són d'importància fonamental per a una vida saludable, digna i lliure de culpabilitzacions; que la salut es crea i es viu en el marc de la vida quotidiana, en els centres d'ensenyament, de treball i de lleure.

Hem après que, al món de la sanitat, les portes giratòries constitueixen autèntics voltors que ens roben la salut i ens enfonsen en el que hem anomenat amb Albano Dante —editor de Cafèambllet—, de manera gens agosarada, «dictadura sanitària».[8]

Hem après que la lluita que es fa contra la discriminació per papers, per edat, per gènere, per situació laboral o per procedència és una lluita necessària. Els virus i els bacteris ataquen les persones més fràgils i menys protegides, no les regulars o irregulars.

Hem observat l'escàndol que es parli de manca de recursos públics, mentre que les autoritats mai no mencionen el control dels paradisos fiscals i el mercat negre, ni la necessitat de posar un impost sobre les transaccions financeres internacionals.

Hem constatat mil i una vegades que ELS SERVEIS PÚBLICS han de ser prioritats i han de quedar preservats de la mercantilització, del negoci i de les retallades pressupostàries, i que l'equitat en salut és la millor manera de mesurar la justícia social.

I, finalment, hem après que, quan és tan evident que no estem patint cap crisi, sinó una gran estafa, que l'increment de l'explotació, l'expropiació i la corrupció són ja insostenibles per a la majoria de la població, la insubmissió és cada dia una necessitat més urgent davant la barbàrie, i és, fins i tot, un nou valor de salut.

---

6 Sibina, M.; Dante Fachin, A. *Artur Mas: on són els meus diners?* Breda: Noupaper Editors, SL (Revista Cafèambllet), 2013.

7 Barbarà, A. *Prescripciones No farmacológicas – 0*. "Sobre políticas de salud y salud de las políticas. Recetario de urgencia en tiempos de crisis. Algunas reflexiones presentadas en cuatro dosis digeribles, como un preámbulo (0) y tres capítulos (1,2 y 3)" [apunt de blog] La Ratera (2010).
També disponible en línia a: http://laratera.avant.cat/2010/07/prescripciones-no-farmacologicas-0.html

8 Diversos autors. *Perspectives*. Barcelona: EspaiFàbrica, 2013, p. 95 a 104

PRÒLEG
INTRODUCCIÓ
SALUT I SOCIETAT
CONSEQÜÈNCIES DE L'AGENDA NEOLIBERAL
EXISTEIXEN ALTERNATIVES
PRESENT I FUTUR
EPÍLEG

IV

ELS DETERMINANTS SOCIALS DE LA SALUT

Joan Benach · Carme Borrell

La salut i les desigualtats en salut

El Congrés de Metges i Biòlegs de Perpinyà de 1976 va definir la salut «com aquella manera de viure autònoma, solidària i joiosa», descripció que posa en evidència que la salut és una via de promoció de la llibertat i l'equitat de les persones. Desafortunadament, la majoria de persones no tenen una situació vital, econòmica o laboral adequada amb la qual poder gaudir i compartir una vida saludable, independent, fraternal i alegre. Per tant, la salut no és un assumpte individual, exclusiu de cada persona, sinó que depèn de les condicions de vida que ens envolten.

Quan tenim en compte la salut en el conjunt de la població, parlem de «salut col·lectiva». La salut pública es defineix com «el conjunt organitzat d'actuacions dels poders públics i de la societat mitjançant la mobilització de recursos humans i materials per protegir i promoure la salut col·lectiva, prevenir la malaltia i tenir cura de la vigilància de la salut». Convé no confondre la «salut pública» amb les activitats realitzades pels serveis d'atenció sanitària públics, que coneixem com a «sanitat pública».

Les decisions crucials relacionades amb valors sobre el que és bo o dolent per a la societat i per a la salut de la població, es prenen en el terreny

de la política. Les accions i prioritats que es trien reflecteixen les ideologies, el coneixement tecnicocientífic i el conflicte polític entre classes socials. Decisions com privatitzar l'atenció sanitària, l'accés a l'aigua potable (per exemple: les lluites populars de la "guerra de l'aigua" del 2000 a Bolívia van impedir la privatització de l'aigua), o l'especulació financera sobre aliments bàsics —que ha portat milions de persones a la "insuficiència alimentària"—, reflecteixen la ideologia i el poder.[1]

Les accions de salut constitueixen una part fonamental de l'estat del benestar, és a dir, aquelles mesures adoptades per l'estat per garantir o millorar el benestar de la població. Així, per exemple, les activitats de salut pública inclouen els sistemes de clavegueram i aigua potable, les campanyes de prevenció de malalties infeccioses o cròniques, el control d'epidèmies, els programes de salut laboral dels treballadors, la protecció de la salut ambiental i del consumidor, i l'educació de la salut, entre moltes d'altres. La salut pública és un bé col·lectiu i no privat i els seus beneficis no són, per tant, individuals, sinó per a totes les persones. Per exemple, tots ens hem beneficiat de la vacunació o de les millores en l'aigua de beure.

Les desigualtats socials en salut són aquelles diferències en salut sistemàtiques, produïdes socialment i injustes.[2] Les diferències són sistemàtiques perquè no es produeixen de forma aleatòria, sinó que tenen un patró persistent en la població i afecten els grups socials més vulnerables. Es produeixen socialment perquè són conseqüència de processos socials i no de processos biològics, és a dir, les desigualtats en salut no estan relacionades, per exemple amb factors hereditaris, sinó que ho estan amb el funcionament de la societat. I són injustes perquè vulneren drets fonamentals de les persones.

Aquestes desigualtats són el resultat de les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones en funció de la seva classe social, sexe, territori o ètnia, el que es tradueix en una pitjor salut entre els col·lectius socialment menys afavorits (les persones de classe menys privilegiada, les dones o de territoris més pobres). Nombrosos estudis científics mostren que les desigualtats en salut són enormes i responsables d'un excés de mortalitat i de morbiditat superior a la majoria de factors de risc d'emmalaltir coneguts.[3] A més, en aquells àmbits on

1 Benach, J; Muntaner, C; Tarafa, G; Valverde, C. *La sanidad está en venta*. Barcelona: Icaria, 2012. 112 p.

2 Whitehead, M; Dahlgren, G. «Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1)». *World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health*, núm. 2 (2006).

3 Benach, J; Muntaner, C; *Aprender a mirar la salud*. Barcelona: El viejo topo, 2005.

s'ha estudiat, aquestes desigualtats gairebé sempre augmenten, ja que la salut millora més ràpidament en les persones de classes socials més avantatjades i empitjora més en les persones de classes socials menys afavorides. L'evidència científica també assenyala que les desigualtats en salut es poden reduir si s'apliquen les intervencions i les polítiques públiques sanitàries i socials adequades.

Els determinants socials de la salut

Existeixen diferents models per explicar les causes o factors que determinen la salut i les desigualtats socials en salut. La comissió per reduir les desigualtats en salut a Espanya va proposar el model que consta a la *Figura 1* que conté dos elements principals: els factors estructurals i els factors intermedis de les desigualtats en salut.[4]

Els factors estructurals es componen del context socioeconòmic i polític i de l'estructura social. El context socioeconòmic i polític es refereix als factors que afecten de forma important a l'estructura social i la distribució de poder i recursos dins d'aquesta estructura. S'hi inclouen:

- El govern en el seu aspecte ampli, és a dir, la tradició política, la transparència, la corrupció, el poder dels sindicats, etc.
- Els actors econòmics i social, com ara les grans corporacions o els bancs.

Tots dos determinen les polítiques macroeconòmiques, com ara les polítiques fiscals o que regulen el mercat, les polítiques i les relacions de força entre els agents socials que afecten el mercat de treball, i les polítiques públiques que formen l'estat del benestar, com són, per exemple ,l'educació, l'atenció sanitària o la protecció social. A més, també s'inclouen en aquest apartat els valors socials i culturals que sustenten les polítiques i les jerarquies.

Els factors estructurals tenen a veure amb les eleccions i prioritats polítiques dels governs, les empreses i les diverses forces socials i polítiques i sindicals que tenen algun tipus de poder en la presa de decisions polítiques. Aquestes decisions influeixen en la desigual distribució de poder econòmic i social, entre països i dins dels països, la qual cosa condiciona les polítiques socials que seran elegides o no. En aquest sentit, els països que tenen tradicions polítiques on hi ha més capacitat de negociació col·lectiva, més redistribució social i un estat del benestar més desenvolupat, tenen menors

4 Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. «Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España». *Gaceta de Sanidad*, núm. 26 (2012), p-182-189.

nivells de pobresa, menys desigualtat de renda, més cobertura sanitària, més despesa pública social i sanitària i uns indicadors de salut més bons.

L'estructura social inclou els diferents eixos de desigualtat que determinen jerarquies de poder en la societat, com són la classe social, el gènere, l'edat, l'ètnia o la raça i el territori. Aquests eixos determinen les oportunitats de tenir una bona salut i posen en evidència l'existència de desigualtats en salut a causa del poder, el prestigi i l'accés als recursos, i en surten més beneficiades les persones de classes socials privilegiades, els homes, les persones d'edat adulta, les de raça blanca i les originàries d'àrees geogràfiques més riques. Aquests eixos de desigualtat estan relacionats amb el concepte de discriminació o de «les relacions de classe, gènere o raça injustes basades en pràctiques institucionals i interpersonals on membres d'un grup dominant adquireixen privilegis a partir de subordinar altres persones i justifiquen aquestes pràctiques mitjançant ideologies de superioritat o diferències, que s'anomenen classisme, sexisme o racisme».[5]

L'estructura social determina desigualtats en els factors intermedis, els quals, al seu torn, determinen les desigualtats en salut. Aquests factors inclouen, en primer lloc, els recursos materials, que són:

- Les condicions d'ocupació (situació laboral, tipus de contracte, precarietat) i treball (riscos físics i ergonòmics, organització i entorn psicosocial).
- La càrrega de treball reproductiu (tasques domèstiques i de cura de les persones).
- El nivell d'ingressos i la situació econòmica i patrimonial.
- La qualitat de l'habitatge i els seus equipaments.
- El barri o àrea de residència i les seves característiques.

Els recursos materials influeixen en els processos psicosocials com la manca de control, de suport social i les situacions d'estrès (esdeveniments vitals negatius), i també en les conductes amb influència en la salut. Finalment, encara que els serveis sanitaris, en si mateixos, contribueixen molt poc a la generació de les desigualtats en salut, un menor accés als serveis de salut i una disminució en la qualitat d'aquests serveis per als grups socials menys afavorits pot repercutir en unes pitjors conseqüències en la salut i el benestar.

Tant els factors estructurals com els recursos materials són les causes més globals, a les quals s'ha anomenat «determinants socials de la salut». Aquestes causes determinen els estils de vida o conductes adoptades,

5 Krieger, N; Smith, K; Naishadham, D; Hartman, C; Barbeau, EM. «Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health». *Social Science & Medicine*, núm. 61 (2005), p. 1576-1596.

com, per exemple, el fet de consumir aliments poc saludables o abusar de l'alcohol. Per això també se'ls ha anomenat «causes de les causes».

La Comissió de Determinants Socials de la Salut de l'OMS[6] va assenyalar que els danys a la salut col·lectiva i la generació de desigualtats en salut són el producte de la combinació d'aquests determinants socials. La desigual distribució dels problemes de salut no és un fenomen "aleatori" o "natural", ni el producte d'unes conductes poc saludables, sinó, sobretot, el resultat de la combinació de les polítiques socials i econòmiques que es realitzen en un determinat territori o país. Per això, la millora de la salut i l'equitat requereix realitzar polítiques, programes i intervencions que englobin tots els sectors socials fonamentals en cada societat i no únicament el sector de l'atenció sanitària.

Actualment, la major part de la població valora les principals causes de la salut sota l'anomenada «ideologia biomèdica dominant», segons la qual els principals factors que generen malalties són causes com la genètica o les conductes relacionades amb la salut o estils de vida. No obstant això, tot i ser importants, aquestes causes no permeten explicar ni la situació de salut col·lectiva, ni la producció de desigualtats en salut en una determinada societat. Malgrat els notables progressos de les últimes dècades, el coneixement sobre la genètica i el seu impacte en les malalties és encara molt limitat. Primer, perquè hi ha molt poques malalties "exclusivament" genètiques i aquestes afecten un percentatge de població molt petit. Segon, perquè els factors biològics interactuen constantment amb l'ambient i un desavantatge inicial genètic pot ser compensat, o no, amb un canvi social. I tercer, perquè la predisposició genètica gairebé mai produeix efectes inevitables, i moltes causes de malaltia i mort canvien el seu patró social al llarg del temps per raons d'origen social i històric.

Pel que fa als anomenats «estils de vida», s'estima que al voltant de tres quartes parts de la humanitat no té l'opció de "triar lliurement" el fet de portar una alimentació adequada, viure en un ambient saludable, o tenir una feina gratificant i que no sigui nociva per a la salut. Així, sabem que hi ha milions d'éssers humans del planeta malnodrits, que no tenen habitatge digne, o accés a aigua potable ni a una atenció sanitària adequada i, per tant, no poden escollir «conductes o estils de vida saludables». No obstant això, en la gran majoria de països els governs "inunden" les seves poblacions amb recomanacions relatives als «estils de vida» . Alguns dels exemples més comuns són aquests: No fumis, segueix una dieta equilibrada, menja molta fruita i verdures, estigues

6 CSDH. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra: World Health Organization, 2008.

físicament actiu, si beus alcohol fes-ho amb moderació, protegeix-te del sol, practica sexe amb seguretat… I tot això sense tenir en compte el context en què viuen les persones, o sigui, els determinants socials de la salut.

Els eixos de desigualtat i el seu impacte en la salut

Tal com s'ha comentat anteriorment, els eixos de desigualtat ens mostren desigualtats en salut. Tot seguit, en podem veure alguns exemples.

Respecte a les desigualtats en salut segons la classe social (mesurada a través de l'ocupació) o posició socioeconòmica (nivell d'estudis o d'ingressos), s'observa que en disminuir la classe social, empitjora la salut, tant expressada en mala salut percebuda[7] com en el fet d'emmalaltir o de morir de forma prematura. Per tant, aquestes desigualtats no només afecten un petit segment de població més pobre, sinó tota la població, com il·lustra la *Figura 2,* on es mostren quatre indicadors de salut segons classe social a Catalunya. S'observa que la salut millora a mesura que la classe social és més privilegiada; per exemple: la mala salut percebuda en les dones fluctua entre un 11 % en les de classe social I i un 30 % en les de classe social V, percentatges que en els homes són de 5 % i 16 %, respectivament. O sigui que els percentatges de persones amb mala salut es multipliquen per tres quan es comparen les classes socials menys privilegiades amb les que ho són més.

A banda d'això, les desigualtats es van reproduint al llarg del cicle vital: la classe social de la família en què es neix, el nivell d'estudis adquirit, les ocupacions realitzades, el nivell d'ingressos i patrimoni, són alhora diferents maneres de mesurar la jerarquia de poder i de generació de recursos i oportunitats desiguals al llarg de la vida que es tradueixen en desigualtats en salut.

Les diferències en salut entre homes i dones no són només diferències biològiques, sinó que són també desigualtats de gènere degudes a les diferències socials que es donen entre els sexes. Aquestes diferències estan associades a la diferent socialització de dones i homes que determina diferents valors, actituds i conductes, així com desigualtats en el poder i en l'accés als recursos i també la profunda divisió sexual del treball.[8] Això es tradueix en pitjors condicions laborals per a les dones, amb salaris inferiors i amb una doble càrrega de treball, fora i dins de la llar, que repercuteix en el seu estat de salut. La *Figura 2* mostra com, sobretot la mala salut percebuda i la mala

7 Borrell, C; Palència, L; Rodríguez-Sanz, M. et al. «Evolución de las desigualdades sociales en salud en Catalunya, España». *Medicina Clínica,* 137 (2011), p-60-65.

8 Borrell, C; Artazcoz, L. «Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro». *Revista Española de Salud Púublica,* núm. 82 (2008), p-245-249.

salut mental són pitjors en les dones que en els homes. Però les desigualtats de gènere en salut també repercuteixen negativament en els homes. Així, per exemple, els comportaments de risc associats a la masculinitat tradicional (per exemple, el consum de substàncies addictives o la conducció de risc) són responsables en bona mesura de la menor esperança de vida dels homes.

L'edat (més enllà de les seves implicacions biològiques), l'ètnia i el lloc de procedència[9] són altres característiques individuals que, en funció del context històric d'un país, adquireixen transcendència social i poden determinar desigualtats en salut lligades a processos de discriminació i segregació. Així, doncs, en la majoria de societats occidentals la gent gran pateix les conseqüències de l'edatisme o les persones que pertanyen a un país de renda baixa pateixen processos de discriminació interpersonal, i institucional, i d'exclusió social i econòmica amb impacte en la salut.

Independentment de les desigualtats entre individus, hi ha també variacions geogràfiques en la salut, relacionades amb els recursos socials, econòmics i sanitaris de què disposa cada regió. L'esperança de vida en néixer supera els 80 anys en molts dels països de renda per càpita més elevada, i no arriba als 50 en els països més pobres. A Catalunya, l'any 2011 (últim any amb dades disponibles), l'esperança de vida a les comarques va fluctuar en els homes des de 75,8 anys, al Solsonès, fins a 84,3 anys, a la Cerdanya. En les dones va ser de 83,3, a l'Alt Urgell, a 88,8, a l'Alta Ribagorça.[10] Les comarques amb una esperança de vida més alta tenen un Producte Interior Brut per habitant superior a la mitjana de Catalunya, i les que tenen una esperança de vida més baixa, el tenen inferior a la mitjana del país (dades Idescat de 2010).

Conclusions

Les causes relacionades amb els nivells de salut i de desigualtats en salut de la població són causes que, majoritàriament, no depenen de les persones individuals, sinó que depenen de factors socials i, per tant, s'han d'abordar des d'aquesta perspectiva. Per aquest motiu, és important que les polítiques fora de l'àmbit sanitari (com, per exemple, economia, treball, urbanisme, educació, etc.) tinguin en compte l'impacte en la salut, una aproximació que s'ha denominat «salut en totes les polítiques».

9 Malmusi, D; Borrell, C; Benach, J. «Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin». *Social Science & Medicine,* núm. 71 (2008), p.1610.

10 Servei d'Informació i Estudis. *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2011. Annex de taules*. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2013.

Figura 1

Marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials en salut. Comissió per reduir les desigualtats en salut a Espanya, 2010

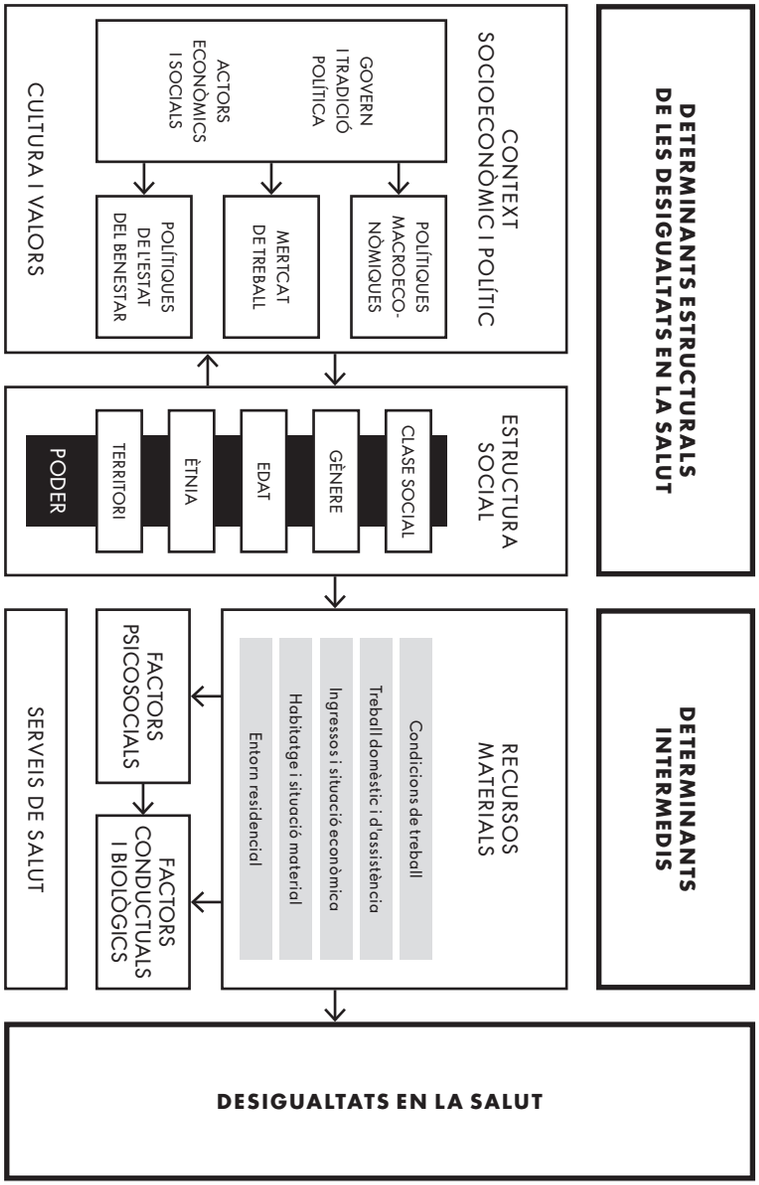
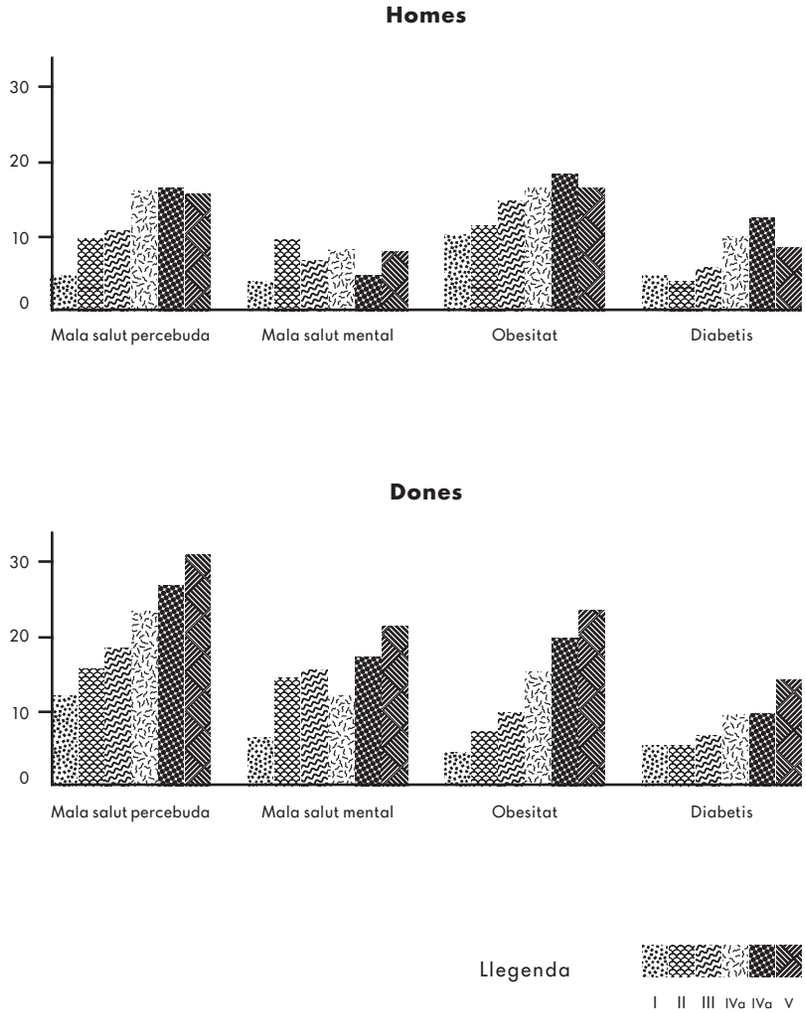


Figura 2

Desigualtats segons classe social ocupacional en 4 indicadors de salut. Percentatges en homes i dones. Enquesta de Salut de Catalunya 2012



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2012. Taules per classe social i sexe (onades 4 i 5). També disponible en línia a: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Estadistiques%20sanitaries/Enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/Documents/Arxius/120387020101TN0201_sexecSocial.pdf

V

L'EXCLUSIÓ SANITÀRIA: EL FULL DE RUTA D'UN MODEL SANITARI BASAT EN LES DESIGUALTATS

Montserrat Pineda

Aquest article pretén reflexionar sobre les claus del fenomen anomenat «exclusió sanitària», que s'ha produït a l'Estat espanyol producte dels decrets promulgats pel govern als anys 2012 i 2013. Però aquests decrets són la punta de l'iceberg d'un canvi estructural que fa anys que s'està realitzant al sistema sanitari. L'objectiu principal d'aquest article és posar en evidència que aquest nou model és el reflex de les desigualtats socials en les quals vivim, del model cada vegada més mercantilitzador del sistema sanitari, i de com la gestió actual del sistema de salut no garanteix el dret de la salut com a base fonamental del mateix sistema.

Posant una mica de context: Caminant entre "decretazos" i instruccions a dojo

L'abril del 2012 es va publicar el Reial decret-llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar-ne la qualitat i seguretat de les prestacions. Posteriorment, es va promulgar l'RDL 1192/2012, de 3 d'agost, pel qual es regula la condició d'assegurat i de beneficiari a efectes de l'assistència sanitària a Espanya, a càrrec de fons públics, a través del Sistema Nacional de Salut. I darrerament, l'RDL 576/2013, de 26 de juliol, pel qual s'estableixen els requisits bàsics del conveni especial de prestació d'assistència sanitària a persones que no tinguin la condició d'assegurades ni de beneficiàries del Sistema Nacional de Salut. Aquests tres decrets són la consumació de la precarització del sistema sanitari universal (si alguna vegada ha existit com a tal) i un veritable cop d'estat a la societat del benestar .

L'exclusió sanitària és la norma roïna que es va establir des de l'Estat espanyol com a full de ruta per tal de descompondre el sistema sanitari públic i dificultar l'accés als serveis de salut, i posant l'excepcionalitat mercantilista com a eix de l'atenció sanitària. Un full de ruta que canvia no tan sols les formes de relacionar-nos amb el sistema sanitari, sinó que canvia l'essència d'aquest sistema. Un full de ruta que les diverses comunitats autònomes han interpretat segons els seus interessos partidistes i econòmics amb molta disparitat de criteris.

En la majoria d'ocasions els governs autonòmics han utilitzat els decrets estatals com a coartada per poder executar polítiques restrictives al dret de la salut que ells mateixos no podien fer per qüestions de competències, no pas per qüestions ideològiques. En el cas dels Països Catalans, les polítiques sanitàries s'han decantat per generar un entramat d'instruccions administratives que en molts casos han estat elements absolutament arbitraris i que han cronificat la desigualtat de les situacions.

Seria una equivocació pensar que el reial decret és un decret que afecta les persones immigrants anomenades «sense papers». Aquest decret afecta tothom independentment de la seva situació administrativa, perquè es configura com una norma jurídica que canvia les regles socials més bàsiques sobre la protecció dels drets fonamentals, en aquest cas la protecció de la salut. Però sota aquesta premissa, òbviament és rellevant i imprescindible assenyalar que aquesta norma comença per les persones immigrades no regularitzades, perquè és el sector més vulnerable de la societat actualment, i el que ja va ser expulsat en primer lloc del mercat de treball productiu.

En aquesta línia, no podem deixar de banda que aquest decret, que afecta de forma més directa les persones immigrades, és una estratègia molt maquiavèl·lica. Es presenta com una mesura d'austeritat, agafa un cap de turc (persones immigrades no regularitzades) i nega el canvi de model amb arguments esperpèntics refredant la resposta política i social. La invisibilització del canvi de model dificulta no només l'anàlisi a mitjà termini, sinó que desprotegeix més les persones immigrades, en justificar-ho amb un joc de malabars xenòfob. Aquesta mesura legal amaga l'impacte que té a tot el sistema d'assegurament, ja que desvia la mirada cap a l'excepció, quan aquesta l'ha convertit en la norma.

El decret i les instruccions no els podem entendre sense dos fenòmens paral·lels: la mercantilització sense fre del sistema sanitari i la xenofòbia institucional i econòmica. Fa molts anys que suportem una dura campanya de desprestigi del sistema de salut de l'àmbit públic, sumat a un pla de les multinacionals del sector per quedar-se de forma abaratida els recursos del sistema sanitari. Cal recordar que, per exemple, a Catalunya el 36 % dels pressupostos generals s'inverteix en el sistema de salut. Nombrosos estudis ens parlen de la salut com un espai de negoci, i això no passa desapercebut als "taurons econòmics". Per tant, els interessos al voltant del sistema sanitari es multipliquen i, alhora, s'incapacita el mateix sistema per trobar solucions reals a les seves mancances estructurals. Es crea un imaginari col·lectiu i polític segons el qual el sistema no és sostenible per si sol, i que la inversió en salut és simplement una despesa.

Al mateix temps, a Europa, a l'Estat espanyol i als Països Catalans, a causa de les característiques polítiques autogenerades (socials, econòmiques i demogràfiques), s'està potenciant el classisme xenòfob. Els discursos totalitaristes, que veuen l'altre com una amenaça, es multipliquen, i es diversifiquen els prejudicis que l'acompanyen. Aquest fenomen no es produeix exclusivament per part de grups declaradament feixistes, sinó que les polítiques institucionals cosifiquen les persones en mà d'obra o receptores d'ajuts desmesurats. La regulació del sistema econòmic entén de discursos populistes, i aquests utilitzen arguments dels anys 30 per crear una classe social de "nous pàries": les persones immigrades.

Aquesta terra putrefacta de desigualtat creada pels interessos totalitaristes i econòmics necessita una llavor per fer florir la ignomínia. Malgrat que el sistema sanitari no es finança per les contribucions directes de les treballadores, els gestors sanitaris troben l'ocasió de plantejar la mercantilització màxima del sistema sanitari i un viratge bismarckià. Amb el decret, el sistema sanitari es basa en l'excepcionalitat i l'exclusió. El concepte d'assegurament escombra el miratge de la universalitat, i l'exclusió converteix el dret de la salut en un luxe. Una de les paradoxes flagrants d'aquest sistema és que no soluciona el problema de la sostenibilitat, ja que reduir parcialment les despeses no significa fer-ho ni més eficaç, ni més eficient, ni més sostenible. Però aquest fet no és gens fàcil d'observar a curt termini, sobretot si no interessa fer-ho.

Aquests decrets i les diverses instruccions que se'n deriven en moltes comunitats autònomes representen un canvi de paradigma, una nova manera d'entendre les relacions entre l'estat i la ciutadania. L'estat del benestar es presenta com la suma de serveis i prestacions, i accedir-hi, com la suma de fets administratius. Per tant, la ciutadania veu més que mai les administracions no com a gestores del "bé comú", sinó com a agents de duanes per accedir als drets. I la distància, ja no tan sols orgànica, sinó simbòlica, a la garantia dels drets humans es fa molt més gran.

Políticament i administrativament, el decret llei va néixer sense un informe d'impacte i sense una anàlisi real de la situació que no fos pamfletària. És difícil valorar-ne les conseqüències reals, i encara més si hi afegim la manca de transparència de les administracions central i autonòmiques. Malgrat tot, podem establir com a primera reflexió que aquesta fórmula sense evidència econòmica real és la descomposició del sistema sanitari tal com l'hem conegut els darrers 30 anys, i que el seu producte estrella és i serà l'apartheid sanitari.

L'exclusió sanitària als Països Catalans: Convergències i divergències d'una mateixa situació

Com que les competències de la gestió són autonòmiques, el paper que hi juguen els governs i les administracions autonòmiques és fonamental per veure com s'ha aplicat aquesta normativa estatal als Països Catalans.

D'una banda, ens trobem les Illes Balears, on es va produir la primera mort coneguda d'una persona per la desatenció sanitària generada pels decrets estatals. Aquesta deshonra no ha fet canviar gens les seves polítiques, que no tan sols són de dubtosa qualitat moral, sinó que, a més, estan generant un problema de salut pública important. I de l'altra banda, ens trobem els governs del País Valencià i de Catalunya, curiosament amb una similitud a l'hora de generar el paradigma de la universalitat no universal.

Els màxims responsables dels governs del País Valencià i de Catalunya en les seves declaracions sempre han parlat sobre la universalitat del sistema de salut. Però, a la pràctica, a les dues comunitats s'han generat instruccions (i en el cas del País Valencià un decret llei) que continuen restringint l'accés al sistema sanitari posant determinades excepcions a l'atenció universal. Per tant, si seguim la lògica semàntica i/o la generada per la Declaració Universal dels Drets Humans, la universalitat no pot ser restringida, condicionada, segmentada, ni taxada. Per tant, és hàbil políticament parlar d'universalitat, però ni legalment, ni èticament és real fer-ho si es posen requisits per accedir-hi, com en aquest cas.

L'INSS (Institut Nacional de la Seguretat Social) és qui estableix quines prestacions seran finançades per l'Estat a través de les transferències a les comunitats autònomes. El que es planteja amb el nou decret és que hi ha persones que en queden excloses. Però les comunitats tenen la competència de gestionar les prestacions del Sistema Nacional de Salut i, per tant, tenen la potestat de cobrir serveis a través de la seva targeta sanitària pel seu territori, o sigui, pel País Valencià i Catalunya. Aquesta potestat ha estat utilitzada per aquestes dues comunitats per generar instruccions que faciliten l'accés al sistema sanitari, però ho fan amb restriccions.

Per exemplificar com les instruccions administratives catalanes i valencianes cronifiquen i invisibilitzen els problemes generats pel decret, posarem quatres exemples:

1 / L'empadronament com a requisit d'accés a la targeta sanitària individual (TSI). En les dues instruccions, per poder accedir a la TSI vinculada a les prestacions es requereix un temps de carència d'empadronament. Ho justifiquen per diferenciar-ho de l'anomenat turisme sanitari. El fet de vincular la TSI i l'empadronament nega l'evidència de les dificultats que posen els ajuntaments per empadronar i nega les dificultats que tenen les persones de poder accedir a un habitatge que a més els permeti empadronar-se. I aquest requisit és al·legal perquè, a més, l'empadronament és un acte administratiu no vinculant, que els ajuntaments han utilitzat com a filtre burocràtic per reduir el nombre de persones inscrites al seu registre (bàsicament amb discursos de tendència xenòfoba i per reduir l'accés a les prestacions i als serveis socials). Aquest requisit per accedir a les TSI és un laberint d'exclusió que hauria de ser eliminat sense excuses.

2 / La facturació i el cobrament a urgències a persones que viuen a Catalunya però no tenen la TSI (perquè no estan empadronades) és una pràctica exclusivament recaptadora i que no aporta al sistema cap tipus de benefici que no sigui el dissuasiu i recollir una millèsima part d'euros tacats de misèria administrativa. El cobrament a urgències és una pràctica habitual als CAP i als hospitals, quan la persona arriba sense TSI. La justificació dels gestors sanitaris és que aquest servei s'ha de facturar a un tercer. Aquesta situació s'ha generat als despatxos dels gestors i dels gerents, i és allà on s'hauria de solucionar. Hi ha instruments per poder garantir l'atenció a urgències a aquestes persones sense la pressió als treballadors i pacients. Per aquest motiu, es necessita un control públic transparent de tota la facturació per evitar la mercantilització de les pràctiques clíniques tal com s'està realitzant.

3 / La desatenció dels menors i dones embarassades. Malgrat que el decret segueix les directrius internacionals de vetllar per l'atenció especial d'aquests dos col·lectius, la realitat dista molt de complir-los. És un espai de desatenció on podem observar els criteris arbitraris segons el territori i segons qui gestiona el servei. Òbviament, l'atenció a l'avortament s'ha d'incorporar en aquesta premissa, cosa que no s'està realitzant. Solucionar aquesta negligència sanitària hauria de ser una prioritat per a un país que pretén ser del primer món.

4 / Cartells dissuasius a les sales d'espera. Aquesta pràctica no tan sols és moralment reprovable, sinó que evidencia que el dret de la protecció de la salut ha deixat de ser un objectiu bàsic dels nostres ambulatoris i hospitals. Aquests cartells haurien de ser no tan sols retirats, sinó que els centres haurien de ser sancionats des dels organismes pertinents (per exemple, des del CatSalut).

Per acabar, voldríem ressaltar la resposta comunitària que des de molts espais s'ha produït i que va des dels llocs de treball al Parlament, a les administracions, al carrer i a la tasca dels grups d'acompanyament. Totes les respostes han estat fonamentals, però cal dir que insuficients per derrocar l'estat de desigualtat que aquest decret ens ha imposat.

Els Països Catalans no ens podem permetre uns governs que gestionin la salut com si fos una caixa, i no podem esperar que això vingui donat per la independència. Cal que totes les persones ens posem a treballar per un país digne de la seva ciutadania, sense exclusions il·legítimes.

VI

LA SALUT, UNA QÜESTIÓ DE CLASSE I GÈNERE

Isa Garnika • Paula Morey

Diagnosi de partida: interessos irreconciliables

La salut és igual per a tothom? Tothom és igual davant del sistema sanitari i els serveis socials? Com a dones treballadores dels Països Catalans, analitzarem el fet que tant l'una com l'altre són un reflex de les desigualtats produïdes pel sistema socioeconòmic en què vivim, la conjunció del capitalisme i el patriarcat.

El capitalisme busca el màxim benefici empresarial a costa de la classe treballadora, és a dir, atacant els nostres drets i condicions de vida. Els interessos de la nostra classe —la treballadora— i la classe burgesa —els empresaris— són antagònics i irreconciliables per naturalesa. Com més beneficis, menys drets, i com més drets, menys beneficis.

El patriarcat imposa un imaginari col·lectiu que divideix les persones de manera desigual i jerarquitzada en dos gèneres, el masculí i el femení. La construcció del gènere femení es fa de manera subjugada i sotmesa al gènere masculí. S'assigna un rol social a cada gènere: l'home "va a treballar" (és a dir, surt a l'esfera pública a fer treball "productiu" remunerat), mentre la dona "es queda" a casa (i fa treball "reproductiu" no remunerat). Aquest darrer treball, que inclou des de cuidar els infants fins a rentar la roba, encarregar-se de l'alimentació, netejar la casa, cuidar els malalts, etc., és el que es coneix com a «treball socialment necessari», un treball imprescindible perquè la classe treballadora estigui en condicions de treballar cada dia.

Les lluites obreres i feministes han permès la incorporació progressiva de la dona al mercat laboral remunerat, malgrat que no hem assolit nivells similars als dels homes, no hem ocupat totes les esferes productives, ni totes les escales jeràrquiques. L'exemple més clar és que les dones cobrem, de mitjana, un 30 % menys que els homes per la mateixa feina. Al mateix temps, les dones treballadores mai no hem deixat de realitzar les tasques de reproducció no remunerada, tasques que els homes tampoc no han assumit mai al mateix nivell que les dones. És a dir, en la majoria de casos, les dones desenvolupem dues jornades laborals.

El mateix desenvolupament de l'estat del benestar ha estat un reflex dels progressos i retrocessos de les lluites obreres i feministes. Com més lluita, més serveis públics i socials que han millorat les condicions de vida de la classe treballadora, sobretot quan han cobert tasques assignades pel patriarcat al gènere femení: educació, sanitat, atenció a la dependència, etc. O el que és el mateix: quan es dóna el desmantellament de l'estat del benestar, les dones treballadores en són les principals afectades.

Aquesta divisió jeràrquica de gènere és del tot necessària i imprescindible perquè el sistema funcioni. El sistema patriarcal i capitalista esdevé el camp de batalla de la lluita de classes, on les dones treballadores hem d'afrontar la doble explotació, la de classe i la de gènere.

La resposta a aquestes agressions l'hem de construir des d'aquesta òptica d'una lluita de classe i gènere emmarcada en un conflicte nacional als Països Catalans. La defensa dels serveis públics, l'acció organitzada i la denúncia política de les retallades les hem de fer des de la vessant d'aquest triple alliberament.

Símptomes generals de la societat malalta

Els pressupostos generals de l'Estat espanyol per al 2014 continuen les polítiques marcades per la troica, que accentua les polítiques antisocials que ja desenvolupava la mateixa oligarquia espanyola. Aquestes polítiques se centren en retallades de despesa que tenen un gran impacte en les persones, retallades de drets a la sanitat, serveis socials, educació i polítiques d'igualtat entre dones i homes. Totes aquestes retallades, tal com hem comentat anteriorment, afecten directament les dones de classe treballadora.

Una ullada ràpida a les retallades a l'Estat espanyol ens dibuixa el panorama següent: Les retallades en polítiques d'igualtat han estat del 56

% des del 2008, mentre que el programa contra la violència de gènere es retalla un 22,5 % en relació al mateix any. El pressupost per a l'atenció a la dependència es retalla el 46,7 %: cada dia, l'Estat retira a 95 persones cuidadores (el 97 % són dones) el dret a l'atenció a la dependència remunerada. Més de 500.000 persones es quedaran sense ajuda domiciliària i es destruiran 65.000 llocs de treball (gairebé tots corresponen a dones). La reforma de les pensions, que el 2014 augmentaran molt per sota de l'IPC (només el 0,25 %), així com l'ajustament de la pensió cada 5 anys en funció de l'esperança de vida, afectarà directament les dones, que representen un 70 % dels qui perceben les pensions no contributives. L'aplicació de la reforma laboral ha significat la destrucció de llocs de treball —ocupats majoritàriament per dones—, sobretot a l'Administració pública, un gran destructor de mercat laboral (12.600 llocs l'últim any).

A Catalunya, el govern de CiU amb el suport d'ERC, ens diu que el 2014 no hi ha retallades en despesa social. Malgrat tot, afirma que, per tal de mantenir la despesa social, cal augmentar els ingressos. Però no ens explica que augmenta el deute públic, que, al conjunt dels Països Catalans, actualment és de 87.679 milions d'euros.[1] Només al Principat, amb els diners de les retallades s'han pagat més de 3.000 milions d'euros anuals per interessos del deute. S'estan venent el nostre patrimoni públic: 800 milions d'euros, a què cal sumar les vendes d'Aigües Ter-Llobregat (com denuncia l'organització Aigua és vida),[2] Agbar, empreses municipals, transport públic, hospitals (privatització encoberta del Clínic derivant la feina a l'empresa privada Capio) i els CAP. Les retallades acumulades en sanitat són d'un 20 %, i en serveis socials, d'un 14 %.

En el cas de la sanitat, en retallar-ne el pressupost en un 35,6 %, l'estan fent menys pública i més racista, sexista i classista. Aquestes retallades augmentaran l'exclusió sanitària de les persones migrades sense papers, però també de les persones autòctones més grans de 26 anys que no han cotitzat a la Seguretat Social. I tindran un gran impacte en les dones grans que han treballat en l'economia submergida, o que no han cotitzat prou al llarg de la seva vida laboral, encara que hagin treballat sempre tenint cura de les famílies. Al mateix temps, continuen les retallades en personal sanitari, retallades en medicaments, en pròtesis, en drets sexuals i reproductius i en el de l'avortament.

---

1 Caldera, A. «Uns nous pressupostos de la misèria». *L'Accent*, núm. 263 (12/12/2013). També disponible en línia a: http://laccent.cat/index.php/paisos-catalans/en-profunditat/item/3426-uns-nous-pressupostos-de-la-mis%C3%A8ria

2 Aigua és Vida és una plataforma formada per associacions socials, veïnals, sindicals, ecologistes i de cooperació per una gestió no mercantil de l'aigua a Catalunya. Visiteu: http://plataformaaiguaesvida.wordpress.com

En lloc de ser dinamitzador de l'economia i de la igualtat de gènere, el sector públic s'ha convertit els últims anys en destructor del mercat laboral. La desaparició de l'estat del benestar, l'augment de les desigualtats de classe, la discriminació laboral contra les dones, l'augment de la pobresa de les dones grans i vídues (amb pensions de 639 euros/mes), a més de les retallades en escoles bressol, primària, secundària, cicles formatius i universitats ens obliguen a concloure que la feminització de la pobresa és el resultat de l'ofensiva capitalista contra les dones de classe treballadora. Aquesta ofensiva ens obliga a treballar gratuïtament pel sistema capitalista i patriarcal, i no ens deixa gaudir d'un projecte de vida propi que ens permeti no patir explotació i opressió.

En aquest context, el govern de la Generalitat no proposa l'augment de la despesa social per crear llocs de treball, ni reduir la jornada laboral perquè treballi tothom, no proposa la redistribució de la riquesa ni l'augment de la pressió fiscal per a les grans fortunes, ni tampoc acabar amb les SICAV. El govern de la Generalitat ens proposa augmentar el benefici del capital a costa de l'espoli i la despossessió de la classe treballadora —i especialment de les dones de la nostra classe—, i a més de fer invisible el treball de cura no remunerat, fa encara més grans les discriminacions laborals.

Les retallades tenen nom de dona

Les retallades del dret a la salut que el sistema patriarcal i capitalista ens imposa està derivant en pèrdua de salut de gran part de la classe treballadora, en especial de les persones més vulnerables, entre les quals hi ha les dones. Les retallades de polítiques públiques i socials ens afecten especialment com a usuàries i com a treballadores. La reducció del temps de permanència als hospitals de les persones malaltes, la de serveis de salut mental, i la reducció dràstica d'ajudes a la dependència signifiquen una sobrecàrrega per a les dones de classe treballadora i n'obliga milers a tornar a casa per ocupar-se gratuïtament de l'entorn familiar —ja que el salari femení continua sent de suport al salari familiar. El resultat és l'augment de la dependència econòmica i emocional de les dones, la pèrdua de projecte de vida propi i la capacitat en la lluita per la transformació social a favor de la construcció d'un model igualitari.

Aquestes retallades no contemplen la salut com a eina de benestar personal i social, sinó com a generadora de benefici per a les empreses nacionals i, sobretot, multinacionals. Això es concreta en:

- Eliminació de drets bàsics, com ara el que tenen les persones migrades a ser ateses a la sanitat pública.
- Repagament de medicaments per a les persones que han cotitzat a la Seguretat Social.

- Retirada de medicaments d'ús comú i substitució d'aquests per medicaments més cars.
- Disminució de serveis i proves diagnòstiques, com també de llits hospitalaris.
- Tancament de diversos CAP.
- Eliminació de programes de salut pública.
- Reducció de personal sanitari i empitjorament de condicions laborals.
- Disminució de fons de prevenció i atenció a persones amb VIH.
- Retallades de pressupostos a les associacions de dones i també en prevenció contra la violència de gènere.
- Retallades en suport a les persones en situació de dependència, i en pressupostos a favor de la igualtat dona/home al mercat laboral.
- Reforma de les pensions que penalitzarà encara més les dones pel fet de viure més anys que els homes, o les dones vídues, sense valorar la càrrega emocional que significa la cura de les persones dependents.

Per atacar la malaltia, feminisme de classe i aliances estratègiques

Com diuen Josep Garganté i Jordi Martí en un article de *Perspectives,*[3] la majoria de les persones de classe treballadora continuem sent assalariades i ens trobem en situació de crisi sistèmica i perllongada. Això fa fonamental la lluita de classes. I és que, com afirmen tots dos, el món laboral és un dels camps principals de confrontació amb el sistema capitalista. Nosaltres estem totalment d'acord amb aquesta afirmació —que manté la centralitat del conflicte en el capital/treball—, però, alhora, afegim que no només cal afrontar el sistema capitalista, sinó també el sistema patriarcal. Estem amb confrontació, doncs, amb el sistema capitalista d'explotació i amb el sistema patriarcal de dominació, binomi inseparable que constitueix el sistema capitalista i patriarcal.

El conflicte del capital amb el treball contempla el que Nekane Jurado —economista marxista i feminista basca— defineix com a «subsistemes»: el racisme, el sexisme i l'homofòbia, que ens afecten sobretot a les dones de classe treballadora. Els subsistemes sexista i racista són anteriors al sistema de producció capitalista, però aquest hi interactua a l'hora de crear el conjunt ideològic que genera (família, església, etc.). Així, el capitalisme s'aprofita dels subsistemes raça i sexe, i de dissidències sexuals, per explotar encara més aquests membres de la classe treballadora i augmentar el benefici empresarial.

3 Garganté, J.; Martí, J. «El fotut pa nostre de cada dia». *Perspectives*. Barcelona: Espai-Fàbrica, 2013, p. 73 a 84.

La creació de desigualtats dins la classe treballadora, així com la no remuneració d'una part important de les feines de cura necessàries per a una vida digna, es necessiten per crear divisió dins la classe i augmentar el benefici del capital. Cal que els nostres companys de lluita sindical siguin conscients de la divisió que el capital introdueix, per tal d'implementar polítiques inclusives. El nostre feminisme de classe se situa, doncs, en una estratègia feminista tres vegades rebel (dona, de classe treballadora i de poble oprimit), així com en una estratègia d'alliberament personal (estima com vulguis), de classe i nacional.

Hem d'aconseguir donar la importància que es mereix al treball socialment necessari. Cal fomentar la creació de llocs de treball per a l'atenció a persones dependents, i la reducció de la jornada laboral sense reducció salarial per poder conciliar la vida personal i social. També cal repartir el treball entre tots i totes, defensar la terra, la desobediència als pressupostos antisocials, l'auditoria del deute per decidir el no pagament d'un deute que el poble no ha creat, la lluita contra la UE del mercat i el capital… Aquestes són les reivindicacions que unifiquen el sindicalisme combatiu amb els moviments socials antipatriarcals i anticapitalistes.

Cal que recuperem la memòria històrica de dones treballadores com Flora Tristan, Clara Zetkin, Rosa Luxemburgo, Emma Goldman, Alexandra Kollontai, Teresa Claramunt, Mary Low, Amparo Poch Comaposada, M. Mercè Marçal, que formen part d'una llarga llista de dones de tradició socialista i anarquista en lluita contra el sistema capitalista i patriarcal. Nosaltres, dones lluitadores, tenim el deure i el repte de recollir-ne el testimoni de lluita.

Mesures pal·liatives urgents

Les dones treballadores de la salut, feministes i sindicalistes volem manifestar que el sistema patriarcal i capitalista medicalitza la salut de les dones, però també de gais, lesbianes, transsexuals i totes les dissidències sexuals.

Assegurem que cal treballar i dedicar més pressupostos a la salut pública i a la prevenció de la malaltia i les disfuncions personals i socials. Assegurem que el sistema patriarcal i capitalista és generador de malalties socials, per la qual cosa cal incrementar el nombre de professionals de la salut i de la psicologia als CAP. Això significaria reduir de manera important el consum de psicofàrmacs i les conseqüències per a la salut personal i social que representen. L'aplicació de psicofàrmacs oculta, sovint, patologies que no existirien en societats saludables que treballessin per la construcció d'una societat lliure de desigualtats per raó de sexe, classe social i lloc de naixement.

Com a treballadores i usuàries de la salut pública, exigim l'abordatge del protocol contra la violència masclista i ens manifestem contra les retallades de pressupostos a les dones que viuen en situació de vulnerabilitat i violència pel fet de ser dones. També volem assenyalar que les dones joves, migrades i treballadores amb pocs recursos econòmics són les més vulnerables, sempre sense oblidar que el 90 % de la violència contra les dones, homosexuals i lesbianes es pateix dins la institució familiar i patriarcal.

Manifestem, igualment, el dret de totes les dones a la reproducció assistida, independentment de la seva opció sexual, classe o ciutadania. Alhora, ens preocupa l'augment de cesàries a tots els hospitals públics dels Països Catalans —resultat de les retallades en personal sanitari—, i denunciem aquesta situació, un atemptat al dret bàsic a la salut de les dones.

En la nostra societat, els síndromes són definits com a malalties, sovint sense prou criteris ni evidències científiques, sinó per interessos aliens a la nostra salut física, social i mental. Es tracta d'interessos de la indústria farmacèutica i la necessitat de benefici d'aquesta. Síndromes com l'anorèxia, la hiperactivitat, o la dissidència sexual es tracten amb medicaments d'eficàcia dubtosa, però que tenen molt a veure amb els valors socials d'ideologies conservadores.

És necessari que els diferents governs dels Països Catalans retirin la vacuna del virus del papil·loma humà, perquè és potencialment perillosa per a les nenes, i la substitueixin per programes de cribatge. Però també és necessari que les intervencions quirúrgiques de canvi de sexe formin part de la cartera de serveis de la sanitat pública a petició de les persones que ho desitgin, sense el cribatge de les professionals de la salut que determinen el nostre estat de salut mental i no tenen en compte la nostra capacitat com a subjectes de decisió.

Ens manifestem favorables a una llei pel dret al propi cos, sense terminis a partir dels 16 anys, sense intervencions de les institucions polítiques, jurídiques i eclesiàstiques, sense cap altre termini que no sigui el decidit per les dones, sense dret a l'objecció de consciència, que sigui lliure i gratuït, a càrrec de la sanitat pública. Igualment, exigim el dret a una educació sexual i afectiva dins el sistema públic i l'accés als anticonceptius (preservatius, píndola abortiva) gratuïts.

Recepta resumida

Les dones feministes de classe treballadora tenim el convenciment que la defensa dels serveis públics únics, universals i de qualitat són la garantia de la redistribució de la riquesa a favor del poble. Tanmateix, sabem que les crisis sistèmiques del capitalisme impedeixen que els serveis públics, tal com els hem coneguts, puguin existir durant gaire temps o a tot arreu. El desmantellament de l'estat del benestar és conseqüència directa de la crisi del capitalisme: aquest necessita extreure més benefici econòmic, fins i tot de sectors com el sanitari o l'educatiu, que durant un temps van restar al marge de la seva irracionalitat.

La nostra lluita, doncs, no pot anar només encaminada a la recuperació d'uns serveis públics a mans d'un estat capitalista, sinó a la superació del sistema. La construcció del socialisme feminista és l'única via per destruir el sistema patriarcal i capitalista als Països Catalans i construir nous models de producció, de reproducció i cura, i de sistemes públics realment universals. La lluita social actual pels serveis públics no pot oblidar mai la lluita política continuada per la superació del sistema d'explotació que patim.

VII

EL MALALT COM A CULPABLE? SENSE REVOLUCIÓ NO HI HA SALUT

Gerard Horta

Els termes *salut* i *malaltia* són dispositius conceptuals que ens permeten pensar en l'organització i l'estructuració de la societat. Cal entendre'ls a partir de la seva relació dinàmica: ni són conceptes universals —societats distintes simbolitzen de maneres distintes aquesta relació i com cal mobilitzar-s'hi—, ni les seves significacions a les societats occidentals són idèntiques, ja que estan lligades a projectes socials, polítics i econòmics antagònics.

Hi ha un vincle indissoluble entre el model social i l'experiència de la salut i la malaltia de les persones i les classes socials, com demostren ja des de mitjan segle XIX els estudis de Friedrich Engels (1848) sobre el proletariat de Manchester; els de Laureà Figuerola (1849) i Ildefons Cerdà (1865) per al de Barcelona, o els de Pere Felip Monlau (1846, 1847, 1851, 1856), Joaquim Salarich (1858) i Marià Cubí (1843, 1852) per al conjunt català. Com més precarització de les condicions de vida, incloses les condicions de treball, més malaltia i mort hi reconeixem. I més suïcidis, com demostra Durkheim el 1897 en el seu estudi comparatiu sobre diferents ciutats europees.

A això que classifiquem com a Occident, fa vint anys que les estratègies públiques sanitàries basades en el model dels «estils de vida saludables» apellen a la consciència de les persones —pacients reals o potencials—, alhora que invisibilitzen les causes socials de la malaltia i la seva relació amb el medi

politicoeconòmic. D'aquesta manera, el model de relacions socials és eximit de qualsevol responsabilitat com a font originària de desequilibri, frustració i dolor. Això ha servit per legitimar, implícitament, el procés de desbaratament del sistema públic sanitari que s'amaga darrere de l'exaltació dels «estils de vida saludables», una exaltació que reprodueix un tipus de mecanisme social en què la justificació biomèdica serveix a la cultura per efectuar una compartimentació moral de les conductes en «bones» i «dolentes». L'any 1984, l'Organització Mundial de la Salut subratllava que la promoció de la salut abraça també altres factors socials, econòmics, ambientals i personals que afavoreixen la salut, i donava a entendre que no es poden practicar "estils de vida actius" com a promoció de la salut i prevenció de la malaltia sense transformar l'ordre social en tots els seus terrenys. Ara bé, cal entendre que l'atapeïda xarxa de conductes, referents, models, crides i estímuls culturals que indueixen les persones a traspassar les fronteres del que s'ha normativitzat com a «saludable» són tan aclaparadores com la pressió social que els individus han de suportar per continuar existint en la vida de cada dia.

D'altra banda, som davant d'una paradoxa tremenda: malgrat l'esbombament mediàtic i institucional sostingut que en fan, els poders públics occidentals no advoquen per realitzar els «estils de vida saludables» dins la jornada de feina, sinó que remeten sistemàticament a la bondat de mantenir uns hàbits saludables fora dels horaris laborals. Per què? Senzillament perquè la salut és massa "cara" quan es tracta d'aconseguir la plusvàlua a costa de l'explotació sota condicions de treball infames. Sota l'ordenació social capitalista, els discursos públics sobre la salut consideren que aquesta no és pas un recurs per a la vida diària, sinó un objectiu de vida. Llavors, és legítim que ens preguntem si una societat en què es presenta la salut com un objectiu de vida és una societat malalta o, més ben dit, emmalaltida. De fet, fins fa uns anys no hi ha hagut una mínima denúncia sindical sobre les persones mortes, ferides i emmalaltides durant la jornada de feina a causa de l'incompliment de les mesures de seguretat i salut laboral vigents. Als Països Catalans, l'expulsió de la cura per a la salut dels àmbits laborals es reflecteix en centenars de persones mortes cada any al lloc de treball. Això està relacionat amb el fet que l'estratègia de l'OMS als anys 70 d'una «salut per a tothom» basada en la superació de les desigualtats socials, fou substituïda per una altra que parteix de la construcció d'una «ideologia de la salut» que culpabilitza la persona del seu propi estat de salut. Cal emmascarar les causes socials de la malaltia perquè la gent accepti acríticament una intervenció sobre l'individu que eviti la necessitat d'intervenir sobre el context econòmic i polític.

És així que històricament les pràctiques mèdiques dominants a Occident esdevenen, sobretot, fixacions simptomatològiques. D'aquí l'èxit del conductivisme i la medicalització: oculten els senyals de la malaltia i, mentrestant,

les causes romanen inalterades. A més, s'aprofundeix la pràctica farmacològica: l'angoixa —filla d'una insatisfacció estructural— és sobretractada amb píndoles, i —tornem-hi— el sistema social és eximit de tota causalitat amb relació a l'emmalaltiment col·lectiu. Fins i tot s'efectua una homogeneïtzació purificadora i absolutista del que han de ser hàbits de vida saludables (aquells lligats al tabac, la integració social, l'alcohol i altres drogues, l'alimentació i l'exercici físic), i s'obvia que en realitat es tracta de categories socials i culturals que expressen universos en conflicte i una gran diversitat de situacions.

El model que se'ns imposa com a crida al desenvolupament de la salut individual implica crides diverses sota la forma de cultes: el culte a cossos que han de maldar per mantenir-se perpètuament joves; el culte a una concepció de la salut que expulsa, anul·la, invisibilitza i rebutja qualsevol dimensió lligada al conflicte, i el culte a la comprensió de la malaltia com un afer merament individual i gairebé intransferible. D'alguna manera, ens trobem davant d'una seqüència contínua de dispositius ideològics —que al seu torn fonamenten les polítiques públiques de la salut— que reflecteixen la manca absoluta de voluntat dels poders econòmics i polítics de les societats capitalistes d'integrar no pas hàbits de vida saludables, sinó d'integrar altres maneres de viure, altres formes d'organitzar les dinàmiques socials, de plantejar-se la vida i la mort i els lligams entre la salut i la malaltia. El desafiament del sistema i el retrobament d'un cert equilibri comprèn, més que l'assumpció d'uns hàbits de vida saludables, la consciència que, en les maneres com les persones viuen i perceben el món, en les maneres com es relacionen i es representen les realitats, hi ha projectes socials; hi ha, de fet, el model de relacions socials en el qual vivim o en el qual voldríem viure. Què hi ha més profundament a l'interior de cada persona sinó la societat mateixa? Com fer entendre, doncs, que tota malaltia és col·lectiva? Si tot projecte de salut col·lectiva ha de partir de la consciència autònoma de cada persona, tot projecte de destrucció social i emmalaltiment generalitzats no pot sinó advocar per la preponderància absoluta de l'individu enfront del món. Per això és igualment legítim, necessari i tot, que ens preguntem si una societat en què els individus són induïts a representar-se el món en termes d'intransferibilitat d'experiències, en què se'ls assenyala com els únics responsables del seu desordre, en què són culpabilitzats en qualitat de víctimes d'una desestructuració que s'origina en uns «estils de vida nocius», és una societat encaminada a l'autodestrucció. D'aquí la reflexió de George Bataille —dins *Les llàgrimes d'Eros* (1961)—, que Occident no ha centrat la seva energia en l'amor i la reciprocitat positiva, sinó en la tortura i la mort. La veritable tragèdia és que la immensa majoria de la societat concep aquest estat de les coses com a «normal», o fins i tot com a «impossible de canviar-lo».

Walter Benjamin va escriure que el conte que el malalt explica al metge pot ser la primera etapa de la seva curació, deia. Tanmateix, quin és el conte

que el pacient pot explicar a l'autoritat mèdica corresponent? Cap. El motiu és ben simple: no hi ha temps per al diàleg. Tres minuts, cinc minuts, la prescripció d'uns medicaments i d'unes proves analítiques per al futur llunyà… Metgesses i infermers enxampats en llistes inacabables de pacients, sense mitjans per atendre'ls com cal, és a dir, mirant-los als ulls, escoltant-los… No solen haver-hi ni somriures ni carícies, en aquesta relació, ni el reconeixement de l'experiència aliena. On és la trobada sota la forma d'una certa comunió emocional? On és la possibilitat que el dolor esdevingui un pas més en la conscienciació del trajecte clarobscur, dinàmic, canviant, dels éssers?

Per ventura no es tracta tant de rebatre la construcció cultural de la realitat clínica, com de rebatre la reconstrucció clínica d'una realitat convertida en mercaderia. El que estem plantejant sintèticament en aquestes pàgines és el drama absurd, assumit col·lectivament, que una persona desesperada pugui ser despatxada de la consulta mèdica en cinc minuts, amb una recepta per a la farmàcia. Una població depauperada, cada cop més al caire de l'abisme, és forçada a satisfer uns tributs fiscals mitjançant els quals es reprodueixen immenses maquinàries estatals que al capdavall converteixen les classes populars en carn de canó. Si d'alguna llibertat frueix la gent empobrida i precaritzada és la de patir i morir. Això sí, com els indigents: no emprenyis, guarda't el dolor, fes el favor de morir-te a casa o sota un pont, però no alteris la mirada amable que ens embolcalla.

Permeteu-nos fer un incís: el valor immens de l'antropologia social dins el procés de construcció del coneixement científic és el paper fonamental que hi exerceix el treball de camp. Als darrers 150 anys, els antropòlegs i les antropòlogues han mirat de comprendre, comparar i analitzar milers de societats humanes a partir de les seves representacions i pràctiques, dels seus canvis, trencaments i continuïtats, de les seves regularitats i excepcionalitats, i de les relacions que mantenen amb les societats que les envolten. Evidentment, el camp de la salut i la malaltia no n'ha quedat pas al marge, de la tasca etnogràfica. En un estudi central sobre el simbolisme de l'antropòleg escocès Victor Turner, dins una obra titulada *La selva dels símbols* (1967), l'autor recapitulava en els termes següents la pràctica d'un "metge" ndembu —els ndembu són un país, una nació, una societat del nord-oest de l'estat centreafricà de Zàmbia (antigament, Rhodèsia)—. Podríem acudir a moltes altres bandes, però hem volgut aturar-nos aquí, on Turner escriu:

> *Pel que sembla, els "doctors" ndembu consideren la seva tasca, més que com una cura individual, com un remei als mals del grup. La malaltia del pacient és sobretot signe que "alguna cosa no rutlla" en el grup corporatiu. El pacient no millorarà fins que totes les tensions i les agressions en les interrelacions del grup no hagin estat tretes a la llum i sotmeses a un tractament ritual.*

*Ja he mostrat com de complexes poden ser aquestes relacions i de quina manera els conflictes que tenen lloc en una dimensió social poden reverberar en les altres. La tasca del doctor és temptejar els diversos corrents d'afecte associats amb aquests conflictes i amb les disputes socials i interpersonals en què es manifesten, i canalitzar-los en una direcció socialment positiva. Les energies brutes en conflicte queden, així, domesticades al servei de l'ordre social tradicional. Un cop les diverses causes de malestar foren "visibilitzades" (per utilitzar l'expressió ndembu), el doctor Ihembi va aconseguir, usant el mecanisme tradicional de l'*ihamba, *amb les seves sagnies, confessions, purificacions, precs en honor dels avantpassats, extraccions de dents i constitució d'expectatives, transformar els mals sentiments en bons desigs. L'emoció primerament és provocada, i tot seguit és despullada dels seus trets il·lícits i antisocials, però sense perdre en la transformació res de la seva intensitat, de les seves qualitats intrínseques. Les normes socials i els valors ndembu, que s'expressen en objectes i en accions simbòliques, estan saturats d'aquesta emoció general, la qual al seu torn s'ennobleix en contactar amb aquestes normes i valors. L'individu malalt, sotmès a aquest procés, es reintegra al seu grup de la mateixa manera que, pas a pas, els membres del grup es van reconciliant entre si en unes circumstàncies carregades d'emoció.*

Dit d'una altra manera: cal comprendre que la dimensió del «perquè» o del «malestar» de la malaltia es projecta precisament sobre els valors —sempre col·lectius, sempre socials— que confereixen sentit a la vida, i ens força a examinar les causes socials i morals de la malaltia mateixa. Aquestes causes rauen tant en consideracions d'interacció recíproques i comunals que són antitètiques, com, alhora, en les bases de l'organització social moderna, la qual està modelada sobre les necessitats de les prerrogatives capitalistes i burocràtiques —com assenyalava Michael Taussig, antropòleg nord-americà. Que els discursos dominants imposen als cossos les seves disciplines ha estat demostrat per l'antropologia fa més de vuitanta anys, a partir dels treballs del francès Marcel Mauss. Doncs bé, resulta que això dels «estils de vida saludables» és un d'aquests discursos. Sona més aviat desvergonyit apel·lar a mantenir uns «estils de vida saludables» en els camps amplis de l'extermini social, oi? Pensar en els símptomes com a expressions de desequilibris l'escenari dels quals és la societat, i que només adquireixen un sentit al moment en què s'inclouen en un sistema simbòlic determinat. Arran d'una altra obra clàssica de l'antropologia anglesa d'Evans-Pritchard, del 1937, des de l'antropologia s'ha anat verificant un cop i un altre el principi segons el qual «tot el que té efectes socials ha de tenir igualment una causa social». La desgràcia, incorporada a l'esfera de la societat humana, adquireix un caràcter social. Una causa natural no pot ser el subjecte d'una causa social.

L'any 1968, el psiquiatra Franco Basaglia i els seus companys del manicomi de Gorizia, a Itàlia, publiquen *La institución negada,* una compilació de textos que recull les reflexions i les experiències d'homes i dones interns, metges, infermers i col·laboradors. Es tracta d'una obra commovedora en què es relata el procés de transformació d'un psiquiàtric, de la vida dels interns, i el qüestionament de les nocions tradicionals sobre la malaltia, el diagnòstic, les tècniques per a la curació i la curació mateixa. Basaglia parteix de les experiències de comunitats terapèutiques que du a terme Maxwell Jones a Londres als anys 50, i a Gorizia capgira literalment les pràctiques i les representacions clàssiques que encarna un psiquiàtric.

El dolor psíquic i l'internament psiquiàtric, diu Basaglia, són una part de la història del moviment obrer de les societats occidentals. Ell tracta de la misèria i del dolor psíquic no des de l'estètica d'una descripció naturalista de l'experiència de les persones psiquiatritzades, sinó des de la necessitat de la revolució. Literalment, propugna la necessitat de la revolució per abolir tots els processos d'exclusió social de què són objecte les classes subalternes, i per anar més enllà de l'arbitrarietat i la irracionalitat dels psiquiàtrics al llarg de la història. Si esmentem Basaglia i els pares i mares de l'antipsiquiatria és perquè el seu "fracàs" només es pot situar en la mesura que entenguem que enderrocar els murs dels psiquiàtrics, per si mateix, no resol les causes del conflicte dels pacients. És a dir, retornar els pacients al mateix medi social que ha provocat la seva experiència extrema de dolor i "descol·locació" no serveix per superar aquestes causes socials del conflicte: cal transformar la societat per superar les condicions que condueixen les persones a les experiències del dolor en els termes que les classifiquem a la cultura occidental. Tot el que estem plantejant en aquest article remet a aquest punt.

Quan el filòsof i polític Michel Foucault traça la història dels manicomis a Occident, ho fa confrontant els discursos sobre la bogeria que es van desenvolupant al llarg del temps i les formes de tancament de les persones classificades com a boges, extravagants, estranyes o anormals, i analitza com la ideologia del poder, la moral, l'establiment dels límits entre el que és normal i el que és anormal, es manifesta també, és clar, a través del discurs del saber científic. I d'aquí en deriva la justificació biomèdica de la compartimentació moral de la societat.[1]

1 Trobareu en l'obra dels antropòlegs catalans Josep Maria Comellas i Àngel Martínez uns desenvolupaments teòrics i etnogràfics que haurien de formar part del bagatge conceptual de tota la gent que, dins l'àmbit de la salut i la malaltia, propugna i lluita per transcendir l'estat de les coses.

El 1966, una altra antropòloga, l'anglesa Mary Douglas, desqualificava la presumpció d'acord amb la qual les prohibicions sagrades són alienes a les societats urbanoindustrials. En efecte, Douglas demostrava com el tipus de lògica que relaciona desviació i desordre amb impuresa –és a dir, amb risc, amb risc per a la "salut" en el cas de què es tracta en aquest text– continua sent vigent a la societat moderna. La ciència, efectivament, pretén haver trobat les «veritables causes» de les desgràcies que afecten la "integritat" de les persones, l'estabilitat de les comunitats, i malgrat aquesta aparent troballa, malgrat la mitificació dels progerssos científics, els dispositius de culpabilització moral romanen actius i operen mitjançant uns mecanismes que són semblants als de les societats no industrialitzades extraoccidentals. En un text inèdit de Manuel Delgado sobre els usos simbòlics de la malaltia a partir de la construcció de l'experiència del càncer com un dels grans tabús de les societats capitalistes, l'autor reflexiona així:

> *Avui podem observar com un ús polític de les amenaces es desplega en no poques campanyes oficials de prevenció, que se sostenen en un discurs en el qual la dimensió simbòlica de la malaltia és sistemàticament remarcada. Les recomanacions sobre com evitar els accidents domèstics o de trànsit, no contagiar-se de malalties o protegir la naturalesa o el cos de brutícies formen un sistema de representacions que apareix preocupat d'una manera obsessiva pels problemes derivats de la culpa i els seus càstigs. Aquesta vigència dels vells mecanismes socials destinats a la producció del sentit de la desgràcia en termes de culpabilitat es troba en l'arrel de les nostres percepcions del risc.*

En conseqüència, podem concloure que el discurs públic sobre els estils de vida saludables significa l'enèsima posada en escena, gradualment intensificada, d'aquest entramat de mecanismes culpabilitzadors, atès que mitjançant la culpabilització de l'individu s'allibera la societat de qualsevol responsabilitat en la desventura de la malaltia. És bàsic entendre la relació d'això amb la justificació del desbaratament gradual del sistema públic sanitari i la conseqüència immediata de la seva privatització creixent. Des de la perspectiva mèdica dominant es pren el pacient, el malalt, la víctima, com aquella que, justament a causa de la violació que du a terme del que són els estils de vida normativitzats com a saludables, ha quedat enxampada en les xarxes de la malignitat. Beure massa, fumar massa, ingerir un excés d'aliments rics en greixos, dur a terme una existència sedentaritzada més enllà de les recomanacions públiques, tot plegat forma part del corpus fiscalitzador amb què el poder pauta l'àrea electiva de les persones. Superar-ne els límits condueix indefectiblement a la condemna social, o sigui, a la malaltia.

Amb tot, i continuem fent-nos preguntes que considerem plenament pertinents: beure massa, fumar massa, ingerir un excés d'aliments rics en greixos o portar una existència sedentaritzada més enllà de les recomanacions públiques, ¿és el resultat final de preses de consciència massives sobre les capacitats autodestructives de certs estils de vida?, ¿o bé resulta que les persones són agents actius i també miralls de les societats en què viuen? Abans remetíem a l'atapeïda xarxa de models culturals que indueixen les persones a traspassar les fronteres del que s'ha normativitzat com a «saludable». ¿Cal que recordem la necessitat imperativa de sectors significatius de tanta gent treballadora de prendre alcohol o sedants o ansiolítics abans de començar la jornada laboral, o durant o després, a fi de suportar la pressió de què són objecte? Amb freqüència, el que es percep com una violació d'aquests hàbits de vida pretesament saludables és, simplement, la manifestació d'una instrumentalització per part de l'individu d'un seguit de dispositius que actuen a manera de vàlvula d'escapament social, imprescindible per a la marxa ordinària de la societat.

Una societat embogidora, irracional i absurda, generadora i perpetuadora de totes les formes de desigualtat i d'explotació, responsabilitza i culpabilitza els seus fills, els que, per tal d'apaivagar el dolor i continuar existint com si el món quotidià fos «normal», ignoren conscientment o inconscientment les restriccions que els són imposades. Per aquesta raó, l'acusat de transgredir el tabú, el que infringeix la norma que diu «cuida la teva salut: baixa de l'autobús tres parades abans i així passejaràs quinze minuts cada dia, que és molt sa» i baixa del bus on li pertoca simplement perquè està rebentat o perquè no disposa de 15 minuts per passejar, aquesta dona, aquest home, és abandonat a la seva pròpia sort: a la malaltia, a la gamma àmplia d'infortunis que li pertoca rebre, ja que ha vulnerat, conculcat o contravingut el que s'ordena com a saludable, pertinent, adequat. I, mentrestant, els miners del món s'empassen les entranyes del subsòl terraqüi en forma de polsim; els treballadors de la construcció erigeixen simples bastides de cinc pisos a pols; els oficinistes peten davant de malalties emergents, de geoenginyeries ambientals i de tota mena d'articulacions malaltisses de l'ordre social a tots els nivells, i la gent fa seu un ordre social irracional que, al capdavall i per fortuna, mai no podrà ser del tot seu en aquests termes, mentre tants mal anomenats professionals de la salut i una colossal indústria farmacèutica s'engreixen a costa del dolor aliè. La justificació biomèdica continua servint a la cultura dominant per efectuar, una vegada més, una compartimentació moral de les conductes —aquestes «bones», aquelles «dolentes»— i fumadors, alcoholitzats, obesos i sedentaris proven de fer comprendre a la societat que ells són, o voldrien ser, alguna cosa més que l'estigma amb què se'ls martiritza a la mirada pública.

Com pot haver-hi pau en els cossos i els esperits si no n'hi ha en el cos social de què formen part? La societat està inscrita en els cossos, uns cossos en guerra contra si mateixos, a imatge i semblança de la societat, i en guerra contra l'etiqueta de «malalts» a què es redueixen, si no condemnen, les seves existències. Fumadors, alcoholitzats, obesos, sedentaris: ¿a quina energia vital apel·len?, ¿a la creació de quines noves formes de comunitat condueixen els seus actes?, ¿quina societat nova pot néixer d'una societat de malalts? Potser el lloc de la utopia resplendeix, als ulls de tothom, a l'última parada del trajecte de l'autobús.

Fa anys, quan un conseller de Sanitat de la Generalitat de Catalunya va plegar, fou substituït per algú que, anteriorment, s'encarregava de fer de cap dels policies. Militaritzar la malaltia —la diferència, la dissensió—, militaritzar el conflicte: nefastes connexions del temps present. I qui cregui que això és literatura, que rellegeixi el tractament que la nova legislació sobre "seguretat ciutadana" reserva per a la gent diagnosticada com a «trastornada mental». Com s'institucionalitza i com se socialitza la fabricació d'un trastorn mental i d'un trastorn de salut? No és pas atzarosament que ens hem encaminat cap a una psiquiatrització i cap a un tractament farmacològic generalitzat de la societat: d'una banda, es justifica l'aprofundiment del control social; de l'altra, paral·lelament, s'engreixa el descomunal negoci de les farmacèutiques.

Vivim en un context en què la imposició de la por, del terror, del pànic és un poderós mitjà de control social: res millor que terroritzar la societat per paralitzar-la, per aquietar preses de consciència i accions polítiques contràries al poder. I l'apel·lació a la malaltia forma part d'aquest espectre cultural com un dispositiu sempre a l'abast del poders establerts.

Les campanyes de "prevenció" remarquen d'una manera implícita, sistemàticament, la dimensió simbòlica de la malaltia, i les recomanacions sobre com evitar els accidents domèstics o de trànsit, no contagiar-se de malalties o protegir la naturalesa o el cos de brutícies, mostren un sistema de representacions centrat obsessivament en la culpa i els seus càstigs. La desgràcia es presenta com a filla de la culpabilitat.

I si, al cap i a la fi, això fos cert? I si tot el que s'ha escrit fins aquí no ens servís per a res i haguéssim de reconèixer i acceptar que, en efecte, som els únics responsables, i per tant culpables, d'emmalaltir dins aquesta fal·lària descomunal anomenada capitalisme, font veritable de patiment?

Llavors hauríem de tornar al títol del principi i pensar que potser va de veres, que sense revolució no hi ha salut.

PRÒLEG
INTRODUCCIÓ
SALUT
I SOCIETAT
CONSEQÜÈNCIES DE L'AGENDA NEOLIBERAL
EXISTEIXEN
ALTERNATIVES
PRESENT
I FUTUR
EPÍLEG

VIII

L'ERA DEL CONSENS

Abel Caldera

Des del final dels anys 80 i fins al final dels 2000, als Països Catalans hi va haver un consens absolut entre els partits polítics i el poder econòmic a l'hora d'aplicar les receptes neoliberals. Totes les lleis fonamentals que permeten aquest procés de despossessió i mercantilització de drets i serveis públics es van aprovar amb el suport del PP i del PSOE, i també el dels seus aliats del regionalisme conservador (CiU, PNB o CC).

La idea de l'eficiència superior de la gestió privada i la suposada "desideologització" de les decisions polítiques van passar a esdevenir marcs ideològics assumits pel conjunt del sistema polític. El cas de la sanitat no en va ser cap excepció i, així, aquests partits aprovaven l'any 1997 la Llei sobre habilitació de noves formes de gestió del Sistema Nacional de Salut.

Despeses públiques, beneficis privats

L'Hospital de la Ribera, a Alzira, va ser el primer exemple d'aquest nou model de gestió privada d'equipaments públics. La concessionària es feia càrrec de la construcció i gestió de l'hospital, i l'Administració pagava un cànon fix per cadascun dels habitants del territori d'influència de l'equipament més baix que

el cost públic d'aquesta atenció. El resultat va ser la ruïna de la concessionària, que va haver de ser rescatada amb diner públic, perquè la Generalitat li va cobrir tots els deutes. El 2003, es va convocar un nou concurs per a la gestió de l'hospital, en què el cànon que l'Administració pagava a la concessionària augmentava un 68 %. Va guanyar el concurs la mateixa concessionària.

Aquesta concessionària estava formada per Ribera Salud (una empresa impulsada per les caixes d'estalvi valencianes a indicació de Zaplana), per les constructores Lubasa i Dragados i per l'asseguradora mèdica Adeslas, aleshores propietat d'AGBAR i ara de La Caixa.

De la mateixa manera que amb Terra Mítica i amb la Ciudad de la Luz, Zaplana va obligar les caixes valencianes (aleshores Bancaixa, la CAM i Caixa Carlet) a finançar un projecte que, a la pràctica, ha engruixit les arques d'unes quantes asseguradores mèdiques i d'unes quantes constructores.

Tot i el maquillatge dels números, la Generalitat no ha pogut demostrar mai que el Model Alzira és més econòmic que el model de gestió pública. Es va publicitar que el 2011 el sistema de gestió pública costava més de 700 euros per persona, mentre que el Model Alzira en costava uns 600. Però s'amagava que el cost de la gestió pública incloïa més de 200 euros de despesa farmacèutica, i el Model Alzira no, ja que el govern autonòmic pagava a banda la despesa en medicaments. Feia el mateix amb el transport sanitari. Però és que, a més, el sistema de gestió pública incorporava unes despeses importants en investigació i docència, despeses gairebé inexistents en els hospitals del Model Alzira.

Malgrat les evidències del seu fracàs, el model s'estengué en altres quatre hospitals valencians (Torrevella, Dénia, Vinalopó i Manises). Ribera Salud, ara propietat de Bankia i Banc de Sabadell, s'ha convertit en una de les principals empreses privades que opten a la gestió d'hospitals públics arreu de l'Estat. Tot aquest moviment de favors del sector públic cap al sector privat requereix vasos comunicants i estretes relacions de gestors d'una i altra banda. I en aquest cas no és diferent: el director de Ribera Salud, Alberto de Rosa, havia estat fins al 2007 director de l'Hospital de la Ribera. Aquell mateix any, mentre ell era promocionat a la direcció del grup empresarial, el seu germà Fernando era designat conseller de Justícia del govern valencià.

El negoci de les asseguradores

La crisi econòmica ha brindat una oportunitat d'or per accelerar el traspàs d'usuaris de la sanitat pública a la privada, un dels objectius no confessats del consens entre poder polític i poder empresarial. Això és el que va entendre La Caixa quan el 2010 es va fer amb el control d'Adeslas. Aquesta era la primera asseguradora privada de l'Estat, i era propietat d'AGBAR i d'un grup francès dirigit pel germà de Sarkozy. Quan l'any 2008 l'empresa francesa Suez i La Caixa van adquirir la propietat d'AGBAR, van passar a controlar automàticament el 54 % de l'asseguradora.

Però entre el 2009 i el 2010 va venir el canvi de cromos. La política del president de La Caixa, Isidre Fainé, va ser la de desinvertir en el sector industrial per concentrar esforços en el sector de les assegurances. S'anunciaven retallades, però La Caixa ja les devia conèixer des de feia molt de temps i, per tant, es podia ensumar que part dels estrats mitjans abandonarien els serveis públics cap a operadors privats que aparentessin donar més garantia de qualitat.

Així, La Caixa va vendre la seva part d'AGBAR a la francesa Suez a canvi de quedar-se amb tota la part que la companyia d'aigües posseïa d'Adeslas. L'operació es va completar amb la compra de la part corresponent a la companyia dirigida pel germà de Sarkozy. Posteriorment, Mutua Madrileña entraria també al negoci d'Adeslas.

Segons dades de la Conselleria de Salut, de 2010 a 2012, només al Principat es van contractar més de cent mil noves pòlisses d'assegurances mèdiques privades, i les asseguradores han augmentat els ingressos en prop de cent cinquanta milions d'euros.

La privatització dels serveis de suport

El negoci de la privatització de la sanitat no es concentra només en la medicina estrictament privada o en la gestió del Model d'Alzira. La quantitat enorme de serveis que estan vinculats al món sanitari, des de les cuines dels hospitals als laboratoris de diagnosi, són un espai idoni per a la privatització i l'opacitat.

A l'hospital de Son Espases, un dels dos centres de referència de l'illa de Mallorca, s'ha assajat una altra modalitat de concessió privada. En aquest cas, en comptes d'una concessió absoluta de tota l'activitat de l'hospital —com en el cas del Model Alzira—, el que s'ha fet ha estat atorgar un paquet que inclou les obres de construcció de l'hospital i la prestació de tots els serveis de suport.

La concessionària és una unió d'empreses formada per les constructores Dragados, FCC, Melchor Mascaró i Llabrés Feliu. El propietari d'aquesta darrera empresa va ser detingut el 2010, juntament amb el seu antic gerent i alguns alts càrrecs del PP balear, en el marc de l'Operació Bonsai sobre desviaments de fons públics. Per la seva part, la directora financera de Melchor Mascaró va ser detinguda el 2011 en el marc de l'Operació Claveguera, també sobre desviament de fons públics.

Segons han denunciat diversos professionals del món sanitari mallorquí, aquest hospital ha estat concebut com un espai absolutament mercantilitzat. Oficines bancàries, joieries, perruqueries i restaurants conformen un autèntic Eurovegas sanitari.

D'altra banda, Son Espases és una demostració més que quan l'anomenada esquerra parlamentària governa ho fa sota paràmetres absolutament sistèmics. L'hospital, projectat el 2006 pel govern de Jaume Matas, està construït en un paratge natural a tocar del Monestir de la Real. Les mobilitzacions contra l'emplaçament del projecte van aglutinar bona part de l'esquerra social mallorquina, però el president Antich va decidir mantenir i impulsar el projecte del seu predecessor.

La trama de les fundacions

La confusió entre públic i privat i l'ús de legislació privada per gestionar institucions públiques, i de cobertura pública per impulsar negocis privats, és marca de la casa al Principat de Catalunya. El sistema de titularitat dels hospitals catalans n'és un exemple. Fundacions privades amb majoria d'institucions públiques, que gestionen infraestructures de serveis públics de titularitat privada. Un entramat que teòricament pretén combinar l'acció de l'Administració pública amb l'autonomia i emprenedoria de la societat civil, però que, a la pràctica, esdevé un espai més desregulat —«flexible», en diran alguns.

Les zones grises que té aquest model han sortit a la llum amb la polèmica que envolta l'Hospital de Sant Pau de Barcelona. Des del 1991, aquesta institució va desdoblar la seva fundació en dues fundacions independents. D'una banda, una fundació patrimonial, amb una forta presència de l'Església catòlica, i de l'altra, una fundació de gestió hospitalària participada per l'Administració pública. Amb aquest entramat, mentre s'executaven retallades a l'hospital i la fundació de gestió es plantejava si declarar-se en fallida, la fundació patrimonial gestionava un patrimoni immobiliari de centenars de milions d'euros, els beneficis del qual no revertien en l'activitat hospitalària. I enmig de tot plegat, van sorgir sospites —que actualment estan sota investigació judicial— que els òrgans de les fundacions de Sant Pau servien també per premiar polítics que havien finalitzat la seva carrera pública.

De factura similar és el cas Innova de Reus: una trama d'empreses que, en el fons, respon a la lògica d'aplicar la gestió i legislació privada al sector públic, i que té com a resultat una opacitat absoluta que ha permès actuacions il·lícites de tota mena.

Diner, polítics i societat benpensant

Després d'un parell de dècades en què el dogma liberal no podia ser discutit perquè —segons es deia— els fets el validaven diàriament, el teló s'ha esquinçat i ara es comença a entreveure que darrere d'un relat imposat per terra, mar i aire, els números no quadren.

Perquè, de fet, qui ha imposat la doctrina privatitzadora com un dogma indiscutible i sense un contrast real i complet amb els resultats de gestió, ho ha fet per un simple apriorisme ideològic. Que al principi dels 80 el sistema sanitari concertat del Principat fos rescatat amb diner públic, i que en comptes d'integrar-lo a la xarxa pública s'optés per mantenir la xarxa concertada, és una decisió que respon a un apriorisme ideològic, i no pas a una racionalització gestora. Passa el mateix amb el balanç de resultats dels hospitals participats pel grup Ribera Salud. I exactament aquest mateix prisma fa de Son Espases un model mercantilitzat de complex sanitari. Cap raó d'eficiència i totes les raons apriorístiques.

Tot aquest sistema pivota sobre tres eixos: uns amplis segments socials, amarats de formes d'actuació classista, que legitimen partits polítics que són disciplinats servidors dels interessos d'un poder econòmic que presenta —falsament— els seus beneficis individuals com un múscul necessari per al país.

Si hi ha un discurs que presenta la iniciativa social i el mutualisme com a fruit de la visió col·lectiva de la societat catalana, també hi ha una realitat sociològica que parla dels efectes profundament classistes que aquest model de concerts té en diversos àmbits socials. Voler que existeixi la sanitat pública, però que alhora es bonifiqui els usuaris d'una sanitat privada que ha de tenir accés a la xarxa pública en peu d'igualtat, encara que això signifiqui perjudicar els usuaris de la pública. Garantir un servei bàsic universal, però poder fruir d'una versió prèmium.

És aquest el punt de partida de la legitimació, via altres relats mistificadors, de la mossegada del sector privat sobre el patrimoni públic. Aquests relats poden anar des de les lloances a l'eficiència fins a la necessitat d'un sector privat fort que doti de múscul el gruix del país… Encara que, en realitat, el que estigui fent sigui drenar el patrimoni públic d'aquest país per fer lucratives inversions en altres bandes que no hi reverteixen gens.

En tot aquest esquema, hi juga un paper cabdal un sistema de partits convertit en un fidel gestor dels interessos de l'elit econòmica. Són gestors de diversos partits que han sortit de les mateixes escoles de negoci, han estudiat els mateixos plans d'estudi i que, quan acabin la seva etapa política, aniran a parar a les mateixes empreses per fer-hi les mateixes feines de dubtosa utilitat i sospitós aspecte de favor retornat. Una hegemonia de pensament perfecta que, a més, en temps de bonança té una capacitat admirable de conviure amb espais de corrupció, que només supuren quan coincideix el malestar social amb la reducció del pastís que s'ha de repartir.

IX

LA LIBERALITZACIÓ DE L'NHS: ORIGEN I DESTÍ DE LA REFORMA DE LANSLEY*

Alex Scott • Lucy Reynolds
John Lister • Martin McKee

Introducció

L'editor de «Política Pública» del Financial Times va descriure la reforma del Servei Nacional de Salut del Regne Unit (amb les sigles angleses NHS) amb aquestes paraules: «Encara no hi ha hagut cap explicació que demostri de quina manera aquests canvis, efectuats d'aquesta manera i en aquest moment, contribuiran que l'NHS assoleixi el seu objectiu central, que és augmentar l'eficàcia del servei i estalviar 20.000 milions de lliures durant els propers quatre anys per cobrir l'augment de la demanda sanitària amb un pressupost que, en termes reals, es mantindrà estancat. De fet, és més probable que succeeixi el contrari».[1]

* N. e.: Aquest article fou publicat el 29 d'agost de 2011 per la Universitat de Liverpool poc abans que s'iniciés la reforma de Lansley al Regne Unit. Tot el que s'hi prediu que passarà a partir d'aquesta reforma –i molt més– avui és una realitat.

1 Timmins, N. «This curate's egg carries a rotten whiff». *Financial Times* (15 de juny de 2011).

Ben mirat, sí que es pot aportar una explicació de la reforma més transparent que la que ofereix el Llibre Blanc, carregat de doble moral. És el que trobareu en les properes pàgines, en les quals s'evidencia l'allunyament de l'NHS del model finançat amb els impostos i basat en els principis de contribució segons la capacitat de pagament i ús, segons les necessitats mèdiques. I s'hi constata l'apropament de l'NHS a un model similar al dels Estats Units, un model d'assegurança sanitària individual en què l'accés a l'atenció sanitària està condicionat pel pagament de les asseguradores en funció de l'estat de salut de la persona assegurada. És a dir, s'elimina la col·lectivització del risc subjacent al pacte de solidaritat social establert després de la Segona Guerra Mundial, que implica la subvenció de l'atenció sanitària dels ciutadans més pobres o amb pitjor estat de salut per part dels seus compatriotes més rics o més sans. S'estableix un pla perquè el sistema, en el seu estat final, es financi conjuntament entre l'estat i l'individu per tal de resoldre un trencaclosques desconcertant: com és possible que el nou sistema generi uns estalvis de 20.000 milions de lliures si implica més proveïdors, una contractació fragmentada, una administració més complexa, despeses de màrqueting relacionades amb la competició en el mercat i diversos estaments que miren d'obtenir beneficis a partir del pressupost de l'NHS. La reducció de costos s'assolirà mitjançant la pèrdua de qualificació i les pitjors condicions laborals dels professionals sanitaris a mesura que es privatitzin els hospitals de l'NHS que els contractin.[2]

Els canvis que es duran a terme inicialment en el sistema de finançament de l'NHS com a conseqüència de la reforma es poden il·lustrar de la següent manera: en la *Figura 1* podem veure la situació actual del serveis hospitalaris, i en la *Figura 2*, la situació un cop aprovat l'avantprojecte de llei de regulació pel mercat i els serveis mixtos.

2 Com a prova a l'informe de la Comissió de salut del programa ISTC, l'advocat general de la direcció comercial va dir: «Estrictament parlant, la posició del Departament és: No, no hi ha cap requisit per imposar obligacions al sector privat per contractar qualsevol plantilla mèdica en termes idèntics a l'NHS. No tenim cap informació dels termes i condicions que els Centres de Tractament del Sector Independent empren en els contractes de personal contractat». Cambra dels Comuns. Comitè de Salut. Independent Sector Treatment Centres, Fourth report of Session 2005-06, Vol III, Ev 106. Cited by Player S. *Access to NHS Primary Care – for Patients or Business? For Keep our NHS Public* (agost de 2008).

Figura 1

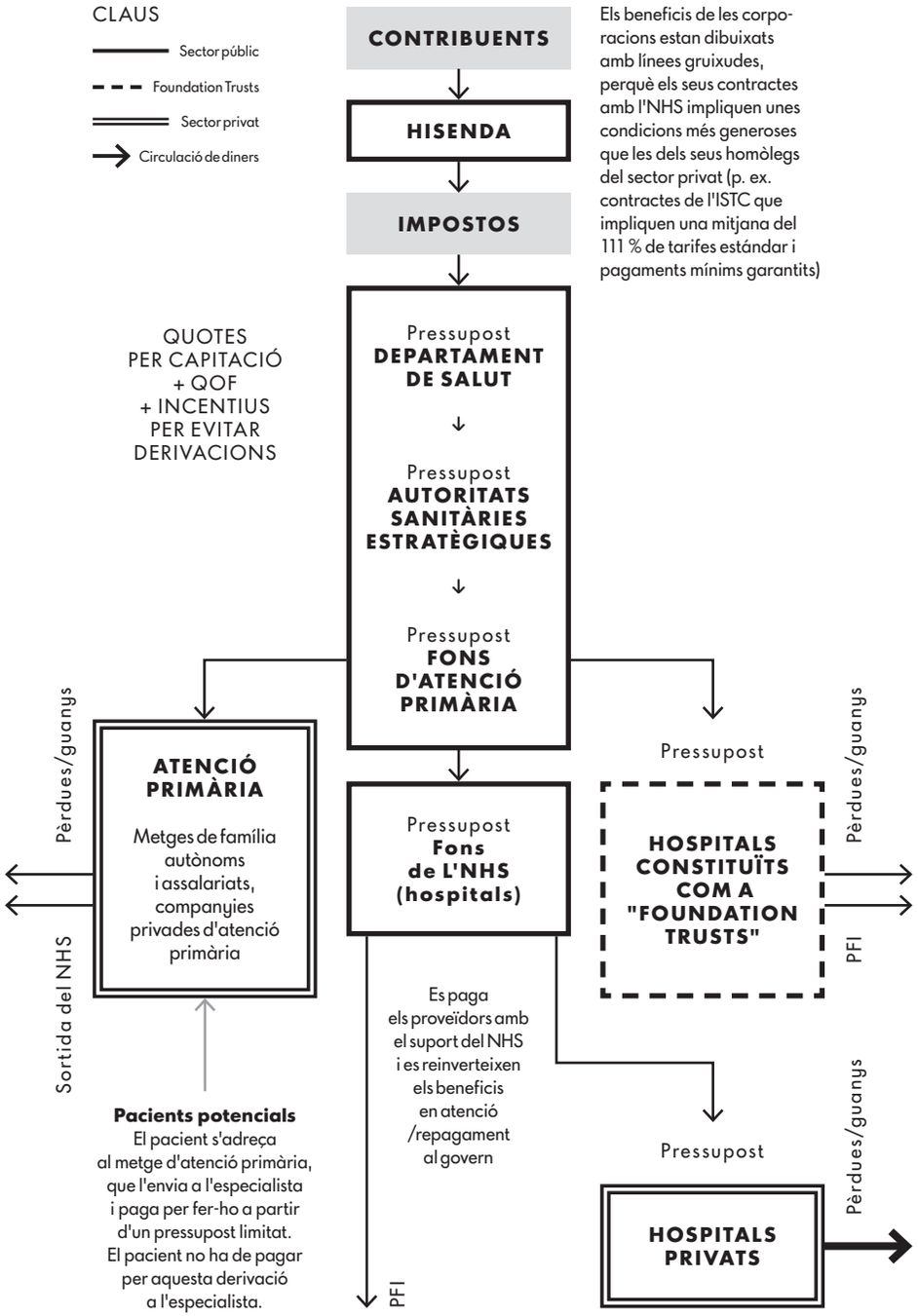
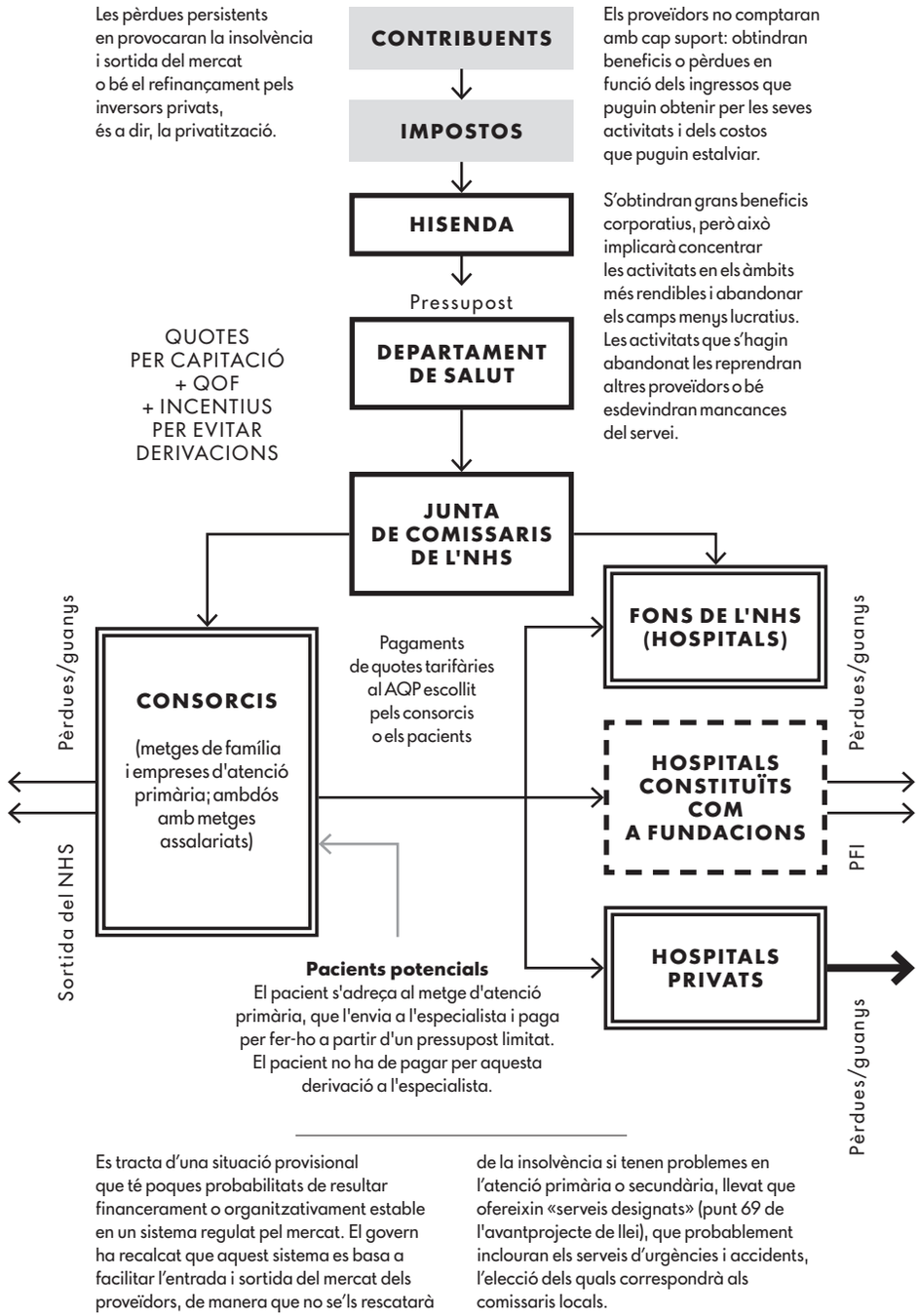


Figura 2



Es tracta d'una situació provisional que té poques probabilitats de resultar financerament o organitzativament estable en un sistema regulat pel mercat. El govern ha recalcat que aquest sistema es basa a facilitar l'entrada i sortida del mercat dels proveïdors, de manera que no se'ls rescatarà de la insolvència si tenen problemes en l'atenció primària o secundària, llevat que ofereixin «serveis designats» (punt 69 de l'avantprojecte de llei), que probablement inclouran els serveis d'urgències i accidents, l'elecció dels quals correspondrà als comissaris locals.

Història de la reforma de Lansley

El Centre for Policy Studies (Centre d'Estudis Polítics o CPS, per les seves sigles en anglès) és un grup de reflexió promercat que va ser clau per als conservadors durant la dècada dels 80. Va publicar diversos articles amb propostes per augmentar la prestació privada de serveis sanitaris dins de l'NHS. Els diputats conservadors Oliver Letwin i John Redwood hi van presentar un pamflet[3] que propugnava una reforma de l'NHS que, vista amb perspectiva, sembla proporcionar una justificació coherent a la trajectòria de canvis que hi han instaurat els governs que han estat al poder des d'aleshores.

A la pàgina web de John Redwood s'afirma el següent: «A mitjan dècada 1980, va ser l'assessor polític en cap de Margaret Thatcher, a qui va instar a dur a terme un gran programa de privatització. Es va erigir en un dels primers defensors de la privatització arreu del món abans de ser escollit parlamentari. Ben aviat, va passar a ser ministre i es va incorporar a la primera línia política l'any 1989 com a subsecretari parlamentari del Departament de Comerç i Indústria».[4] Durant aquest període, Redwood també va dirigir la unitat de privatització internacional d'una entitat bancària pionera en privatitzacions: NM Rothschild and Sons.[5] Hi ha informes que demostren que Letwin també va ocupar càrrecs i va tenir participacions en diverses empreses del Grup Rothschild, entre 1991 i 2009.[6,7,8]

Curiosament, el pamflet de 1988 sobre la necessitat de reformar l'NHS no menciona els resultats sanitaris. En canvi, es vertebra al voltant d'una crítica a l'administració de l'NHS. L'atac a les funcions administratives del sector públic és una part habitual de l'argumentari destinat a reduir el paper de l'Estat que s'utilitza per justificar-ne la privatització.

---

3 Letwin, O.; Redwood, J. «Britain's biggest enterprise: ideas for radical reform of the NHS». Centre for Policy Studies (1988).
També disponible en línia a: http://www.scribd.com/doc/56986348/Britain-s-Biggest-Enterprise

4 Visiteu: http://www.johnredwoodsdiary.com/

5 Oborne, P. «Letwin Intellectural». *The Spectator* (24 de novembre de 2001).

6 Registre al Parlament de Westminster: Oliver Letwin.
http://www.parliamentaryrecord.com/content/profiles/MP/Oliver-Letwin/West-Dorset/680#non-parlamentària-carrera [Consulta: 31 agost 2011].

7 «MP Oliver Letwin defends £60,000 second job». Dorset Echo (29 de juny de 2009).
També disponible en línia a: http://www.dorsetecho.co.uk/News/4463388.MP_Oliver_Letwin_defends___60_000_second_job/? acció = queixar & cid = 7798489

8 Waugh, P. «Letwin bows to his critics over City links and quits Rothschild». *The Independent* (4 de desembre de 2003).

Els altres problemes principals que, segons Letwin i Redwood, justifiquen la reforma radical del sistema són la manca de luxe a les instal·lacions de l'NHS i les llistes d'espera, que, certament, en aquell moment havien augmentat molt com a conseqüència d'un finançament insuficient i crònic, un greu problema que avui ja s'ha rectificat.

Els autors formulen un pla per resoldre aquests assumptes que es divideix en tres fases:

1/ Constitució de l'NHS com a fundació.
2/ Major ús d'aliances d'empreses entre l'NHS i el sector privat.
3/ Generalització del principi de cobrament, tot començant amb un sistema de «crèdits sanitaris» i combinant-lo amb un pla nacional contributiu d'assegurança sanitària basat en els pressupostos sanitaris personals.

En aquell moment, el govern de Thatcher no va aplicar aquestes recomanacions, però d'aleshores ençà ja han començat els dos primers passos del pla. Som a punt de presenciar l'evolució cap a la propera fase, si l'avantprojecte de llei sobre atenció sanitària i social del 2010/2011 es promulga com a llei. Això crearia el marc legislatiu necessari per emprendre el darrer pas.

Aplicació del pla de Redwood / Letwin a la reforma de Lansley

Actualment, Oliver Letwin forma part del govern i ocupa un càrrec que s'acaba de crear, el de ministre d'Estat per a la Política. Fa poc, el *Health Service Journal* el va situar en la segona posició del rànquing de les 100 persones més influents de l'NHS.[9]

L'avantprojecte de llei sobre atenció sanitària i social requereix que els hospitals de l'NHS que no siguin encara fundació s'hi converteixin tan aviat com sigui possible, i el govern ha deixat clar que més endavant se'ls instarà a abandonar el sector públic completament[10] mitjançant adquisicions directives.

L'avantprojecte de llei aboleix les autoritats sanitàries estratègiques i els fons d'atenció primària i estableix un organisme semiautònom gairebé independent per gestionar el pressupost de l'NHS. El 80 % del pressupost total es pagarà als diferents proveïdors del mercat lliure que guanyin els

---

9 Seddon, N. «002- Oliver Letwin: Minister of state, Cabinet Office (UP 18)». *Health Service Journal* (17 novembre, 2010).

10 Timmins, N. «Take trusts off NHS books, says regulator». *Financial Times* (31 de maig de 2010). També disponible en línia a: http://www.ft.com/cms/s/0/e3427f16-6c1f-11df-86c5-00144feab49a.html#axzz1WdQix0OY

contractes oportuns per proporcionar tractaments i atenció als pacients, i s'administrarà pels consorcis de metges de família, rebatejats ara com a «grups clínics d'adjudicació».[11]

L'avantprojecte de llei prepara el terreny per externalitzar tota la resta d'activitats de l'NHS al mercat. Els hospitals públics existents a poc a poc aniran privatitzant-se mitjançant fundacions i adquisicions directives, i hauran de competir amb els nous actors del mercat per l'oportunitat de cobrar el tractament dels pacients.

Entre els actors clau del nou règim de competència probablement hi haurà:

- UnitedHealth, una asseguradora de salut i HMO (*health maintenance organisation*) —és a dir, una mútua—, a la qual ja s'han adjudicat alguns serveis de l'NHS,[12] que ha estat acusada de frau greu contra Medicare als Estats Units i que finança cobertura sanitària per a les persones grans als EUA.[13]
- Hospital Corporation of America, que ha admès la seva culpabilitat en un cas de frau a Medicare que ha donat lloc a la sentència per frau més gran de la història dels Estats Units.[14]
- General Healthcare Group (GHG), filial de l'empresa sud-africana Netcare, que ha estat declarada culpable de trasplantaments d'òrgans il·legals.[15]
- Care UK, la propietat de la qual correspon a l'empresa de capital privat Sovereign Capital. Abans de les darreres eleccions, la dona d'un dels propietaris de la companyia va fer presumptament una aportació de 21.000 £ a la campanya privada d'Andrew Lansley, segons el *Daily Telegraph*.[16]

11 Ramesh, R. «Labour attacks NHS bill amendments: three quarters of changes concern altering name of family doctor groups and may obscure more serious issues». *The Guardian* (31 d'agost de 2011).

12 UnitedHealth UK. «Parthering». UnitedHealth UK Partnership Programme.

13 Blair, C. «Corporate Waste and Fraud: UnitedHealth has a friend in AG Cuomo». *PHIMG* (16 de gener de 2009).

14 Ackman, D. «Disaster of the day: HCA». Forbes (15 de desembre de 2000). També disponible en línia a: http://www.forbes.com/2000/12/15/1215disaster.html

15 Wild, F. «Netcare Unit Pleads Guilty of Organ Transplant Offense». *Bloomberg Businessweek* (9 de novembre de 2010).

16 Watt, H; Prince, R. «Andrew Lansley bankrolled by private healthcare provider». *The Telegraph* (14 de gener de 2010). També disponible en línia a: http://www.telegraph.co.uk/News/newstopics/MPS-expenses/6989408/Andrew-Lansley-bankrolled-by-private-healthcare-provider.html

Properes passes un cop es promulgui la llei d'atenció sanitària i social de Lansley

L'any 1988, Letwin i Redwood debatien els mèrits de cobrar per l'atenció sanitària com una manera de reduir les llistes d'espera (tot excloent de les llistes les persones amb menys capacitat de pagament) i plantejant-se la idea de fer una transició cap a un règim d'assegurança sanitària a l'estil dels Estats Units, mitjançant un sistema de crèdits i unes assegurances sanitàries privades complementàries.

Més tard, quan encara escrivia per al Centre for Policy Studies, Redwood[17] va proposar que els grups de metges d'atenció primària podien funcionar com a HMO i adquirir serveis al mercat. Aquest és clarament el model que explica el pas cap a consorcis de metges d'atenció primària. En una altra publicació del CPS que va escriure Redwood l'any 1988 juntament amb el diputat David Willetts, se suggeria explícitament importar el model dels Estats Units de HMO que competeixen per esdevenir proveïdors de l'NHS.

Segons el *British Medical Journal*, [18] la reforma del grup de reflexió conservador ha estat finançada per, com a mínim, tres dels participants potencials del nou règim sanitari anglès (GHG, els consultors de gestió KPMG i McKinsey, que participen en l'adjudicació de l'NHS).[19] L'article de l'any 2008 sobre l'NHS estableix un pla de conversió d'aquest en un sistema basat en les assegurances amb pagaments complementaris personals.[20]

Els observadors ben informats han conclòs que aquest esquema és el que s'està posant en marxa ara: «La conclusió inevitable és que el Govern pretén instaurar el marc «d'atenció gestionada» vigent als Estats Units, que es caracteritza per una prestació i adjudicació de serveis controlada per les empreses i regida pels principis de minimització de riscos i maximització dels beneficis del sector de les assegurances de salut. […] La prestació dels serveis, que abans es basava en l'avaluació de les necessitats, passarà a avaluar-se en funció dels riscos financers. Els pacients

17 Redwood, J. *In sickness and in health: managing change in the NHS*. Londres: Centre for Policy Studies, 1988.

18 Goldsmith, M; Willetts, D. *Managed Health Care: a new system for a better health service*. *CPS Policy Challenge*. Londres: Centre for Policy Studies, 1988

19 Cassidy, J. «Lobby Watch: Reform». *BMJ*, 342 (11 de maig de 2011). També disponible en línia a: http://www.bmj.com/content/342/bmj.d2917.full.pdf

20 Bosanquet, N; Haldenby, A, Hurley; Jolly, F; Rainbow, H; Sikora, K. «Making the NHS the best insurance policy in the world». *Reform* (setembre de 2008).

amb més necessitats seran, per suposat, els que constituiran un risc més elevat, i difícilment podran esperar ser ben atesos tenint en compte les característiques de contenció de costos i l'enfocament selectiu del model de les Health Maintenance Organization (HMO)».[21]

Aquest pla es menciona al Llibre Blanc del 2010 amb una expressió ben opaca: «Els diners seguiran el pacient».[22] Les asseguradores mèdiques ja estan introduint productes compatibles al mercat anglès[23] per preparar-se per al canvi cap a un sistema basat en les assegurances.

La Figura 3 il·lustra el nostres pronòstic de la situació d'aquí a cinc anys: domini del model dirigit pel mercat, amb una prestació mixta de serveis i una atenció sanitària gestionada:

* The Economist. Waste Measurements: US healthcare spending. 17 de juny 2011. Amb xifres de la despesa de 2009 de l'OCDE i dades del cens dels Estats Units del 2010, disponible en línia a: http://www.economist.com/blogs/daily chart/2011/06/us-health-care-spending.

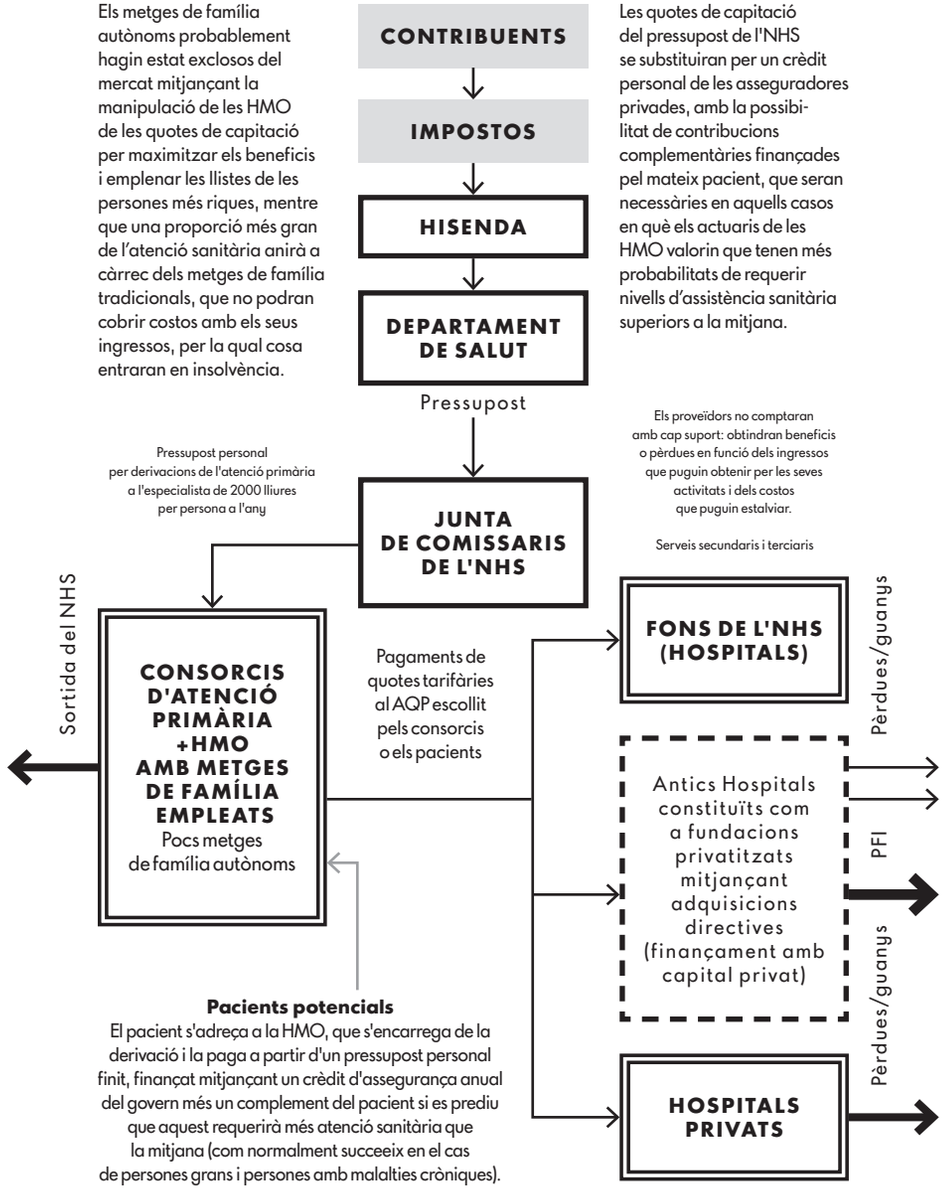
** Okma KGH, Marmor TR, Oberlander J. «Managed Competition for Medicare? Sobering Lessons from the Netherlands». N Engl J Med 2011; 365:287-289, 28 de juliol de 2011.

21 Player, S. «Access to NHS Primary Care – for Patients or Business? For Keep our NHS Public». *Privatization Health Observatory (agost de 2008).*

22 Department of Health. «Equity and excellence: Liberating the NHS». Department of Health (Juliol de 2010). També disponible en línia a: http://www.DH.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_117794.pdf

23 Murray-West, R. «Bupa offers 'pick-and-mix' health insurance». *The Telegraph* (29 de juliol 2011). També disponible en línia a: http://www.telegraph.co.uk/finance/personalfinance/insurance/privatemedical/8669924/Bupa-offers-pick-and-mix-health-insurance.html

Figura 3



S'espera que el balanç de la prestació de serveis passi del sector públic al sector privat a mesura que els hospitals de l'NHS esdevinguin fundacions, les fundacions siguin adquirides o bé facin fallida i siguin absorbides, i les empreses recorrin a la publicitat per incrementar la quota de mercat en els serveis més lucratius.

Procés de liberalització de l'NHS

L'any 1988, es va publicar el llibre *Privatising the World: A study of International Privatisation in theory and in practice*, d'Oliver Letwin, amb un prefaci a càrrec de John Redwood.[24] Inclou una guia de deu pàgines per privatitzar els actius públics fins i tot en contra dels desitjos dels votants, una fórmula que s'ha seguit a ulls clucs en el cas del sistema sanitari.[25] Les recomanacions se centren especialment en la desorientació i la desinformació. Ambdues tàctiques han quedat paleses amb la justificació del govern de la reforma com una cosa necessària per millorar resultats mèdics insuficients i l'elevat preu comparatiu del sistema de l'NHS: no hi ha proves que fonamentin cap d'aquestes afirmacions.[26,27,28,29,30] Un altre exemple el trobem a la pausa entre les diferents fases, en què es generen moltes esmenes, cap de les quals amenaça el pla de privatització,[31,32] però, en canvi, en moltes ocasions provoquen probablement més caos mentre es desmantella l'NHS.[33,]

L'antic director d'adjudicació de l'NHS ha estat fent propaganda de les oportunitats comercials que es deriven de la privatització de l'NHS a empreses

24 Letwin, O. *Privatising the World: a study of international privatisation in theory and practice*. Londres: Cassell Educational, 1988, p.63-73

25 Reynolds, L; McKee, M. Liberating the NHS": where did the idea for radical NHS reform come from?. Inèdit (agost de 2011).

26 Helm, T. «Andrew Lansley accused of burying poll showing record satisfaction with NHS: Ministers are said to be withholding survey results that undermine health secretary's case for urgent radical reforms». *The Guardian* (19 de març 2011).

27 Davis, K; Schoen, C; Stremikis, K. *Mirror mirror on the wall: How the performance of the U.S. health care system compares internationally 2010 update*. Nova York: Commonwealth Fund, 2010.

28 Pritchard, C; Wallace, M. «Comparing the USA, UK and 17 Western countries efficiency and effectiveness in reducing mortality». *JRSM*, vol. 2, núm. 760 (1 de juliol de 2011). També disponible en línia a: http://shortreports.rsmjournals.com/content/2/7/60

29 Appleby, J. «Does poor health justify NHS reform?». *BMJ*, núm. 342 (27 de gener de 2011).

30 Desai, M; Nolte, E; Karanikolos, M; Khoshaba, B; McKee, M. «Measuring health system performance: amenable mortality and the achievements in the UK». *JRSM*, vol. 2, núm. 760 (1 de juliol de 2011).

31 Idem 11

32 Dowler, C. «I'm more excited than ever about the healthcare marketplace». *Health Service Journal* (25 de maig de 2011). També disponible en línia a: http://m.hsj.co.uk/5030037.article.

33 Wintour, P; Boseley, S. «Labour ridicules David Cameron's NHS structure: Conservatives' NHS reforms would leave managers and doctors bewildered as to where responsibility lies, claims Labour». *The Guardian* (5 d'agost 2011).

de capital privat dels Estats Units. En el seu nou càrrec com a director de Salut per a l'empresa de consultoria de gestió KPMG (que ha jugat un paper decisiu en el disseny de la reforma de l'NHS),[34] va dictar una conferència al final del 2010 per informar inversors potencials sobre els plans. La claredat d'aquelles explicacions contrasta amb l'opacitat que impera al Regne Unit en el debat sobre la reforma:[35] «En el futur, l'NHS serà un proveïdor d'assegurança estatal, no l'encarregat de prestar serveis públics. S'arribarà a una situació en què qualsevol proveïdor del sector privat que així ho desitgi podrà vendre béns i serveis al sistema, sense miraments envers l'NHS; el millor moment per aprofitar-ne els avantatges són els propers dos anys.

- Els metges de família hauran d'unir la seva capacitat adquisitiva i hi haurà grans oportunitats per a les empreses que en facilitin el procés.
- El braç monolític del control estatal es relaxarà, la qual cosa generarà oportunitats enormes per als proveïdors eficients del sector privat.»

Sembla que ens hem acostat tant a aquest escenari que ja podem presenciar el darrer capítol de la privatització de l'NHS,[36,37,38,39] en què els nous propietaris del gruix del sistema sanitari són les HMO i els inversors de capital privat en lloc dels ciutadans britànics.

Al seu llibre sobre la privatització, Letwin fa notar que si no s'exigeix un compliment contractual rigorós i estricte, la privatització desemboca en serveis que tenen una qualitat inadequada i de vegades fins i tot perillosa: cita l'externalització de la neteja hospitalària com a exemple.[40] Irònicament, escrivia abans que aquesta decisió especialment poc prudent donés lloc a

34 Hitchcock, G. «KPMG to aid London GP commissioning groups: London's strategic health authority has awarded a contract to help develop GP commissioning consortia pathfinders in the city». *The Guardian* (14 de gener 2011). També disponible en línia a: http://www.guardian.co.uk/healthcare-network/2011/jan/14/kpmg-nhs-london-gp-commissioning-unitedhealth

35 Apax Partners Conference. *Opportunities Post Global Healthcare Reforms* (octubre de 2010). També disponible en línia a: http://www.powerbase.info/images/f/fe/Apax_Healthcare_conference_2010.pdf

36 Pollock, AM; Price D. «How the secretary of state for health proposes to abolish the NHS in England». *BMJ*, núm. 342 (2011).

37 Peedell, C. «Further privatisation is inevitable under the proposed NHS reforms». *BMJ*, núm. 342 (2011).

38 Reynolds, «L. For-profit companies will strip NHS assets under proposed reforms». BMJ, núm. 342 (2011).

39 Reynolds, L. McKee, M. «"Any qualified provider" in NHS reforms: but who will qualify?». *The Lancet*, vol. 379(març de 2012). També disponible en línia a: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961264-6/fulltext

40 Letwin O. Op.cit, pg. 79.

l'epidèmia d'*Staphylococcus aureus* resistent a la meticil·lina [41,42,43] que tantes vides s'ha emportat: entre 1993 i 2009 va provocar la mort de 3.440 persones a Anglaterra (sense comptar els nadons).[44] També va provocar despeses enormes per a l'NHS, perquè va ser necessari posar en quarantena plantes senceres per descontaminar-les. A hores d'ara, el sector privat ha conclòs que, per funcionar, l'externalització tot sovint resulta més cara i suposa més problemes.[45] De fet, l'externalització a gran escala «pot representar una economia falsa un cop es tenen en compte adequadament els riscos i els costos ocults».[46]

Tanmateix, els nostres polítics electes estan decidits a externalitzar tot l'NHS, amb una regulació per assegurar-se'n, però amb uns reguladors els pressupostos dels quals seran completament insuficients per protegir els pacients de les pràctiques depredadores que són fruit de la recerca de beneficis a tota costa, atesa la batalla simultània de la coalició contra la «paperassa» reglamentària.[47]

Potser els polítics responsables de la reforma i la privatització de l'NHS entenen aquests inconvenients i, per tant, no són sincers quan afirmen que els canvis planejats estalviaran diners i milloraran el servei.[48,49,50]

---

41 Roberts, JA (ed.). *The Economics of Infectious Disease*. Oxford: Oxford University Press, 2006.

42 European Hospital. «An end to outsourcing?». *European Hospital* (18 de desembre de 2006). També disponible en línia a: http://www.european- hospital.com/en/article/883-An_end_to_out-sourcing.html

43 Secretary of State for Health. *Equity and Excellence: Liberating the NHS*. London: The Stationery Office, 2010, p.8. També disponible en línia a: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_117794.pdf

44 Office for National Statistics. *Deaths Involving* MRSA. ONS, 2010. També disponible en línia a: http://www.ons.gov.uk/ons/Publications/re-Reference-tables.html?edition=tcm%3A77-48706

45 Overell, S. «Who's pulling the strings?». *The Guardian* (27 d'agost de 2011)

46 Mina, R; Robinson, M; Legg, A. «Source of trouble: outsourcing may seem a quick cost reduction fix, but there are often hidden risks». *Accountancy Magazine* (agost de 2011).

47 Mitchell, D. «David Cameron has even less grasp of how government works than I'd thought: David Cameron's astonishing attack on 'bureaucrats' betrays a serious lack of understanding of the public sector». *The Guardian* (13 de març de 2011).

48 Rose, D; Coates, S. «Cameron lays out plans to save millions in NHS reform». *The Times* (3 de novembre de 2009).

49 Appleby, J. «Can we afford the NHS in future?». *BMJ*, núm. 343 (13 de juliol de 2011).

50 Porter, A. «David Cameron puts reputation on the line with five pledges on the future of the NHS». *The Telegraph* (5 de juny de 2011). També disponible en línia a: http://www.telegraph.co.uk/Health/healthnews/8558474/David-Cameron-puts-reputation-on-the-line-with-five-pledges-on-the-future-of-the-NHS.html

Potser no els entenen i només segueixen els consells dels seus assessors, els seus patrocinadors i els beneficiaris de les seves polítiques (que, massa sovint, són les mateixes organitzacions i persones).[51,52]

Cap d'aquestes possibilitats és acceptable en un tema tan important per al país com el destí de l'NHS.

Postures dels partits i motivacions de les polítiques

La postura conservadora sobre la privatització s'ha documentat a les pàgines anteriors. La coalició va anunciar l'externalització l'any vinent —el juliol de 2011— del 10 % del pressupost de l'NHS (el que correspon als serveis de salut comunitària), i el proper tram de la privatització s'anunciarà ben aviat.[53]

El liberal demòcrata David Laws va intentar sense èxit que el seu partit avancés cap a un esquema d'assegurança sanitària individual com el que s'ha descrit anteriorment,[54] i al «Llibre Taronja» va argumentar que era precís que l'NHS deixés de ser un proveïdor exclusiu i s'efectués l'externalització massiva de la prestació de serveis de l'NHS al sector privat.[55] En paraules del mateix John Redwood: «La reforma integral de l'NHS també es va proposar al Manifest de 2010 dels Liberal Demòcrates, que no deia res sobre acabar amb la privatització o acabar amb les retallades laboristes a la gestió».[56]

Els laboristes han seguit una trajectòria similar, i la història de com van ampliar i desenvolupar el marc legal i organitzatiu necessari dins de l'NHS (conversió dels hospital públics en fundacions, ajudes al sector privat amb el pressupost de l'NHS i introducció d'un sistema d'assignació competitiva) ha quedat àmpliament documentada en un llibre que Leys i Player han escrit recentment.

---

51 Cave, T. «Revolving door is unhealthy & following pages». *Spinwatch* (2011).

52 Horton, R. «The Plot Against the NHS, per Colin Leys i Stewart Player». *The Guardian* (22 de maig de 2011).

53 Pemberton, M. «The day they signed the death warrant for the NHS». *The Telegraph* (25 de juliol de 2011). També disponible en línia a: http://www.telegraph.co.uk/Health/healthadvice/maxpemberton/8655242/the-day-they-signed-the-death-warrant-for-the-NHS.html

54 Stourton, E. «Did Lib Dem Orange Book lead to coalition with Tories?». *BBC News* (23 de febrer de 2011). També disponible en línia a: http://www.bbc.co.uk/news/uk-politics-1231004

55 Kovar, S. «The Neo-Liberal Democrats». *The Liberal* (agost de 2010). També disponible en línia a: http://www.theliberal.co.uk/libdems/neo-liberal-democrats.html

56 Redwood, J. «The Lib Dems extensive health reform agenda». *John Redwood* (9 de maig de 2011). També disponible en línia a: http://www.johnredwoodsdiary.com/2011/05/09/the-lib-dems-extensive-health-reform-agenda/

Presumptament, l'any 2000 Gordon Brown ja donava instruccions als inversors per invertir en: «serveis bàsics que el govern està obligat a proporcionar per llei, per als quals la demanda és pràcticament insaciable. El vostre flux d'ingressos estarà, en última instància, emparat pel Govern. On trobareu una oportunitat de negoci com aquesta?».[57]

I per què hi ha tanta unanimitat en tots els partits sobre quelcom que atenta contra la voluntat de la ciutadania i l'interès general? La clau es pot trobar a: «la teoria de la inversió en partits polítics de l'economista polític Thomas Ferguson […] i la tesi que es poden entendre les eleccions, en gran mesura, com a ocasions en què els grups d'inversors conflueixen per controlar l'estat, la qual cosa resulta un molt bon factor de predicció de la política a llarg termini, tal com l'autor demostra».[58]

Sembla que les companyies interessades a esdevenir proveïdors per a l'NHS estan satisfetes amb el progrés de la reforma. La postdata de 2011 al llibre de Leys i Player diu el següent: «El director executiu del proveïdor de serveis sanitaris privat més important, General Healthcare Group, espera que el sector privat es vegi potenciat tant per les tasques que li adjudiqui l'NHS com pel fet que l'NHS, com a conseqüència de les retallades, no podrà cobrir la demanda i això incrementarà també la demanda d'atenció sanitària privada. La majoria dels directors executius de les empreses sanitàries privades pensen que el govern complirà les promeses que l'avantprojecte de llei de Lansley feia al sector privat (Dowler, 2011).[59] Aquesta suposició es basa, en part, en les connexions que tenen amb Lansley i els qui li donen suport al Partit Conservador, però també al fet que els fons d'atenció primària ja s'estan desmantellant i substituint per consorcis de metges de família "a l'ombra" o "dissenyats per obrir camí"».[60]

Així, doncs, ja ens estem apartant d'un sistema en el qual, en general, els metges es guiaven per les necessitats del pacient i l'evidència mèdica, i ens endinsem en un sistema en què els proveïdors de serveis estaran disposats a instaurar tantes proves i tractaments com sigui possible per maximitzar els seus ingressos, mentre que els grups d'adjudicació i les HMO procuraran impedir que ho facin, però amb l'objectiu de maximitzar els seus propis beneficis. Serà un sistema molt més car, perquè caldrà pagar tota l'administració addicional necessària, cobrir les despeses

57 BBC Radio 4. Programa File on Four, BBC (6 de juliol de 2004). També disponible en línia a: http://news.bbc.co.uk/nol/shared/bsp/hi/pdfs/fileon4_20040706_pfi.pdf

58 Chomsky, N. *Hopes and Prospects*. Londres: Ed. Penguin, 2010.

59 Dowler, C. Op.Cit.

60 *Ídem* nota 51

de màrqueting i finançar els dividends per als accionistes. Es negarà l'atenció mèdica a alguns pacients que la necessitin, mentre que d'altres seran sotmesos a intervencions innecessàries[61,62] com a conseqüència dels incentius conductuals perversos inherents al nou sistema.[63] I tot això en benefici d'interessos comercials que semblen haver-se fet amb el control del nostre procés democràtic.

I ara què?

Ha arribat l'hora de defensar el nostre sistema de salut, que garanteix l'assistència sanitària a qui la necessita gràcies a contribucions col·lectives de tota la societat quan les persones tenen més capacitat per pagar. El nostre sistema actual s'ha beneficiat de fortes inversions recents, que han donat lloc, d'una banda, a molt bons resultats de salut en comparació amb altres països desenvolupats i, de l'altra, a una eficàcia de costos excel·lent.[64,65,66,67,68]

El ciutadania valora molt positivament els serveis rebuts,[69] però ha estat enganyada amb tota la xerrameca sobre la «modernització» i «l'elecció» per fer-li creure que la reforma està encaminada a millorar l'NHS i no a destruir-lo. Les proves presentades en aquest article refuten clarament aquestes idees.

61 Gawande, A. «The cost conundrum. What a Texas town can teach us about health care». *The New Yorker* (6 de gener de 2009).

62 Bennett, D; Lauderdale, TS; Hung, CL. «Competing Doctors, Antibiotic Use, and Antibiotic Resistance in Taiwan». *University of Chicago* (16 de setembre de 2008). També disponible en línia a: http://Chess.uchicago.edu/events/Hew/fall08/Bennett.pdf

63 Reynolds, L. «Two issues with competition in healthcare». *BMJ*, núm. 343 (25 de juliol de 2011).

64 *Ídem* nota 26

65 *Ídem* nota 27

66 *Ídem* nota 28

67 *Ídem* nota 29

68 *Ídem* nota 30

69 Appleby, J; Robertson, R. *A healthy improvement? Satisfaction with the NHS under Labour*. Londres: National Centre for Social Research, 2010.

X

ANÀLISI DEL MODEL D'INICIATIVA DE FINANÇAMENT PRIVAT (MODEL ALZIRA) I DEL MODEL DE SALUT CATALÀ

Laura Pabón

Introducció

En aquest capítol volem fer una breu descripció de dos models sanitaris que funcionen als Països Catalans i que estan portant la sanitat pública al col·lapse, a més de suposar un frau per a tots i totes les treballadores que financem el nostre sistema de salut amb el pagament d'impostos.

A més, intentarem fer unes pinzellades sobre les conseqüències que l'aplicació d'aquests dos models suposen per a les classes populars dels Països Catalans.

El finançament privat de nous hospitals i projectes sanitaris mitjançant el sistema de la Iniciativa de Finançament Privat (PFI o Project Finance Iniciative) s'ha convertit en un dels temes més polèmics de la "modernització" del Sistema Nacional de Salut (SNS) a molts països, entre d'altres, a la Gran Bretanya. És per això que, actualment, certes empreses consultores (com PricewaterhouseCoopers) i altres consorcis britànics estan dedicant tots els seus esforços a promocionar el sistema a altres països.

Al principi del 2004, a més, la Unió Europea va modificar els acords del Pacte d'Estabilitat per enfortir l'euro, amb l'objectiu de fomentar la utilització del sistema PFI en tots els projectes d'obres públiques i excloure la seva corresponent inversió del total del deute públic (això mentre es pugui convèncer el ciutadà que el sector privat és el que es fa càrrec del risc d'inversió).

El model sanitari català, aplicat al Principat, s'ha venut arreu del país i de l'Estat espanyol com un model universal, d'alta qualitat i d'una eficàcia i eficiència elevades. La realitat és que, mitjançant privatitzacions encobertes, els successius governs de la Generalitat han promogut l'enriquiment d'empreses privades amb la nostra salut.

Què és el model d'Iniciativa de Finançament Privat (PFI)?

El model de concessió sanitària o PFI ha estat importat del Regne Unit, on tant conservadors com laboristes l'apliquen des de l'any 1991 al sector sanitari. En l'actualitat, amb allò ja han aconseguit desmantellar una gran part del servei nacional de salut britànic (NHS), fins al punt que en gran mesura ja és en mans d'empreses privades, principalment multinacionals nord-americanes.

Aquest model ha estat usat arreu de l'Estat espanyol per a la construcció de tot tipus d'infraestructures (autopistes, aeroports, embassaments, etc.), però no va ser fins fa relativament poc quan el Partit Popular va començar a experimentar-lo en l'àmbit sanitari al País Valencià.

L'objectiu del model PFI és donar entrada al capital privat al sector públic sanitari, amb la qual cosa li asseguren rendibilitats escandaloses durant diverses dècades. Les diferents administracions públiques presenten aquest model com una idea beneficiosa per al sector sanitari públic, i en justifiquen la utilització perquè la despesa dedicada als pagaments anuals dels arrendaments a les empreses privades no computen com a despesa pública a efectes comptables (tot i que, en realitat, es facin aquests pagaments amb diners públics).

Sota el model PFI, els projectes de construcció d'hospitals són finançats pel sector privat (substituint el sistema tradicional utilitzat a les darreres dècades, en les quals la construcció de nous hospitals ha estat pagada directament amb diner públic i els centres romanien en mans públiques), de manera que un grup d'empreses privades, generalment sense experiència en el camp sanitari (solen coincidir empreses de la construcció, serveis i bancs), financen i construeixen un nou hospital. L'administració sanitària paga un lloguer o arrendament durant un termini d'entre 30 i 60 anys al grup d'empreses propietàries de l'hospital, que cobreix despeses de construcció, el lloguer de l'edifici, la despesa de serveis de suport i els teòrics riscos transferits al sector privat. Per si això no fos prou, el terreny públic al voltant dels hospitals se cedeix a les empreses concessionàries, que els explotaran amb total llibertat i sense cap tipus de control públic (pàrquings, centres comercials, centres d'oci, etc.).

L'experiència internacional demostra que aquest model és fins a deu vegades més car per als contribuents que el model tradicional (en el qual el sector públic sol·licita un crèdit a taxes d'interès preferencials). Avaluacions realitzades a la Gran Bretanya demostren un augment mitjà en la despesa del 72 % des de l'aplicació d'aquest model. En altres casos, com a Austràlia o al Canadà, els costos havien crescut tant que, davant l'alarma social, els governs s'han vist obligats a intervenir "rescatant" la concessió (prèvia indemnització a les companyies propietàries).

Aquest model comporta, inevitablement, una despesa extra en assessories, experts, negociacions, advocats, consultores, seguiment d'obres, etc., que podrien evitar-se si els hospitals fossin públics. A la Gran Bretanya, les despeses de la negociació dels contractes PFI estimat en set vegades més alts que en les ofertes tradicionals.

Ni els macrohospitals són funcionals, ni els petits hospitals són realment operatius. Els nous hospitals han estat dissenyats amb molt pocs llits, no estan planificats per atendre totes les necessitats de la població, sinó que estan dissenyats per realitzar activitats sanitàries que no comporten grans riscos, però que asseguren taxes de tornada elevades i beneficis ràpids (les activitats més freqüents i amb menys riscos). Les activitats més costoses i "menys rendibles" (unitats de cremats, cirurgia especialitzada, tractaments mèdics amb costos econòmics elevats, etc.) es mantindran en els centres públics.

La qualitat de les cures sanitàries en un hospital depèn, en gran mesura, del nombre de treballadors per llit, que el personal treballi com un equip, de l'estabilitat en l'ocupació (com més estabilitat, més formació), etc.

El deteriorament de les condicions d'ocupació dels treballadors i les treballadores d'aquests hospitals provocarà que els equips no treballin eficaçment, la qualitat del servei caurà, i tot això repercutirà negativament en els pacients. A més, els diners dedicats any rere any, durant dècades, a pagar l'arrendament a aquestes empreses, es traduirà en una retallada de prestacions clíniques en els centres públics o en altres activitats sanitàries, totalment necessàries, però que no aporten beneficis econòmics a les empreses privades.

La planificació sanitària serà substituïda per l'assoliment de beneficis per a les empreses privades. Els serveis de l'hospital seran planificats per societats privades amb interessos purament econòmics, sense tenir en compte les necessitats sanitàries de la població de la zona, utilitzant els llits i l'alta tecnologia sanitària de la forma més rendible econòmicament, en contra dels interessos dels pacients.

Aquests hospitals incrementaran els guanys si realitzen més operacions quirúrgiques de les pactades, o si el seu índex d'ocupació supera el 85 %, tot i que, en sanitat, una major utilització dels hospitals pot repercutir negativament en els pacients (altes prematures, cirurgia intensiva sense els estàndards mínims de seguretat, etc.).

Els usuaris i les usuàries que ingressin o acudeixin a un hospital de capital públic i de gestió privada és molt probable que coneguin cap o pocs empleats públics. La major part del personal no sanitari (administratius, netejadores, cuineres, etc.) no serà personal públic, i potser tampoc pertanyerà a l'empresa privada propietària de l'hospital, sinó que serà subcontractat a altres empreses per abaratir costos.

També és molt probable que pugui existir una part de l'hospital o una sèrie de llits per a ús privat. Possiblement els equips de diagnòstic i les instal·lacions seran compartits entre pacients públics i particulars. L'atenció mèdica serà gratuïta, ara com ara, però fins i tot dins de la part pública de l'hospital hi haurà una oferta cada vegada més gran d'extres, presentats com a opcionals.

Els projectes d'hospitals PFI són, en definitiva, contractes privats. En nom de la "confidencialitat comercial" s'ocultarà a la població, els que amb els seus impostos paguen les prestacions sanitàries, tota la informació sensible per a les empreses, o la que no sigui políticament correcte difondre (ingressos procedents de les activitats paral·leles, sous de directius, etc.). A més, el control públic (ja escàs als hospitals públics tradicionals) desapareixerà, i els hospitals privats podran ser utilitzats comercialment com qualsevol altra propietat privada i només hauran de donar explicacions als seus accionistes.

Els i les treballadores sanitàries seran transferides, teòricament, amb els mateixos drets que en l'actualitat, però les pressions de les empreses propietàries per incrementar l'activitat sanitària (cirurgia, nombre d'ingressos, etc.) i, per tant, per augmentar les quantitats màximes anuals que rebran de l'Administració, faran incrementar les càrregues de treball i deterioraran l'assistència. En el personal no sanitari, el sou i les condicions es deterioraran des de l'inici respecte a les plantilles actuals que fan la mateixa feina (reduccions de plantilles de fins al 50 % i de salaris fins al 40 % en les experiències existents) per garantir "estalvis d'eficiència" per a les empreses i augmentar els guanys.

El PFI és una forma d'hipotecar les generacions següents per una cosa que, paguem el que paguem, mai no serà pública. És un pla que es podria definir com «construeixi ara i pagui molt més del que val indefinidament»:

- Per pagar la construcció de l'edifici, les societats privades hauran de demanar préstecs a bancs a interessos més alts que els que el sector públic aconsegueix habitualment.
- Les societats privades necessàriament estan obligades a repartir beneficis entre els seus accionistes, per la qual cosa hauran de carregar aquestes quantitats als imports anuals que els hem de pagar.
- L'edifici és propietat privada, per la qual cosa els estàndards de qualitat en la construcció queden a les seves mans i sense control públic.
- L'experiència internacional demostra que les companyies privades

inflen un suposat "risc financer" que és carregat al cost total que els contribuents hem de pagar. En realitat aquest model amb prou feines té més riscos que els inherents a la construcció de l'edifici, riscos que desapareixen quan acaba la construcció.

- Les despeses per al contribuent només per planificar i negociar un pla de PFI pugen milions d'euros.

L'experiència demostra que els primers plans han estat molt lluny del que s'havia pressupostat. I amb contractes de PFI garantits durant 30 anys o més, qualsevol futur estalvi en el sector sanitari haurà de venir d'altres serveis potser essencials.

Les Iniciatives de Finançament Privat als Països Catalans. Model Alzira

Als Països Catalans, la implantació del model PFI es va posar en marxa amb la construcció de l'Hospital de La Ribera, a Alzira (la Ribera Alta), i la seva concessió a la Unió Temporal d'Empreses Ribera Salud.

Conegut com a Model Alzira, el model propugna la construcció de centres de titularitat i finançament públics, però amb la gestió en mans privades per un temps durant el qual la concessionària cobra a la Generalitat Valenciana una quota per habitant (en un inici eren 225 euros/habitant/any i, en l'actualitat, són 639). Al País Valencià participen del model l'hospital de Torrevella, l'hospital de Dénia, el de Manises i el centre de salut d'Elx.

Tot i aquesta ràpida expansió pel territori valencià, el Model Alzira és, i ha estat, un sistema criticat per l'opacitat, l'empitjorament de les condicions laborals per als i les treballadores i per la inexistència de l'estalvi econòmic que, segons la Generalitat Valenciana, havia de comportar el model.

Per descomptat, els efectes negatius del Model Alzira van trigar poc a arribar. L'Hospital de La Ribera va haver de ser rescatat al 2003 per la Generalitat Valenciana perquè acumulava pèrdues econòmiques de 5,24 milions d'euros, segons les dades de la Coordinadora Antiprivatització de la Sanitat de Madrid. Posteriorment, la Generalitat Valenciana va tornar a treure a concurs l'hospital amb unes condicions més favorables per a les empreses, incloent-hi l'atenció primària i apujant un 68 % la quota per habitant.

A més, segons publicava el diari *El País* el 6 de gener 2013, les condicions laborals de la plantilla del centre són pitjors que les dels treballadors de la Conselleria de Sanitat. Les treballadores contractades per l'empresa privada tenen un salari fix un 10 % inferior i treballen 180 hores més a l'any. Segons el Sindicat de Metges d'Assistència Pública (SIMAP), a més, l'hospital necessita un 25 % més de treballadores de les que té en l'actualitat. Seguint la lògica de maximitzar el benefici, el 2012 l'hospital privatitzat de Dénia va modificar les condicions laborals: va augmentar la jornada de treball fins a 50 hores anuals i va repartir les vacances durant tot l'any per evitar fer substitucions.

Davant les pèrdues sofertes per la Unió Temporal d'Empreses privades propietàries de l'hospital d'Alzira, l'Administració es va veure obligada a rescatar el centre, reactivar-lo, unir-hi els centres de salut públics de la comarca, incrementar les quantitats que paga cada habitant de la comarca i cedir-lo, una altra vegada, al mateix grup d'empreses anterior!

Un dels episodis més escandalosos d'aquest model va ser protagonitzat per Manuel Marín Ferrer, comissionat de la Generalitat des de l'any 2000 fins al 2007. El comissionat era l'encarregat de fiscalitzar l'empresa concessionària i de vetllar perquè es complissin les condicions i obligacions de l'empresa establertes al ple de condicions. Marín, just acabar la seva tasca com a comissionat, va ser fitxat per l'empresa comissionaria Ribera Salud UTE com a director del Departament de Salut. La porta giratòria es confirmava com a pràctica massa estesa en aquest sector.

El model de salut català

El model sanitari del Principat és un model sanitari mixt, que integra en una sola xarxa d'utilització pública tots els recursos sanitaris, siguin de titularitat pública o no, i que recull una llista d'entitats privades (mútues, fundacions, consorcis, centres de l'Església, etc.) històricament dedicades a l'atenció de la salut.

En el cas dels consorcis cal especificar que, encara que siguin públics, permeten la introducció de mecanismes propis del dret privat, tenen una forma jurídica molt flexible i permeten la participació d'empreses privades. N'hi ha que són completament públics i n'hi ha que no. Un exemple és el Consorci de Salut Social de Catalunya (CSSC), antic Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC), de Ramón Bagó.

El Departament de Salut elabora les polítiques i la planificació de la salut, i el Servei Català de la Salut (CatSalut) garanteix que els serveis de cobertura pública arribin de forma efectiva i amb un nivell de qualitat avaluat i acreditat a la població. El sistema sanitari públic català es defineix com un sistema universal, tot i que, a la pràctica, no funciona així.

Aquesta xarxa compta, entre altres serveis, amb 369 Equips d'Atenció Primària (EAP) i 66 hospitals, independentment de la titularitat. És, doncs, un model sanitari mixt que integra tots els recursos disponibles en un sol sistema, denominat SISCAT (Sistema Sanitari Integral d'utilització pública de Catalunya).

L'origen del model de salut català

Aquest model es va concretar el 1990 a la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC), que creava el Servei Català de la Salut (CatSalut) i consolidava un sistema sanitari mixt, propi, amb l'extensió del model a totes les línies de productes sanitaris i sociosanitaris.

Aquesta llei ha tingut dues lectures des del seu orígen. Una, la que ha considerat que la mateixa llei tenia un ordre jeràrquic de prevalença, i una altra lectura, la que es pretenia, la que ha resultat oficial, la que s'ha transmès com a única veritat com a conseqüència del predomini de la visió neoliberal de considerar que les regles del mercat contribueixen a l'eficiència també en el sector de la salut de finançament públic. Aquesta visió s'ha centrat gairebé exclusivament en part de l'article 7,[1] caricaturitzant-lo, en dogmatitzar-lo, i ha considerat que la LOSC establia una total divisió de funcions entre el Servei Català de la Salut, com a contractista-comprador, i uns "proveïdors" dels serveis contractats.

Aquesta segona visió permesa per la LOSC, però no articulada per la mateixa llei, ha representat un progressiu deteriorament del primer principi informador de la LOSC: la concepció integral i integrada. I, de fet, s'ha produït tot això:

- Dissociació entre Servei Català de la Salut i Institut Català de la Salut (ICS).
- Mai han estat signats els convenis pels compromisos d'integració o adscripció (art. 5) i només se signen els concerts econòmics de prestació de serveis.
- Una negligència de l'SCS en la prevenció i la promoció de la salut a l'espera que les seves responsabilitats les concretés una llei de salut pública (2009) i les assumís un altre organisme, l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPC), ara ja establerta.
- Que l'SCS (central i regional) oblidés la planificació equitativa, les responsabilitats directives de l'SNS sense establir instruments comuns (sistemes d'informació i logística).
- Que l'SCS considerés que la responsabilitat de l'assistència era "dels centres" i, en la pràctica, només dels centres, malgrat que queden clares les seves responsabilitats en la LOSC.

1 CATALUNYA. «Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya». *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 1324 (9 juliol 1990).
També disponible en línia a: http://www20.gencat.cat/portal/site/portaljuridic/template.PAGE/menuitem.d15a4e5dfb99396dc366ec10b0c0e1a0/?javax.portlet.tpst=ba5f51819ed19d6c56159f10b0c0e1a0&javax.portlet.prp_ba5f51819ed19d6c56159f10b0c0e1a0=action%3Dfitxa%26documentId%3D48426

Ja des del principi dels anys 90, es parlava dels «proveïdors de la Xarxa d'Unificació Pública», tot i que només existia la XHUP, l'hospitalària creada el 1985, i no es deia res del model de relació o integració ni entre els equips d'atenció primària que no són de l'ICS, ni entre hospitals i primària; només bones voluntats. Passats 10 anys sense definir relacions per la cohesió del sistema, un decret de l'any 2000 configurava el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) amb quatre xarxes. Però la definició dels requeriments per formar part de les xarxes de salut mental i d'atenció sociosanitària es van anar prorrogant any rere any fins que, al 2010, un nou decret torna a establir un nou SISCAT amb una altra configuració en tres xarxes, sense justificació comprensible del canvi, amb uns equips d'atenció primària perduts entremig, una atenció especialitzada ambulatòria que no se sap com s'integra amb la resta i uns convenis singulars de vinculació a les respectives xarxes indefinits i que queden indefinibles fins al 2015. Del 2000 al 2015, pel sol fet de tenir un concert amb l'SCS ja es forma part, provisionalment, del SISCAT, el "sistema integral". Però hi ha hospitals en concert que no figuren en el llistat del decret del SISCAT de 2010, tampoc existeix cap llistat dels membres de les altres xarxes i hi ha motius fonamentats per pensar que tampoc l'SCS sap ben bé quants són.

Gestió actual

Algunes persones, sobretot des del govern i la Conselleria de Salut, no han deixat d'intentar col·locar el missatge que les retallades són conseqüència de la deficitària gestió pressupostària dels darrers anys. La realitat no sembla donar suport a aquest argument: la Generalitat de Catalunya, almenys des de l'any 2004 i fins a l'esclat de la crisi amb tota la seva virulència l'any 2008, ha liquidat els seus comptes consolidats amb estalvi brut. És a dir, en tots i cadascun dels anys immediatament anteriors a la crisi econòmica, els ingressos corrents van superar les despeses corrents, i en un percentatge de mitjana relativament significatiu, el 6,3 %. Per tant, en aquest període 2004 – 2007, la Generalitat va seguir escrupolosament el que es coneix com a regla d'or de les finances públiques, que consisteix en el fet que els ingressos tributaris i transferències corrents financin la totalitat de la despesa corrent (salaris, compra de béns i serveis i subvencions) i una part de l'activitat inversora.

L'import de l'estalvi brut seria, en realitat, superior del que mostren les xifres, si tenim en compte que durant aquests anys es van anar dedicant recursos a sufragar l'enorme quantia de despesa que havia estat meritada a l'exercici 2003 i que no es va reconèixer pressupostàriament en aquell exercici per manca de crèdit. L'any 2010 es va tornar a produir aquesta mala pràctica, i encara que es tractés d'un volum molt inferior —el 43 %

de l'import de 2003— o d'una situació de greu crisi, no l'eximeix de la crítica pel fet de vulnerar els principis de la gestió pressupostària.

El finançament del Servei Català de la Salut, tant quan es tractava d'una partida finalista procedent dels pressupostos generals de l'Estat, com quan ha esdevingut integrat en el traspàs genèric de recursos —que cada regió de l'Estat espanyol pot distribuir com cregui convenient—, no ha estat mai suficient ni realista: han estat uns pressupostos maquillats que tothom sabia que eren insuficients any rere any, cosa que provoca el desplaçament del dèficit públic als prestadors de serveis mitjançant preus insuficients i/o compra de menys activitat de la necessària, així com el desplaçament del pagament del deute a exercicis posteriors («les factures al calaix») que han practicat tots els governs de la Generalitat. Aquesta actuació porta a pràctiques de discrecionalitat que desvirtuen la necessària regulació que hauria d'exercir l'autoritat sanitària.

La concertació: una característica exclusiva del model de salut català

Un sistema sanitari com el català, que es basa en el model de Sistema Nacional de Salut, ha de tenir una característica fonamental: la regulació de l'oferta, per tal de preservar l'equitat d'accés a les prestacions, que han de ser universals. L'exercici d'aquesta regulació es fa mitjançant la planificació i l'ordenació dels recursos i la prestació de serveis. A Catalunya, l'Administració fa la prestació de forma directa (ICS), indirecta (concerts) i compartida (consorcis).

Així, doncs, es tracta d'un model teòric de mercat regulat. Però el que realment tenim, des d'un principi, és un mercat relacional on qui realment determina l'oferta són els proveïdors de serveis, mitjançant les patronals del sector, els grans centres assistencials i els col·legis de metges, a través de la major o menor capacitat de "relació" de cadascun amb l'Administració, a part del "pes" de les diverses administracions locals respecte la Generalitat.

La diversificació de proveïdors a Catalunya, aprofitant la "situació històrica" heretada del sistema de Seguretat Social, va portar a contraposar el "monopoli de l'ICS" a la competència entre diversos proveïdors, però el cert és que s'ha acabat amb un "oligopoli territorial" de diferents entitats privades i/o públiques amb implantació comarcal en exclusiva (Sagessa, al Camp de Tarragona; Mútua de Terrassa, al Vallès Occidental; la Fundació de l'Hospital de Palamós, a l'Alt Empordà; etc.).

Ara tenim la proposta de desmembrament de l'ICS, i es vol tornar a la idea primera de la competència entre proveïdors, ja que el sector concertat considera que l'ICS, com a entitat pública, fa competència deslleial a la resta de proveïdors. Aquest criteri ha estat acceptat ara pel govern de la Generalitat, i desvirtua de forma flagrant el concepte d'una sanitat cent per cent pública, universal i de qualitat.

Els mecanismes de relació d'aquest "no-mercat" han estat, com s'ha dit, la relació discrecional "a dos" mitjançant instruments com ara:

- Clàusules de suport econòmic a l'explotació (subvencions encobertes a fons perdut per eixugar dèficits o fer inversions).
- Compra d'activitat de llistes d'espera (*peonades* de tarda).
- Concursos de gestió i prestació de serveis (EBA, proves complementàries, amb postulants únics per territori).
- Preus negociats de l'activitat contractada als hospitals.
- Pagament a una tarifa molt reduïda de l'activitat atesa per damunt de les previsions.
- Programes d'especial interès per al Departament, de concessió discrecional.
- Ocultació dels costos de recerca i formació universitària sense finançament específic.
- Signatura de les clàusules econòmiques anuals prop de tancar-se l'any, inclòs el volum d'activitat "comprada", és a dir, quan pràcticament ja s'ha realitzat i, per tant, pot ser que ja sigui previsible que es contracti una quantitat d'activitat inferior a la que, de segur, es farà.

El resultat és el notori desequilibri que hi ha en el que cobren uns hospitals i els altres, de què se'n deriven desequilibris importants en l'objectiu d'equitat. No hi ha una comptabilitat de costos mínimament suficient, però si s'aplica el finançament rebut per diverses vies, resulta que, en el corresponent a un mateix procés, les diferències entre centres poden ser, en no pocs procediments, molt superiors al 300 %.

Problemes que cal afrontar

Calen reformes estructurals efectives per superar problemes crònics que s'han anat agreujant.

De l'ampli camp d'accions possibles, només ens referirem a quatre àmbits de reformes sistèmiques:

1 / L'ordenació, govern i jerarquització de responsabilitats sanitàries institucionals inter i intra territoris:
   - Cal un Servei Nacional de Salut que, en lloc de ser un mer ens comprador-regatejador, com ho és ara el Servei Català de la Salut, disposi d'uns ens actius i responsables a l'hora d'assegurar els principis d'universalització, equitat i superació de desequilibris territorials, socials i de gènere.

- Cal un model sanitari català que no estigui basat en regles mercantils, sinó en el finançament i la gestió cent per cent públiques, la concreció de responsabilitats i compromisos a curt i a llarg termini sota els principis de simplificació, racionalització, descentralització i estabilitat pressupostària.

2 / Les relacions entre entitats i centres a escala nacional i en cada territori: Ens és indispensable una atenció primària i comunitària que, amb més autonomia de gestió dels seus equips, lideri amb força i cohesió la concepció integral i integrada i la sectorització territorial, indispensables també per a l'eficàcia, l'eficiència i la participació comunitària en el sistema. Cal capgirar l'actual "hospitalocentrisme".

3 / Els models per al control públic de la gestió econòmica i de l'execució de les polítiques de salut, pel que fa als resultats i a l'ètica aplicada en la pràctica concreta.

4 / Finançament:

- Cal modificar les polítiques fiscals del país per tal d'aconseguir eliminar el frau fiscal i augmentar les gravacions a les rendes més altes.
- Cal prioritzar el finançament dels serveis públics (educació, sanitat, transport, serveis socials, etc.) en els pressupostos nacionals, per augmentar el percentatge del PIB que s'hi inverteix.

XI

EL SISTEMA DE SALUT DEL CANADÀ: TRENTA ANYS DE MEDICINA PRIVADA IL·LEGAL

Carles Muntaner · Ritika Goel · Maria Páez

En els darrers anys, el sistema de salut dels canadencs està patint nombrosos atacs: en els mitjans de comunicació nord-americans, es fan declaracions enganyoses tipus «el Canadà posa un buròcrata del govern entre vostè i el seu metge».

Durant la campanya electoral, el president Obama va suggerir que establiria un sistema de salut accessible a tots els nord-americans, incloent-hi els més de 50 milions que no tenen assegurança. La retòrica va mobilitzar amb èxit molts partidaris d'un sistema de salut universal, però el cert és que, cinc anys després, els EUA continuen sent l'única nació industrialitzada que té un sistema basat principalment en l'assegurança de salut privada. L'anomenat «Obamacare» potser reduirà el nombre de persones sense accés a serveis de salut, però en deixarà milions sense metge. El debat mai no va tenir sobre la taula el sistema de pagador únic, i l'única llum d'esperança —una «opció pública»— va ser derrotada ràpidament a causa de la influència de les companyies d'assegurances privades en el procés polític. El nou sistema requereix que tothom accepti una dicotomia (comprar una assegurança privada o pagar una multa) que funcionarà força bé per a la indústria d'assegurances de salut, però no tant per al poble nord-americà. Aquest és un tema important per a Catalunya i per a Espanya, perquè tard o d'hora s'hi plantejarà l'opció americana o la canadenca.

La burocràcia del sistema basat en assegurances privades, que nega regularment l'accés a l'atenció i el pagament de prestacions mèdiques, ha provocat que l'atenció de salut sigui la causa principal de la fallida als EUA.[1] La relació entre les empreses d'assegurances i els seus metges és impossible perquè és il·legal. Medicare, el sistema de salut finançat amb fons públics del Canadà, cobreix tots els ciutadans i és molt menys costós que el sistema dels EUA, el sistema de salut més car de tots els països industrialitzats.

L'any 2011, el Canadà va gastar al voltant de l'11,2 % del PIB en sanitat (incloent-hi la privada i la despesa pública). Es mantenia estable —al voltant del 10-11 %— en l'última dècada, i molt lluny del 17,7 % dels EUA.[2] Malgrat aquesta despesa extra, els EUA no aconsegueixen resultats millors. Segons l'OCDE, el 2011 l'esperança de vida als 65 anys als EUA es va situar de mitjana als 17,8 anys, en el cas dels homes, i als 20,4 en el de les dones. Mentrestant, al Canadà, se situava en els 18,5 anys, en els homes, i en 21,6, en les dones. De la mateixa manera, la taxa de mortalitat infantil al Canadà el 2011 va ser de 4,9 criatures per cada mil nascudes vives, mentre que als EUA es va arribar al 6,1. Evidentment, aquests resultats es veuen afectats pels determinants socials de la salut —en què els EUA també van tard—, donades les altes taxes de desigualtat d'ingressos i els pocs programes socials que s'hi poden trobar.

Un dels factors que expliquen que la despesa total en salut del sistema canadenc sigui inferior a la d'altres països —com ara la dels EUA—, és que administrativament és un sistema extremament eficient. Mentre que, aproximadament, 31 centaus de cada dòlar gastat en l'atenció sanitària als EUA va a parar a les despeses administratives, en els plans administrats públicament al Canadà aquesta xifra és de només 1,3 centaus de dòlar.[3] Generalment, aquesta eficiència administrativa es deu al fet d'haver-hi un sol pagador: d'aquesta manera s'eviten les múltiples factures que genera el sistema d'assegurança privada, així com també la feina administrativa de l'asseguradora que té l'objectiu de negar les reclamacions dels pacients.

1 Himmelstein, D; Thorne, D; Warren, E; Woolhandler, S. Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study. *American Journal of Medicine*, 122, 8 (Agost de 2009), p. 741-746.
També disponible en línia a: http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(09)00404-5/abstract

2 Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2013: OECD indicators. *OECD Publishing*, 2013.
També disponible en línia a: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en

3 Woolhandler, S; Campbell, T; Himmelstein, D. Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. *NEJM*, vol. 349 (21 d'agost de 2003), p. 768-75.

El Medicare canadenc va començar a la província de Saskatchewan, on van introduir la primera assegurança d'hospital públic l'any 1947, i ara és una xarxa de tretze sistemes provincials i territorials que treballen majoritàriament de forma independent. El seu origen el trobem en un partit, el Co-operative Commonwealth Federation (CCF), que sortint de la Gran Depressió va aglutinar forces sindicals i d'agricultors. Tommy Douglas, el seu líder i fundador del New Democratic Party (NDP) —avui a l'oposició—, va ser l'arquitecte de Medicare. Cal recordar que, en una votació feta en un programa de televisió, els canadencs l'han considerat el compatriota més important de la història del país, cosa que no deixa de ser irònica en un país veí dels EUA, quan Douglas es declarava a si mateix «socialista». La lluita de Tommy Douglas a Saskatchewan li va comportar durs enfrontaments amb el metges de la província, que es van declarar en vaga i fins i tot li van fer perdre el seu lloc de *premier*. Malgrat tot, Douglas va acabar establint Medicare, i els Liberals —un partit de centre—, van acabar estenent-lo a tot el país. No cal dir que els metges se'n van beneficiar molt, amb sous altíssims, molta autonomia, poca competència i cap ingerència de companyies d'assegurances o de funcionaris. Per això no sorprèn gens que ben pocs metges marxin als EUA, encara que allà els paguin una mica més.

Establerta l'any 1984, la Llei de Salut del Canadà defineix el sistema públic com aquell que ha de cobrir els tractaments «mèdicament necessaris» d'hospital, el metge i els serveis quirúrgics dentals. Per tant, no inclou de forma universal medicaments, serveis de rehabilitació, serveis dentals ni oftalmològics.[4] A la pràctica, això vol dir que la medicina privada (amb intenció d'enriquir-se oferint preus més elevats que els del sector públic) és il·legal. Fora de la cirurgia plàstica, de l'esport i algunes altres varietats de *«boutique»*, aquí la medicina amb afany de lucre està àmpliament criminalitzada. Poden accedir a aquests serveis els «assegurats», terme que es refereix als ciutadans i residents permanents, però que, per desgràcia, no inclou les persones sense estatus migratori complet encara que resideixin al país.

Tant a escala provincial com federal, el sistema es finança amb fons públics a través d'impostos que, en general, són lliurats de forma privada a través d'hospitals sense ànim de lucre. Normalment, els metges facturen al pla d'assegurança de salut provincial o territorial (l'únic pagador), sense haver d'obtenir l'aprovació prèvia dels tractaments que estimin necessaris,

4 Health Canada. *Canada Health Act Annual Report 2010-2011,* 2013 (14 desembre de 2013). També disponible en línia a: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/2011-cha-lcs-ar-ra/index-eng.php

i sense haver de preocupar-se de possibles reclamacions posteriors per part de funcionaris o empreses d'assegurances. Els proveïdors de salut dels hospitals o dels consultoris d'atenció primària són sobretot assalariats. El Canadà té «cobertura total» per als seus serveis mèdics necessaris, cosa que significa que no hi ha copagament, coassegurança o deduïble per accedir a un metge, a un hospital o a un medicament necessari.

La Llei de Salut del Canadà estableix cinc principis en què es fonamenta el sistema:

1 / L'Administració pública és el pagador únic: el pla és administrat pel govern.
2 / Integralitat: el pla és integral, cobreix tot l'hospital, medicaments necessaris i els serveis del metge.
3 / Universalitat: el pla s'aplica a tots els assegurats de manera uniforme, sense excepció.
4 / Portabilitat: el pla s'aplica a tot el país, i es pot traslladar d'una província a una altra.
5 / Accessibilitat: el pla ha de ser accessible a tots els assegurats des de tots els punts de vista (geogràfic, econòmic, etc.).

Mentre que els serveis mèdics i hospitalaris són totalment finançats amb fons públics, medicaments, serveis odontològics, oftalmològics i alguns altres serveis de salut no estan coberts per la Llei. Aquests serveis, es poden pagar de forma privada, ja sigui de la pròpia butxaca o a través d'assegurança privada. Per tant, pel que fa a la despesa total en salut, cal tenir en compte que el sistema canadenc es finança públicament en un 71 % —a través dels impostos federals i provincials. La resta prové de la pròpia butxaca (15 %) i de les assegurances privades (13 %), tal com indica l'OECD. Això no és pas tan diferent del que passa a d'altres països rics, i s'explica, sobretot, pel cost dels medicaments. Tots els serveis hospitalaris i metges són finançats públicament, i els professionals mèdics tenen prohibit facturar de forma privada per aquests mateixos serveis. De fet, els metges poden triar: tenen l'opció totalment pública o la totalment privada, però no els és permès de fer doble immersió. Gairebé tots els metges trien la primera opció.

Això situa el sistema canadenc a banda del d'altres nacions industrialitzades, que poden tenir opcions per als rics o certs serveis «complementaris» amb la compra d'una assegurança privada, cosa que comporta un possible deteriorament del sistema públic. Per això és tan important, de cara a aconseguir la igualtat, que l'estat sigui l'únic pagador dels metges i que els serveis públics no es puguin oferir a un preu més elevat dins d'un mercat privat. L'altre problema d'un sistema de dos nivells és que el privat esgotaria els recursos humans de salut, que són finits: la contractació privada esgota els recursos del sistema públic. Només es tracta, per tant, de basar-se en la necessitat, més

que no pas en la capacitat de pagament, per tal de no perjudicar les classes treballadores davant les classes mitjanes, altes i les capitalistes. D'altra banda, hi ha molts països que tenen una proporció de finançament públic més gran que la del Canadà, ja que el seu pla públic inclou medicaments, serveis dentals i de visió, etc. per a tota la població. Ara, molts canadencs estan demanant un programa Pharmacare nacional que formi part de Medicare.

Malgrat que a la Llei de Salut del Canadà no s'inclouen, les diverses províncies i territoris canadencs tenen diferents graus de cobertura a determinades poblacions i/o determinats serveis. En aquesta matèria no hi ha una coordinació central. Per exemple, el pla d'Assegurança Sanitària d'Ontario (OHIP) cobreix els serveis mèdics i hospitalaris mèdicament necessaris, així com exàmens de la vista anuals per als menors de 20 anys, majors de 65 i les persones amb certes condicions mèdiques, i també cobreix parcialment les visites al podòleg. Per altra banda, Ontario té un pla de medicaments públic (Programa de Beneficis de Medicaments d'Ontario), que cobreix els medicaments per als majors de 65 anys i els de les persones que es troben en règim d'ajuda social (pobresa) o pateixen una discapacitat (estem parlant, aproximadament, del 23 % de la població). A través de diversos programes, també estan cobertes l'emergència odontològica i l'atenció dental preventiva per als nens, i alguns serveis dentals bàsics per a les persones amb discapacitats. A més, a Ontario, les persones que reben assistència social (pobres) o que són majors de 65 anys poden accedir als serveis de fisioteràpia de certes clíniques, finançats totalment per l'OHIP.[5]

El sistema canadenc no és perfecte, perquè no paga serveis que es podrien incloure en el pla públic —com ara els medicaments, l'odontologia, o l'oftalmologia— i deixa fora les persones que resideixen al país que no tenen estatus migratori complet. El cert és que la base existent es podria ampliar per incloure aquests serveis i aquestes persones. Any rere any, enquesta rere enquesta, més del 80 % dels canadencs diuen que estan molt satisfets amb els principis bàsics del sistema tal com és. D'altra banda, consideren que han de sostenir els seus sistemes social i de salut universal amb orgull com una representació de l'equitat i la solidaritat del país. Així, tot i que l'agressió dels mitjans de comunicació privats al sistema és constant, la població n'està raonablement satisfeta. Val a dir que els problemes greus, com llistes d'espera massa llargues, han estat gairebé solucionats per a les malalties més greus, com ara el càncer. I com dèiem més amunt, els metges també defensen Medicare, perquè tenen els sous alts, una autonomia extraordinària i la qualitat de l'assistència per al pacient és bona.

---

5 Ontario Ministry of Health and Long Term Care. *Understanding Health* Care in Ontario. Web Ontario Ministry of Health: http://www.health.gov.on.ca/en/ministry/hc_system/

Però, com ja hem comentat, els inicis del sistema no van ser gens fàcils. Els metges, amb el suport de les companyies d'assegurances de la província, es van negar a prestar els seus serveis als ciutadans durant dos llargs mesos, i molts fins i tot van marxar de Saskatchewan en considerar-la una província comunista. Això succeïa en plena Guerra Freda. Tommy Douglas, que llavors era el primer ministre de Saskatchewan —i anomenat sovint «Pare de Medicare»— va aconseguir portar metges d'Anglaterra, el primer país a establir un Sistema Nacional de Salut (NHS). Aquesta situació es donava paral·lelament a Veneçuela,[6] on el govern mirava d'implementar un sistema de salut finançat amb fons públics per arribar a la majoria de la classe obrera, i es veia obligat a portar-hi metges cubans a causa del boicot dels veneçolans.

En el sistema capitalista de països industrialitzats, la classe mitjana és, en darrera instància, la classe que s'ha beneficiat més d'un sistema de salut universal. Molts dels països liberals, solien tenir una provisió per als qui viuen en la pobresa extrema, però potser no la tenien per a la classe mitjana, com és encara el cas dels EUA. L'expansió d'un sistema d'atenció de salut per a totes les persones d'un país s'ha demostrat que no només és el més just socialment, sinó que també és el més eficient administrativament. Però per guanyar-se les classes mitjanes ha de ser un sistema de qualitat: tant a Escandinàvia com al Canadà, l'estratègia ha funcionat per tal d'establir un suport polític sòlid al programa.

L'aspecte ideològic de justícia social és, a més, fonamental. La infraestructura necessària per a l'atenció sanitària requereix que els nostres recursos s'utilitzin d'una manera progressiva (a través dels impostos) i que l'ús d'aquests fons serveixi per tenir cura els uns dels altres per tal de reduir les desigualtats socials que es creen a altres llocs. No s'han de tolerar discussions «econòmiques» que justifiquen o obren la porta a la no equitat en accés i ús: com ara qui és i qui no és elegible per a aquest o aquell altre servei, o buscar raons per negar la cobertura per tal d'estalviar diners… El que cal és proporcionar atenció a tot el qui ho necessiti. Un sistema basat en assegurances privades de salut fa que la cura de la salut sigui una mercaderia i que obeeixi les regles del mercat, en lloc de les necessitats de la població. La injecció de l'afany de lucre en la prestació de serveis de salut significa que les institucions de salut se centren fonamentalment a generar rendibilitat per als inversors (per obligació legal!) i no en la prestació d'atenció, una pràctica que s'ha demostrat, una vegada darrera l'altra, que afecta negativament els pacients.

6 Muntaner, C.; Chung, H.; Mahmood, Q.; Armada, F. *History Is Not Over. The Bolivarian Revolution, Barrio Adentro and Health Care in Venezuela*. A T. Ponniah and J. Eastwood The Revolution in Venezuela. Harvard: HUP, 2011, p. 225-256.

No és casualitat que Tommy Douglas, un ministre baptista, sigui considerat un home profundament moral: de fet, la prestació de serveis mèdics és, sobretot, un tema de caràcter ideològic que es basa en la visió d'una societat igualitària. Els països s'han de preguntar si creuen que la salut té un preu o si la salut i l'accés als serveis són qüestions fonamentals de justícia social. Com ha dit la historiadora Beatrix Hoffman, l'establiment d'un sistema de salut universal sempre s'enfrontarà a «la implacable oposició dels interessos mèdics, industrials i d'assegurances que s'oposen als sistemes de sanitat igualitaris per tal de complaure els seus interessos de classe en lloc de buscar el suport de la població de classe treballadora.» No obstant, això no pot fer renunciar a la lluita. Tommy Douglas no va cedir als interessos privats i ha deixat als ciutadans del Canadà un sistema que encara s'aixeca davant les pressions de les companyies d'assegurances, de la indústria farmacèutica i les d'altres interessos privats.

Al contrari del que passa a Catalunya i a Espanya,[7] al Canadà enriquir-se amb la medicina és un crim. És hora de tenir valor polític i prendre les mesures necesàries per establir un sistema de pagador únic també al nostre país.

7 Muntaner, C. *La veritat sobre les retallades en salut*. Xerrada a la Biblioteca del Poblenou organitzada per l'Assemblea Social de Poblenou (15/11/2011). També disponible en línia a: http://www.youtube.com/watch?v=rCRBrk-5JvA

PRÒLEG
INTRODUCCIÓ
SALUT
I SOCIETAT
CONSEQÜÈNCIES
DE L'AGENDA
NEOLIBERAL
EXISTEIXEN
ALTERNATIVES
PRESENT
I FUTUR
EPÍLEG

XII

SÍNTESI DE L'EXPERIÈNCIA EN SALUT DE LA REVOLUCIÓ VENEÇOLANA

Óscar Feo

La situació de la salut a Veneçuela abans del triomf electoral d'Hugo Chávez el desembre de 1998 tenia tres característiques fonamentals:

1 / L'aplicació de les polítiques neoliberals segons el model imposat pels organismes financers multilaterals (FMI, Banc Mundial), que conduïen inexorablement a la privatització de la salut. Al final del 1998, abans del triomf de Chávez, s'havia aprovat una llei de salut elaborada segons el model colombià de mercat, que sota la concepció de separació de funcions i la introducció d'administradores de fons, consolidava la proposta neoliberal de convertir la salut en una "mercaderia", en un un espai per a l'acumulació de capital, el lucre i els negocis.

2 / El sistema de salut estava fragmentat, amb un ministeri molt dèbil i amb poca capacitat resolutiva, amb molts sectors de població exclosos i sense accés a serveis de salut, i amb una concepció molt medicalitzada i centrada en el guariment de la malaltia, més que no pas en la promoció de la salut.

3 / No cal dir que això generava un gran deute social i un marcat descontentament i insatisfacció a la població, situació que expressava l'esgotament del model polític i sanitari vigent.

Quan Chávez va assumir la presidència, el gener de 1999, s'inicia un procés de transformació social que es coneix amb el nom de «revolució bolivariana» i que ha anat evolucionant progressivament, des de propostes bàsicament nacionalistes i de rescat de la sobirania nacional, fins a arribar a plantejaments de clar contingut antiimperialista i de construcció d'un nou model de socialisme.

En salut, aquest procés va començar amb la designació com a ministre de salut d'un reconegut metge revolucionari i socialista: el Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa, la primera mesura del qual va ser la suspensió de l'aplicació de les polítiques neoliberals per tal d'aturar la privatització del sector salut, i l'eliminació dels cobraments als hospitals i centres de salut. El govern nacional va assumir la salut com a prioritat nacional i va iniciar la reconstrucció del sistema sanitari, que, en aquests catorze anys, ha donat els grans progressos que resumim en els fets següents.

Nou marc constitucional

La primera gran consecució de la revolució va ser la convocatòria a un procés constituent (1999) per a la refundació del país. En aquell procés, que va ser àmpliament participatiu i va permetre l'elaboració d'una nova constitució, la salut es defineix com un dret humà i social fonamental que forma part del dret a la vida i que ha de ser garantit per l'Estat en forma universal i gratuïta, a través de la construcció d'un sistema públic nacional de salut, sota els principis rectors de la universalitat, solidaritat, unitat, integralitat, intersectorialitat, i que ha de ser de caràcter descentralitzat i participatiu.[1]

Immediatament després de la nova constitució, el Ministeri de Salut defineix polítiques i un pla estratègic social, de caràcter integral i intersectorial, centrat en un model d'atenció integral i de promoció de la vida i la salut. S'impulsa l'elaboració d'una nova llei de salut i la creació del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) previst a la Constitució, malgrat que apareixen serioses resistències, tant per a la llei de salut com per a la integració dels hospitals i institucions de la "seguretat social". És per això que, més que construir un sistema únic i integrat, en una primera etapa s'assumeix la coordinació dels diversos ens existents, i s'inicia la creació de l'SPNS a partir del Ministeri de Salut, amb la idea d'anar estenent-lo progressivament a tota la població. Un dels deutes que encara té la revolució en salut és l'aprovació d'una nova llei de salut que expressi les noves concepcions existents i defineixi clarament la nova organització del sector.

1 Articles 83, 84 i 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

La nova institucionalitat i Barrio Adentro

Un dels progressos més importants de la revolució va ser la creació de Barrio Adentro, l'any 2002, com a mecanisme per enfortir el primer nivell d'atenció i eliminar les barreres d'accés existents. Es van crear prop de deu mil Consultorios Populares, que van permetre incloure en el sistema de salut més de 10 milions de persones de comunitats urbanes marginals i rurals disperses que no tenien accés a la salut. Per al desenvolupament d'aquest model es va comptar amb la solidària col·laboració de Cuba i la seva missió mèdica internacionalista, que va garantir els professionals necessaris per al desenvolupament d'aquest nou model d'atenció.

A partir de l'èxit de Barrio Adentro i els Consultorios Populares, es va anar desenvolupant el nou sistema de salut, que va anar creixent en complexitat i capacitat resolutiva i va substituir el vell model piramidal de "nivells d'atenció" pel de xarxes concèntriques i interconnectades. S'inicia el desenvolupament d'una xarxa de centres de diagnòstic especialitzats, per la qual cosa es van crear més de mil centres de diagnòstic integral i de rehabilitació, que van formar el que es va anomenar «Barrio Adentro II», una xarxa ambulatòria especialitzada.

Així mateix, una de les tasques més complexes i en què fins avui està entestat el govern és la recuperació de la infraestructura hospitalària i la creació de centres altament especialitzats. Un èxit notable ha estat la creació de l'Hospital Cardiológico Infantil, que no només presta serveis a la població veneçolana, sinó que s'ha concebut amb caràcter llatinoamericà. No obstant, és necessari reconèixer de manera autocrítica que, malgrat la gran prioritat i inversió concedides a la salut, hi va haver un període fosc (2007-2010) en què el Ministeri de Salut va ser conduït sense la probitat i l'experiència necessàries, cosa que va originar dificultats i retards importants, particularment amb relació a la recuperació dels hospitals. Cal assenyalar de manera molt crítica que amb criteris improvisats —i en molts casos amb significatives sospites de corrupció—, en molts hospitals es van iniciar obres d'infraestructura que mai no es van acabar i que han deteriorat la capacitat d'aquests centres per donar resposta a les demandes creixents de la població.

Un nou horitzó per a la formació de professionals per a la salut

Un altre fet notable i de gran transcendència ha estat el desenvolupament d'una nova política per a la formació de professionals i tècnics de les diferents branques de la salut. A partir de l'any 2006, es planteja la creació de la carrera de medicina integral comunitària (MIC), que s'inicia amb més de vint mil estudiants, dels quals ja s'han diplomat més de catorze mil: aquests metges integrals comunitaris constitueixen la columna vertebral del nou sistema de salut.

Aquest nou model de formació trenca amb el vell paradigma de la formació elitista, fragmentada, mercantilitzada, i centrada en la malaltia i els hospitals, per donar pas a un model massiu, inclusiu, integral, profundament humanista i solidari, al servei de la comunitat.

Paral·lelament, es va crear l'especialització de medicina general integral (MGI), amb més de tres mil diplomats, metges especialistes incorporats a les clíniques populars i centres de diagnòstic. A més, es crea la versió veneçolana de l'Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) per formar metges per a tot el continent, que ja va diplomar el seu primer contingent de més de tres-cents metges per a la regió. Recentment, en reunió cimera de presidents de l'Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA) es va aprovar la creació de la Universidad de la Salud del ALBA per formar professionals i tècnics per a la salut de tota la regió.

La carrera de medicina integral comunitària i el postgrau de medicina general integral són expressió d'un model educatiu que obre nous horitzons a l'educació mèdica, trenca amb el paradigma dominant centrat en la malaltia, tancat en aules i hospitals, que està mancat d'una visió integral i fragmenta el cos humà en múltiples especialitats, i que estimula els professionals per a la pràctica privada marcada per una perspectiva mercantilitzada de la medicina.

Per contra, els estudiants de la MIC han estat formats en un model obert que fa de la comunitat i els establiments de la salut els espais fonamentals de l'aprenentatge, que veu els homes i les dones d'una manera integral, i que està profundament infós d'una perspectiva humana i solidària, dirigida a resoldre els problemes de salut del poble. El quadre següent expressa aquests dos models educatius contraposats:

MODEL DOMINANT	MODEL ALTERNATIU
ELITISTA	MASSIU
TANCAT EN AULES I HOSPITALS	OBERT A LA COMUNITAT
FRAGMENTAT, ÈMFASI EN ÚS DE TECNOLOGIA	INTEGRAL
PER A LA PRÀCTICA PRIVADA	PER A L'SPNS, PER AL POBLE
MERCANTIL	HUMÀ I SOLIDARI

Intersectorialitat i algunes xifres

La Constitució de 1999 prioritza la promoció de la salut i la participació social, i estableix el caràcter intersectorial de les polítiques públiques, en vincular salut amb qualitat de vida, benestar col·lectiu i accés a serveis. El govern dóna prioritat a polítiques dirigides a millorar la qualitat de la vida i actuar sobre els determinants socials de la salut. Aquests programes socials, anomenats «misiones», inclouen educació, habitatge, ambient, alimentació, treball, cultura, esport i participació de la comunitat, i han aconseguit una millora substancial de la capacitat adquisitiva i la qualitat de vida, com a element fonamental per tenir una comunitat més sana. La intersectorialitat no es dóna des del sector salut, sinó des de la integralitat de les polítiques socials.

Com a resultats, els indicadors econòmics i socials permeten assenyalar que Veneçuela és un dels pocs països que assolirà els Objetius de Desenvolupament del Mil·lenni, gràcies a una política social integral que eleva la qualitat de la vida, com podem veure en els indicadors següents:

Coeficient de Gini	0,486 (1998)	0.390 (2011)
Taxa de desocupació	10,6 % (1999)	5,9 % (2012)
Llars en situació de pobresa	38,5 % (cens 1990)	16,3 % (cens 2011)
Nombre de pensionistes	944.474 (2006)	2.476.306 (2012)
Desnutrició infantil – 5 anys	7,7 % (1990)	2,9 % (2011)
Mortalitat infantil x 1.000 nv	25,7 (1990)	13,9 (2010)

Font: Instituto Nacional de Estadística. República Bolivariana de Veneçuela. Política Social del Gobierno Bolivariano y principales logros. Febrer 2013. Disponible en línia a: www.ine.gov.ve

La fragmentació i els subsidis, del públic al privat

El sistema de salut veneçolà continua sent molt fragmentat: s'hi combinen i hi coexisteixen diversos models de prestació de serveis amb finançament públic, que poden resumir-se en tres grans tipus:

1 / Per una banda, els establiments públics del Ministeri de Salut, que des de Barrio Adentro o la xarxa ambulatòria i hospitalària tradicional ofereixen serveis gratuïts a la població.

2 / Els establiments de l'Instituto Venezolano de Seguros Sociales (IVSS), que formen una xarxa autònoma a escala nacional, bàsicament d'hospitals. Per bé que s'ha obert aquesta xarxa assistencial i avui até tota la població sense restriccions, té comandaments de direcció diferents als del Ministeri de Salut.

3 / Existeixen múltiples organismes de l'Estat que presten serveis de salut als seus propis treballadors, sigui per la via de comptar amb els seus propis establiments d'atenció —com és el cas dels mestres (IPASME), militars (Sanidad Militar) o treballadors petroliers (PDVSA), que en molts casos combinen la prestació directa amb la contractació de serveis a clíniques privades—, o per la via de contractar pòlisses d'assegurança que acaben en l'atenció al sector privat. S'estima que existeixen un centenar d'aquest tipus de "models d'atenció", que des d'empreses públiques, ministeris, governacions i alcaldies constitueixen un drenatge de fons públics cap al sector privat.

Sens dubte, transformar el sector salut per col·locar-lo al servei dels interessos de la població és una tasca complexa que afronta grans obstacles, sobretot en èpoques com l'actual, en què la salut s'ha convertit en un motor clau de l'economia. No podem oblidar que, a escala mundial, el complex metge-industrial-financer, del qual formen part la indústria farmacèutica, la de la tecnologia mèdica, el complex assegurador i la prestació privada de serveis, és el segon sector en guanys de l'economia. El seu poder és enorme: controla i finança per diverses vies moltes associacions de professionals, organitzacions de pacients, revistes científiques, associacions gremials, i tot per convertir-les en instruments dels seus interessos econòmics. Influeix en els governs i en els òrgans legislatius. El nombre de *lobistes* del complex metge-industrial supera amb escreix el de la resta dels sectors de l'economia.

La salut s'ha convertit en un espai fonamental per a l'acumulació i reproducció del capital i per al lucre i el guany. I a Veneçuela hem après que quan aquests interessos econòmics i polítiques privatitzadores no aconsegueixen entrar per la porta gran —com han fet en països com Xile i Colòmbia—, ho fan pels intersticis, es colen en les polítiques públiques i s'aprofiten de les debilitats dels sistemes de salut. Això han fet a Veneçuela, on, apesaradament, hem d'admetre —com hem fet— que l'Estat veneçolà ha anat invertint una gran quantitat de fons públics que acaben finançant la indústria asseguradora i la prestació privada de serveis. S'estima que la quantitat de diners que inverteix l'Estat per comprar pòlisses d'assegurança de salut als seus treballadors i finançar serveis en clíniques privades és gairebé similar al pressupost del Ministeri de Salut!

Una de les prioritats del govern és superar aquesta situació, poder eliminar aquestes pòlisses privades i enfortir els establiments públics perquè assumeixin la prestació de serveis als funcionaris públics. Sens dubte, un dels reptes pendents del govern veneçolà és superar aquesta fragmentació, eliminar

els subsidis al sector privat i garantir una atenció adequada, amb qualitat i pertinència, cosa que es pretén fer a través de la consolidació de Barrio Adentro com a model bàsic d'atenció a la salut de la població veneçolana.

La integralitat

El gran eix del nou sistema de salut és la integralitat, concebuda com la combinació dels enfocaments de dret, determinació, gènere i interculturalitat amb les estratègies promocionals de la qualitat de vida i salut, unides a les de prevenció, guariment i rehabilitació, que es realitzen al llarg de tot el cicle vital i en els diversos espais de la vida social. I tot això donant èmfasi no només a l'atenció individual com fa la pràctica tradicional, sinó també en les accions d'àmbit familiar, comunitari i dels espais productius, per tal de garantir l'atenció integral a la salut del poble veneçolà.

La violència

Un tema que no podem oblidar és el de la violència com a problema de salut pública. Vivim en societats capitalistes, consumistes, profundament individualistes i competitives, en què la violència social és una de les expressions més descarnades de la injustícia. Els nivells de violència de la societat contemporània tenen un impacte notable sobre els serveis de salut. L'atenció a pacients traumatitzats per causa d'accidents de trànsit o ferits per armes de foc són extremament greus, i poden saturar i col·lapsar els serveis d'emergència, cosa que resta possibilitats d'atenció a les llargues llistes de pacients que esperen ser atesos als hospitals. Aquesta és una altra prioritat que s'assumeix des de la totalitat de l'Estat veneçolà a través de programes que miren de fer més segura la vida ciutadana.

Conclusió

El balanç és positiu, però queda molta feina per fer. Hi ha grans desafiaments, en els anys que vindran. Un dels fets més importants és que el país pot exhibir una millora notable de la salut de la població. Cal ressaltar que aquests èxits no s'aconsegueixen només a partir de l'acció del sector salut, sinó també —i sobretot— a partir del caràcter intersectorial de les polítiques públiques i de les polítiques destinades a redistribuir l'ingrés i la riquesa social, que han fet disminuir de manera substancial la pobresa i, per tant, han fet millorar la qualitat de la vida i la salut.

Queda pendent superar la fragmentació i consolidar la integralitat del sistema públic nacional de salut. Enfortir el nivell hospitalari i elevar-ne la capacitat resolutiva real i l'accés. Tenim el repte de fer que el treball en salut sigui part de la transformació de la societat en el seu conjunt.

El repte més important d'un país que pretén construir un nou model de societat, un nou model de desenvolupament i consum, que s'identifica amb el socialisme i el bon viure, és assumir que hem de transformar-nos a diversos nivells i dimensions de forma paral·lela. Assenyalem dues grans tasques: la transformació de l'Estat —d'un estat capitalista i explotador que deteriora l'ambient i la vida, cal passar a un estat solidari, que satisfà les necessitats de tothom en harmonia amb la natura—, i la nostra transformació, la dels veneçolans i veneçolanes, la de la nostra naturalesa humana plena d'antivalors: consumista i poc solidària.

Aquest és el repte que tenim al davant. Només així podrem anar realment cap a una nova societat. I ho hem de fer amb consciència que el que fem en el sector salut cal fer-ho bé, perquè ha de ser part de la construcció d'aquest nou estat i aquesta nova societat.

XII

EVOLUCIÓ DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUT CUBÀ

Tania Aguilar • Pastor Castell
Francisco Rojas • Silvia Martínez

El context nacional

Els fets assoleixen dimensió històrica quan s'analitzen en el seu context.[1] En aquest treball, el context adquireix rellevància, perquè s'hi examina un procés que s'origina i és part d'una revolució a què tot se sotmet i que està vinculada a un context mundial.

Afirmem que la pràctica mèdica està lligada a la transformació històrica del procés de producció econòmica, o dit d'altra manera, l'estructura econòmica determina el lloc i la forma d'articulació de la medicina en l'estructura social. La concepció de la medicina vindrà donada, per conseqüent, per les relacions que estableix amb les diferents "instàncies" que integren l'estructura.[2]

El Sistema Nacional de Salud de Cuba (SNS) és el resultat de profunds canvis polítics, econòmics i socials, radicals, de perfil socialista, és a dir,

1 Hobsbawn, E. *Sobre la historia*. Barcelona: Grijalbo Mondadori, 1998.

2 García, J.C. «La medicina y la estructura social». A: García, J.C.; Conti, L.; Foucault, N.; Navarro, V. (Ed.). *Medicina y sociedad*. Santo Domingo: Alfa y Omega, 1977, p. 11-21.

d'una revolució. El seu tret més característic és la total correspondència entre la nova formació econòmica social que va generar la revolució i el caràcter igualment socialista del sistema de salut.

La revolució succeeix en un país neocolonial, agrícola i monoexportador, cosa que va comportar un enfrontament violent amb l'oligarquia nacional, els polítics corruptes, el capital estranger i els governs d'altres països. La confrontació va arribar a les accions armades contra Cuba, al bloqueig econòmic, de les comunicacions i de les relacions científiques, artístiques i esportives. Contra això ha lluitat i vençut el poble cubà durant 55 anys, els mateixos que fa que va sorgir i es va desenvolupar el seu SNS.

Si definíssim amb paraules clau aquest període, el podríem anomenar «de resistència i victòries».

El Sistema Nacional de Salut de Cuba

Pel que fa a la salut, el primer programa que es va aplicar —l'any 1960— va tenir un gran simbolisme: es tracta de la creació del Servicio Médico Social Rural. I si parlem de simbolisme és perquè aquest servei va tenir la primera expressió en l'atenció que els metges revolucionaris van brindar a la població camperola als territoris que controlaven durant la guerra. Es va desenvolupar molt de pressa, i va arribar a donar cobertura completa a la població rural, que abans no en tenia cap. El model de servei va ser únic al món: la cobertura era àmplia, tenia presència de metges, era gratuït, incloïa l'entrega de medicaments… Contingut programàtic preventiu. Alta prioritat política, inserció intersectorial, especialment amb relació a la Reforma Agrària. Va ser l'inici reeixit del desenvolupament de l'atenció primària de salut (APS), divuit anys abans d'Alma-Ata.

El més important pel que fa al sistema de salut va ser la creació i consolidació del Sistema Nacional de Salut (únic), que agafa forma inicial amb la llei de salut pública de 1961 i acaba al final de la dècada amb l'extinció del mutualisme.[3,4] Aquest és el resultat més transcendent de la política de l'Estat en matèria de salut: la creació d'un sistema unificat planificat i dirigit de manera central, descentralitzat pel que fa a la gestió, de cobertura total, sense limitacions econòmiques, legals, ètniques, religioses o geogràfiques per a la població, amb participació

3 Torre Montejo, E. de la; López Pardo, C.; Márquez, M.; Gutiérrez Muñiz, J.A.; Rojas Ochoa, F. *Salud para todos si es posible*. L'Havana: Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social, 2005, p. 35-93.

4 CUBA. «Ley 959 de 1ro de agosto de 1961». *Gaceta Oficial Ordinaria* (3 d'agost de 1961).

social satisfactòria, econòmicament sostenible i obert al perfeccionament constant.[5,6]

Facultats per la llei esmentada abans, en una primera etapa es va decidir subordinar al Ministeri de Salut Pública els serveis estatals que eren autònoms o que depenien d'altres ministeris: serveis de governs provincials o municipals, de corporacions autònomes (com el Consejo Nacional de Tuberculosis, els Dispensarios Infantiles i molts d'altres), i també laboratoris farmacèutics i entitats subministradores d'equips i d'instrumental. Per altra banda, es va assumir la formació de tècnics mitjans. Anys més tard, s'hi van incloure les escoles de medicina i odontologia. D'aquesta manera, el sistema va arribar a cobrir l'univers d'ocupació dels serveis de salut i de qualsevol altra activitat del sector.

Ha estat una peculiaritat de l'organització estatal cubana que «els diferents sistemes institucionals d'aquest nou ordre es caracteritzaven pel predomini del sistema polític sobre els altres, la preeminència formal del Partit, l'Estat com a institució rectora de tots els sistemes, el disseny piramidal de totes les organitzacions, i l'alta centralització en la presa de decisions i els recursos.»[7]

D'aquests trets, s'han flexibilitzat, sense desaparèixer, la centralització en la presa de decisions i el maneig dels recursos.

El moment que marquem com a aquell en què acaba la construcció del sistema és quan els serveis (tots) i l'administració del mateix queden finançats en la seva totalitat pel pressupost estatal (1969). Tots els serveis són públics, de lliure accés per a la població, sense pagaments directes pel que s'hi rep. L'Estat assegura que el sistema sigui sostenible econòmicament mitjançant el pressupost que assigna a salut, xifra que sobrepuja els sis milions de pesos i que ha anat creixent regularment cada any. S'ha de tenir en compte que la indústria, el comerç i la major part de la producció agrícola del país és social, és a dir, estatal. Aquí radica la fortalesa econòmica del sistema, que rebutja la propietat privada dels mitjans de producció fonamentals.

El desenvolupament del sistema de salut va ser ràpid, tant en l'organització, en la diversitat de nous serveis i en el nombre de prestacions, com en la quantitat i qualitat dels recursos humans —que creixien de pressa—, i també en l'inici i expansió de la investigació científica —sobretot l'aplicada—, en la introducció

5 Delgado García, G. «Conferencias de Historia de la Administración de la Salud Pública en Cuba». *Cuadernos de Historia de la Salud Pública*, núm. 81. L'Havana: Editorial Ciencias Médicas, 1996, p. 1-133.

6 Navarro, V. «Health, health services and health planning in Cuba». *International Journal of Health Services,* vol. 2, núm. 3 (1972), p. 407-430.

7 Valdés Paz, J. «Cuba. La construcción del poder revolucionario (1959-1963)». *Temas,* núm. 55 (juliol-setembre 2008), p. 18-31.

i producció de noves tecnologies, així com en la pràctica de la col·laboració internacional en serveis de salut i en cas de desastres.[8] I tot això malgrat les importants limitacions econòmiques, amb moments de crisi profunda (1990-1994) i suportant les conseqüències del bloqueig esmentat.

El sistema creixia i es perfeccionava en un context de desenvolupament polític, econòmic i social:

- Es va aprovar i aplicar una nova Constitució de la República.
- Es van aprovar noves lleis de gran benefici popular: Reforma Agrària, reducció del cost del lloguer d'habitatges, subsidi als aliments de la canastra bàsica, gratuïtat de l'educació (de primària a universitària).
- Plena ocupació aconseguida entre 1959 i 1970 (de 12,5 % a 1,3 % de població econòmicament activa desocupada).[9]
- Eradicació de l'analfabetisme, seguit per l'efectiva campanya pel 6è grau d'escolaritat, arribant fins al 9è grau per a tota la població.[10]
- Llei de Seguretat Social, amb cobertura a tota la població, en règim no contributiu, amb finançament estatal.[11]

En 55 anys, el sistema ha fet moltes coses, algunes de les quals són molt rellevants i, en conjunt, expliquen els canvis notables i ràpids, favorables, en la situació del país:

- Creació i desenvolupament del Servicio Médico Social Rural.
- Perfeccionament de l'Atención Primaria de Salud, passant per diferents models, que en reformes posteriors arriba al del Médico y Enfermera de Familia.
- Control de malalties transmissibles, incloent l'eradicació de la poliomielitis (1962), del paludisme (1967), la diftèria (1976), el tètan neonatal (1973), el xarampió (1994), la síndrome de rubèola congènita (1989), la meningoencefalitis per parotiditis (1989), el tètan, la tos ferina i la rubèola, que registren taxes inferiors a 0,01 x 100.000 hab. des de 1994.
- En tot l'anterior hi ha jugat un paper transcendental el Programa Nacional de Inmunizaciones, implantat l'any 1962, amb successives innovacions.
- Reducció de la mortalitat infantil, amb una taxa de 4,2 x 1.000 nascuts vius l'any 2013.

8 Torre Montejo, E. de la; López Pardo, C.; Márquez, M.; Gutiérrez Muñiz, J.A.; Rojas Ochoa, F. *Op. Cit.*, p. 239-289.

9 Rodríguez, J.L.; Carriazo Moreno, G. *Erradicación de la pobreza en Cuba*. L'Havana: Editorial de Ciencias Sociales, 1987, p. 33-34.

10 CEPAL. *Cuba: estilo de desarrollo y políticas sociales*. Mèxic, D.F.: Siglo XXI editores, 1980, p. 16.

11 Rodríguez, J.L.; Carriazo Moreno, G. *Op. Cit.*, p. 62-64.

- Desenvolupament dels sistemes d'informació estadística, fins a fer-los complets i de confiança.[12]
- Creació de sistemes de vigilància en salut d'àmplia cobertura.
- Progressos en salut sexual i reproductiva, inclosos l'educació sexual, l'avortament i l'aplicació de l'enfocament de gènere en assumptes de salut.
- La realització dels parts amb assistència professional en el 99 % d'aquests.
- La creació d'una xarxa nacional de serveis de neonatologia d'alta qualificació.
- La creació i desenvolupament, amb innovacions d'enfocament social, d'*hogares maternos*.
- El desenvolupament de noves especialitats assistencials i sanitàries que no existien abans del 1960: neonatologia, psiquiatria infantil, cirurgia cardíaca infantil, genètica clínica, cirurgia ortògnata i implantologia, rehabilitació i geriatria.
- Creació d'instituts d'investigació (1966), que han elevat la qualitat de l'atenció i han desenvolupat programes extensos de formació d'especialistes.
- La recerca d'independència tecnològica ha permès produir al país vacunes (profilàctiques i terapèutiques), medicaments, equips i entrades per als serveis de què no disposava abans el país: vacuna contra la meningitis meningocòccica i contra l'*Haemophilus influenzae,* vacunes terapèutiques contra el càncer, sistema de diagnòstic ultramicroanalític, equips per al diagnòstic neurològic, entre d'altres.

Promoció i prevenció

En les polítiques sanitàries desenvolupades en aquestes cinc dècades, les accions de promoció i les activitats preventives van ser pilars essencials per elevar el nivell de salut de la població. Els canvis socials, econòmics i culturals que van derivar de la voluntat política que prevalia, així com el caràcter integral del sistema de salut —un dels seus principis—, reforçat amb la participació social i comunitària, van contribuir a l'èxit per reduir riscos, malalties i danys en la població cubana.

Si es revisen les propostes consignades en la ja clàssica Carta d'Ottawa, s'entendrà el compromís adquirit pels nivells de govern a Cuba per complir amb els elements de la promoció de salut i el desenvolupament d'aquesta, fins i tot en etapes prèvies a l'emissió del reconegut document. Aquestes accions

12 Puffer, R. *Informe acerca de la calidad y cobertura de las estadísticas vitales y sobre estudios de mortalidad infantil en Cuba* [informe de consultor]. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1-8 de març de 1974.

nacionals van servir de plataforma per a l'execució del que epidemiològicament es denominen «programes contra danys». En reduir notablement les taxes de morbiditat i mortalitat que originaven els problemes de salut existents, els resultats assolits amb l'aplicació d'aquests programes fan que l'execució d'aquests resti com a eix conductor de la feina als serveis de salut d'àmbit local. L'experiència cubana en aquest sentit es pot generalitzar, independentment del context específic de cada país o territori.

Malgrat que l'eficàcia i efectivitat de les activitats de control incloses en els programes és inqüestionable, com també ho és la influència dels progressos econòmics socials en general, aquesta modificació dels nivells de salut de la població es va sustentar bàsicament en l'orientació epidemiològica del sistema de salut i la pràctica consegüent als serveis. Aquest enfocament s'ha de reactivar donada la situació epidemiològica nacional actual, que es caracteritza per un envelliment de la població accelerat, la disminució de la fecunditat, l'increment de la urbanització, l'afectació de les condicions higièniques i ambientals, i el predomini de malalties cròniques no transmissibles vinculades a la presència de factors de risc gairebé sempre controlables.[13] És cert que l'enfocament epidemiològic en els serveis de salut va contribuir a obtenir indicadors veritablement sorprenents, si els comparem amb la situació del context social i econòmic del país, però els fonaments que van construir les polítiques públiques, i especialment la qualitat científica del capital humà, van aportar una quota elevada en aquests èxits. Per impulsar les accions de promoció de salut i les activitats preventives en els serveis, també va ser necessària la presència d'una comunitat organitzada i conscienciada, i un sistema de salut amb accessibilitat total i finançament suficient.[14]

Es coneix que els canvis en els patrons d'emmalaltir i morir estan totalment relacionats amb els determinants i condicionants econòmics, socials, culturals i biològics. En aquest sentit, les polítiques públiques nacionals que va privilegiar l'educació, alimentació, habitatge i treball durant diverses dècades, van representar la plataforma de promoció de salut que requeria el sistema per tal de desenvolupar les seves estratègies —conjuntament amb l'avantatge de la gratuïtat i l'alta qualitat tècnica de promoció de salut—, reforçades amb el desenvolupament d'un sistema de salut amb serveis gratuïts i un nivell competitiu elevat del personal.

13 Hadad, J. «El sistema nacional de salud: evolución, evaluación, estrategias y estilos». Dins de: Fernández, E.; Castell-Florit, P. (Comp.) *Gerencia en Salud* (Tomo II). Facultad Salud Pública Cuba, 1998, p. 190.

14 Martínez Calvo, S. «La orientación epidemiológica del sistema de salud de Cuba». *Revista Brasileira de Epidemiología*, vol. 2, núm. 1 y 2 (1999).

Es va considerar que una de les eines per vincular la població amb aquestes accions promocionals i, especialment, propiciar consciència preventiva, fossin les estratègies educatives, en general, i l'educació per a la salut, en el cas concret del sector salut. Aprofitar els nivells elevats d'instrucció i preparació que havien obtingut els ciutadans va representar una oportunitat excel·lent per vincular les accions de promoció i les activitats de prevenció, entre el nivell macrosocial i econòmic i el sistema de salut. Aquestes activitats educatives bàsiques eren sobretot informatives: xerrades, audiències sanitàries, debats de salut, missatges i programes a la ràdio i, en les últimes dècades, es van incorporar programes de TV. Simultàniament, i dins del procés de conscienciació nacional, es capacitava els integrants dels organismes de masses i dels sindicats mitjançant cursos d'educació per a la salut. Posteriorment, aquest personal capacitat es transformava en divulgador espontani o voluntari de tot el que havia après, tant als centres laborals, a les escoles, o a les cases, com a la comunitat oberta.

Els resultats d'aquestes estratègies educatives no van trigar a arribar i, units al desenvolupament dels serveis de salut, es van aconseguir modificacions evidents dels perfils de morbiditat i mortalitat, bàsicament relacionats amb malalties transmissibles. Per exemple, els canvis derivats de l'aplicació del paradigmàtic Programa de Inmunizaciones són inqüestionables, i la influència que va tenir en el descens d'aquestes taxes de mortalitat ha estat gairebé decisiva; així es va assolir l'eliminació de la poliomielitis, el paludisme autòcton, el tètan neonatal, la diftèria, el xarampió i altres malalties prevenibles amb vacunació. En resum, la taxa de mortalitat per malalties infeccioses i parasitàries va baixar de 45,4 x 100.000, l'any 1970, a 8,8 x 100.000, l'any 2012.[15]

Actualment, el percentatge d'adult gran de la població cubana és de 18,3, i la seva contribució a l'augment progressiu de les taxes per malalties no transmissibles constitueixen un desafiament per al sistema de salut: aquest haurà de fer canvis en l'enfocament epidemiològic dels serveis locals i, especialment, reorientar-hi les competències del personal que n'està al càrrec, si es volen mantenir els resultats aconseguits amb la lluita contra les malalties transmissibles en les dècades anteriors. Certament, el repte és diferent, però l'experiència de cinquanta-cinc anys de desenvolupament del sistema de salut servirà de base per a l'èxit.

L'eradicació, eliminació i control de malalties transmissibles —que de vegades representaven una amenaça i d'altres, una realitat adversa— no s'ha de valorar com a única resultant del «lideratge epidemiològic», sinó

15 Ministerio de Salud Pública. *Anuario Estadístico de Salud 2012*. L'Havana: Ministerio de Salud Pública, abril 2013, p. 76.

com una conseqüència efectiva de la conjunció conjuntural dels factors esmentats anteriorment. Entre aquests factors destaca la participació de la comunitat en la solució de problemes de salut, amb canvis positius al llarg de les diferents etapes del sistema. En les primeres dècades, el nivell de compromís social, de consciència col·lectiva, i la politització massiva, van propiciar la incorporació entusiasta i voluntària dels ciutadans a qualsevol activitat relacionada amb la salut. En etapes posteriors, el nivell d'informació elevat dels ciutadans pel que fa a la conservació de la salut, n'augmenta simultàniament el nivell d'exigència cap als serveis, però encara no es desenvolupa totalment l'acompliment de deures de salut i d'autoresponsabilitat que mereix un sistema de salut, entre els principis del qual es privilegien les accions de promoció i les activitats preventives.

A més d'aquest principi integral, des del seu inici, en el sistema de salut es reconeix l'atenció primària de salut (APS) com a eix conductor, cosa que també beneficia i reforça el desenvolupament de l'enfocament epidemiològic en els serveis de salut.

Atenció primària de salut

Un dels propòsits de la Declaració d'Alma-Ata era modificar la situació de salut mundial mitjançant el desenvolupament conseqüent de l'APS i, en els països que ho van aconseguir —com ara Cuba—, els canvis en els indicadors sanitaris més convencionals van mostrar l'efectivitat i eficàcia d'aquella decisió. L'establiment de l'APS com a eix conductor del sistema de salut cubà va tenir els antecedents en la creació del model de serveis representat pel Policlínico Integral, en la primera dècada d'implantació del sistema de salut (1960-1970). Aquella mateixa estratègia d'APS impulsa els canvis posteriors del sistema: model Medicina en la Comunidad (1970-1986) i el model de metge de família o Medicina Familiar (1986-2013) (*Quadre 1*).

S'estableix i s'emfatitza que el metge de família és la «pedra angular del sistema nacional de salut»[16] i el seu quefer descansa en l'estratègia de l'APS. En elaborar-se el Programa de Especialización d'aquests metges (versió 1989), es va proposar d'encarrilar-ne l'ocupació com a agents de canvi mèdic social, ubicats dins de la comunitat.[17] El nombre de persones al seu càrrec representava un anhel epidemiològic indubtable, perquè constituïa

16 Ministerio de Salud Pública. *Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia, el policlínico y el hospital*. L'Havana: Ministerio de Salud Pública, 1988.

17 Ministerio de Salud Pública. *Programa de Especialización en Medicina General Integral* (3 tomos). Cuba: Edición Provisional, 1990.

una veritable cohort per a la investigació en salut, al mateix temps que les seves habilitats emblemàtiques es resumien en la realització de l'anàlisi de situació de salut i l'aplicació de la dispensarització o estratègia d'alt risc. Els resultats del seu acompliment han confirmat el que una experta evidencia científicament:

> *«L'atenció primària millora la salut en mostrar que, primer: la salut és millor en àrees amb major nombre de metges d'APS; segon: les persones que reben atenció de metges d'APS són més saludables; i tercer: les característiques de l'APS estan associades a una salut millor.»*[18]

Quadre 1.
Etapes, models assistencials, estratègies de desenvolupament i accions específiques en el Sistema Nacional de Salut de Cuba, 1960-2013

Etapa	Model assistencial	Estratègia de desenvolupament	Accions específiques
I 1960 - 1970	Medicina General	- Implantació del Servicio Médico Social Rural. - Creació del Sistema Nacional de Salut. - Desenvolupament de la infraestructura sanitària: Policlíniques integrals, hospitals, hogares, clíniques estomatològiques. - Relacions intersectorials per a activitats específiques. - Creació de centres d'higiene i epidemiologia. - Creació dels instituts d'investigació.	- Programes de control de malalties i danys. - Educació per a la salut, bàsicament informativa. - Participació comunitària en els primers graus.
II 1970 - 1980	Medicina a la Comunitat	- Creació del Policlínico Comunitario. - Transferència administrativa de la infraestructura als governs locals. - Enfortiment de les accions contra la mortalitat infantil.	- Manteniment dels programes de control i desenvolupament de programes de salut per a la protecció integral de grups poblacionals. - Participació comunitària: nivell de cooperació. - Perfeccionament de l'educació per a la salut. Impuls a l'educació sexual.
III 1980 - 1990	Medicina Familiar	- Enfortiment de la xarxa serveis hospitalaris. - Introducció i extensió d'altes tecnologies estrangeres i nacionals. - Programa Atención Integral a la Familia.	- Disseny i execució del Programa Nacional de Promoción. - Modificacions de les tècniques educatives a la comunitat. - Reanimació de la participació comunitària i la inspecció sanitària. - Persistència de programes de control.
IV 1990 - 2000	Medicina Familiar	- Perfeccionament d'APS. - Participació social i intrasectorial. - Revitalització d'hospitals. - Descentralització i increment del nivell resolutiu del sistema. - Desenvolupament de la tecnologia punta i la investigació. - Aprovació del Programa Ramal de Investigación en Sistemas i Servicios de Salud. - Prioritzar programes.	- Anàlisi de situació de salut. - Desenvolupament d'estratègia de risc. - Creació de la xarxa Municipios por la Salud. - Desenvolupament de la farmacoepidemiologia. - Revitalització de programes contra malalties reemergents i emergents. - Desenvolupament de la rehabilitació.
V 2000 - 2010	Medicina Familiar	- Sostenibilitat dels components estratègics de l'etapa precedent. - Increment del nivell professional, docent, científic i d'investigació. - Perfeccionament del procés docent. - Major integració social familiar.	- Continuïtat de les accions precedents. - Increment de les categoritzacions docents a aquest nivell. - Increment d'investigacions. - Potenciar accions amb la família a la comunitat.

18 Starfield, B.; Lei, S.; Macinko, J. «Contribution of Primary Health Care to Health Systems and Health». *The Milkbank Quarterly,* vol. 83, núm. 3 (2005), p. 457-502.

El contacte quotidià amb la població, el perfeccionament de les activitats preventives, la identificació directa de problemes de salut allà on viuen i treballen les persones, ha permès que el metge familiar cubà contribueixi a modificar els perfils de morbiditat i mortalitat nacionalment. La capacitació i instrucció permanent en els serveis millora les competències d'aquest especialista i garanteix l'atenció integral que mereixen tots els ciutadans. La importància de la seva tasca professional es reforça en reconèixer-se que: «L'APS constitueix l'estratègia principal del sector salut per tal que els països assoleixin els Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni: reduir la pobresa, eliminar la desnutrició aguda i crònica i reduir la mortalitat infantil i materna, mitjançant l'accés universal a serveis bàsics integrals de salut, aigua segura i disposició sanitària d'excretes i la prevenció i control de les malalties, amb la participació activa de les comunitats organitzades.»[19]

No obstant això, després de més de tres dècades del compromís mundial per l'APS, la situació sanitària també reflecteix la influència de la globalització, que com bé reconeixen Chen i Berlinguer «és una realitat i no una opció que caracteritza la dinàmica sanitària mundial, amb riscos sense precedents per a la salut, aparició de malalties noves i desafiaments nous a les institucions sanitàries del món.»[20] Aquests criteris són eloqüents per entendre la necessitat de canvi o reorientació periòdica dels sistemes de salut, encara que sempre guiats per l'APS, la vigència de la qual s'ha qüestionat en reiterades ocasions i espais.[21]

En aquest sentit, es va reorganitzar el nivell d'atenció primària del sistema nacional de salut cubà, que garanteix la continuïtat del model de medicina familiar, degudament ajustat a les circumstàncies i a les transformacions que es realitzen de manera sostinguda, i ha donat resposta a la crida internacional que reclama «recuperar la perspectiva ambiciosa de l'atenció primària com un conjunt de valors i principis que orienten el desenvolupament dels sistemes de salut. […] Aprofitar els aprenentatges del passat, examinar els reptes que ens esperen i identificar les possibilitats principals de què disposen els sistemes de salut per reduir els intolerables

19 Organització Panamericana de la Salut/Organització Mundial de la Salut. «La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas». Document Oficial. Washington, D.C.: OPS/OMS, juliol de 2005.

20 Organització Panamericana de la Salut/Organització Mundial de la Salut. «Desafío a la falta de equidad en salud. De la ética a la acción». *Publicación Científica y Técnica*, núm. 585. Washington, D.C.: OPS, 2002.

21 Martínez Calvo, S. «Valoración epidemiológica de las actividades de atención primaria de salud». *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol 19, núm. 1. L'Havana: gener-febrer 2003, p. 62-69.

desfasaments existents entre les aspiracions i la realitat.»[22] La influència de la crisi econòmica mundial, sens dubte, ens afecta quant a recursos materials que garanteixin l'execució del programa de medicina familiar. Per tant, l'hem d'ajustar sense que perdi la filosofia original i, molt menys, l'enfocament epidemiològic en l'acompliment d'aquest especialista imprescindible.

Formació del recurs humà per a la salut

Cuba, malgrat ser un país subdesenvolupat que ha hagut de viure en condicions econòmiques molt adverses durant les últimes més de cinc dècades, mostra avui indicadors de salut comparables als de països desenvolupats. Això ha estat possible gràcies a la conjunció de dos factors primordials:

1 / Un sistema de salut que té com a estratègia principal l'atenció primària amb un enfocament eminentment profilàctic.

2 / El desenvolupament del seu recurs humà, de què també forma part una població de la qual va ser eradicat l'analfabetisme l'any 1961 i que avui arriba a una escolaritat mitjana superior al novè grau. Això permet una participació social efectiva en les accions de salut.

La situació actual és molt favorable, ja que es compta amb quinze universitats de ciències mèdiques —una a cada província del país— i altres instal·lacions d'importància per a la formació en les ciències bàsiques, la salut pública i altres modalitats. Entre aquestes, destaquem la Escuela Latinoamericana de Medicina.

L'altre element fonamental per comprendre les arrels del desenvolupament de la salut pública i dels seus recursos humans és la voluntat política de l'Estat i Govern, que parteix del principi que la salut és un dret humà fonamental i que fer-lo arribar a tota la població és una responsabilitat de l'Estat. En els darrers quaranta anys, la formació del recurs humà en salut ha estat responsabilitat del mateix sector salut, cosa que possibilita executar processos formatius d'acord amb els interessos i necessitats del mateix sistema.

La formació de metges, estomatòlegs, infermers i personal tècnic amb diferents perfils s'amplia des de fa mig segle amb el propòsit d'universalitzar els processos d'atenció mèdica i aconseguir l'accessibilitat requerida als serveis de salut de la població cubana. En l'àmbit acadèmic, els canvis principals es produeixen a partir del 1966, quan entra en vigor el Plan de Estudios Integrado de la Carrera de Medicina. Aquest pla va

22 Organització Mundial de la Salut. «La atención primaria de salud, más necesaria que nunca». *Informe sobre la salud en el mundo 2008*. Missatge de la directora general (2008).

tenir com a mèrit principal l'antecedent d'haver estudiat totes les formes d'ensenyament de la medicina existents a diversos països de llarga tradició al món, i va adaptar aquestes idees a les característiques i necessitats concretes de Cuba.[23]

En els primers anys de la dècada dels 80, té lloc un altre procés acadèmic: el redisseny del Plan de Estudios de la Carrera de Medicina, que culmina amb la implementació del Programa de Formación del Médico General Básico como Médico de Familia, articulat amb el de la Especialidad de Medicina General Integral. L'essència i concepció d'aquest programa, que contempla el perfeccionament permanent, n'ha permès la vigència durant més de 30 anys, i l'ha constituït un pilar en les transformacions actuals.[24]

Un altre aspecte de l'educació mèdica cubana —que abraça no només la formació de metges, sinó la de tots els professionals de la salut—, té lloc en el context d'un procés global d'universalització de l'educació superior, que s'inicia l'any 2003: consisteix en una major extensió de l'ensenyament de les cinc carreres existents, medicina, estomatologia, infermeria, tecnologia de la salut i psicologia de la salut.[25]

La universalització de l'educació superior és avui una realitat a Cuba. El pes de les transformacions pel que fa a la formació i desenvolupament del recurs humà per a la salut, es manifesta de manera eloqüent en el fet d'haver multiplicat per sis el nombre d'estudiants de les diferents carreres —a més dels milers d'estudiants llatinoamericans formats a Cuba i altres països—, així com en altres xifres d'altres formes d'ensenyament. El professorat s'ha multiplicat per vuit.

Una nova concepció pedagògica es basa en el fet que l'escenari formatiu es traslladi de l'aula universitària als serveis de salut, amb un professor conductor del procés d'aprenentatge, un professional inserit directament al servei. Això possibilita la integració en tots els eixos i, per tant, la materialització plena del principi de l'educació en el treball.

23 Delgado García, G. «Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días». *Cuadernos de Historia de la Salud Pública*, núm. 90 (2001). També disponible en línia a: http://bvs.sld.cu/revistas/his/cua_90/his0390.htm [Consulta: gener 2014].

24 Ilizástigui Dupuy, F; Douglas Pedroso, R. «La formación del médico general básico en Cuba». *Educación Médica y Salud,* vol. 27, núm. 2 (1993), p. 189-205. També disponible en línia a: http://files.sld.cu/sccs/files/2010/07/la-formacion-del-mgb-ilizastigui.pdf [Consulta: gener 2014].

25 Izaguirre Remón, R.; Brizuela Arcia, E. «Un fundamento didáctico para la práctica de la universalización de la educación médica». *Educ. Med. Super.,* vol. 20, núm. 3 (2006). Disponible en línia a: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=47197&id_seccion=570&id_ejemplar=4784&id_revista=61 [Consulta: gener 2014].

Aquest panorama de la situació actual a la formació i desenvolupament del recurs humà per a la salut, deixa veure que el sector està afrontant un repte colossal que té com a meta el recurs humà que necessita el Sistema Nacional de Salut Únic, per tal de complir totalment els principis de la salut pública cubana, que són de marcat accent promocional i preventiu.

Participació popular i intersectorial

La caracterització dels principals problemes de salut, benestar i qualitat de vida de la població cubana i els seus determinants són qüestions prioritàries de l'Estat cubà des de fa cinquanta anys.[26] És per això que la prioritat concedida al trinomi salut, educació i seguretat social, de la manera que ha estat concebuda, demanava participació social i intersectorial, aspecte que ha estat des de sempre filosofia del Govern i Estat cubans.[27]

El Servicio Médico Rural, per tal de fer arribar el sistema de salut a llocs més apartats i a la població habitualment desprotegida, va tenir el concurs popular i de diversos sectors de l'economia i la societat, que van garantir la transportació, allotjament i alimentació dels professionals assignats als diversos llocs geogràfics del país.

La campanya d'alfabetització, premissa bàsica per al desenvolupament d'accions de promoció de salut i prevenció de malalties, també va comptar amb la participació de la població i dels diferents sectors socioeconòmics.

Els principis que sustenten el sistema cubà de salut pública –caràcter estatal i social, accessibilitat i gratuïtat, orientació profilàctica, aplicació adequada del desenvolupament tecnològic, participació comunitària i intersectorialitat, i col·laboració internacional– unit a l'exposat anteriorment, evidencien condicions per a un apogeu de les accions intersectorials i de participació social.[28]

Malgrat això, l'evolució de la intersectorialitat i de participació social a Cuba ha tingut una lògica en el seu desenvolupament. En un primer moment, l'augment de la cobertura i l'accessibilitat en van ser els trets principals; el model de salut estava orientat al dany.

26 Álvarez Valdés, A.M., Díaz Pantoja, C.; García Melian, M.; Piquero, M.E.; Torres, Y.; Cuellar, L. i altres autors. «Sistema integrado de vigilancia para la prevención de dengue». *Revista Cubana de Medicina Tropical,* vol. 59, núm. 3. L'Havana, 2007.

27 Sanabria Ramos, G. «Participación social en el campo de la salud». *Revista Cubana de Salud Pública,* vol. 30, núm. 3. L'Havana, 2004.

28 Castell-Florit Serrate, P. *Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local*. L'Havana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.

Posteriorment, canvis conceptuals[29, 30] van produir millores substancials en la salut de la població, i van permetre iniciar la transformació des d'una intersectorialitat i participació social bàsica, cap a una altra manifestada per la seva presència en el nou model de salut orientat al risc[31] —regulacions, instruments, institucions, projectes i programes— i un procés de descentralització que va crear les condicions per al progrés del nivell local.

Mancava encara un desenvolupament tecnològic de la intersectorialitat que la convertís en un element bàsic de la direcció en salut. Per tal de resoldre aquesta dificultat, la Escuela Nacional de Salud Pública, amb el suport del Ministeri de Salut Pública, va desenvolupar un grup d'investigacions, el resultat de les quals va permetre aprofundir en les particularitats nacionals i locals de la intersectorialitat, els factors que la determinen, que la condicionen i que la desencadenen, la base tecnològica sobre la qual ha de construir-se i els instruments d'avaluació i control que permeten assegurar-ne la sostenibilitat.[32]

La rellevància d'aquests resultats va promoure la decisió d'incloure la intersectorialitat com a principi independent de la salut pública cubana, i en la seva planificació estratègica, a més, s'hi va potenciar el paper dels consells populars de salut; es va començar un procés accelerat de capacitació mentre es treballava per una comprensió generalitzada de la importància d'aquesta.

Es van realitzar diverses avaluacions de la intersectorialitat per tal determinar-ne la sostenibilitat i apoderament, així com els seus punts forts i els febles. S'ha demostrat que cal intensificar els processos de capacitació sobre el tema, major apropiació pels directius i que sigui amb més amplitud en els programes nacionals.

L'abast de la intersectorialitat i la participació social a Cuba no és producte de l'espontaneïtat,[33] sinó que ha calgut una concepció adaptada

29 Castell-Florit Serrate, P. *La intersectorialidad en la práctica social*. L'Havana: Editorial Ciencias Médicas, 2007.

30 Castell-Florit Serrate, P. «Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad». *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 33, núm. 2 (2007).
Disponible en línia a: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_02_07/spu09207.htm [Consulta: gener 2014].

31 Castell-Florit Serrate, P. *Intersectorialidad y sistemas de salud. La experiencia cubana*. L'Havana: ENSAP, 2003.

32 Castell-Florit Serrate, P. «Intersectorialidad: discurso y realidad». *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología,* vol.42, núm.1. L'Havana: gener-abril 2004.

33 Castell-Florit Serrate, P. *Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local*. L'Havana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.

al sistema concret de salut, voluntat política que la sustentés i disseny tecnològic que la inserís naturalment a la producció de salut. Tampoc és quelcom puntual: demana sistematicitat i constància, per a la qual cosa és important el grau en què s'incorpori a la cultura social, la disponibilitat i aplicació d'instruments d'avaluació i l'ús de tècniques directives participatives legítimament utilitzades.

Consideracions finals

Tot el que hem exposat s'ha aconseguit gràcies a la voluntat política del Govern cubà, a la consciència social dels homes i dones que es formen als nostres centres d'estudi i treballen als serveis, als principis ètics d'aquesta força de treball, que són motor impulsor de la seva conducta dins i fora del país.

Tot això ens deixa nombrosos ensenyaments derivats del que s'ha fet al llarg de cinquanta-cinc anys:

- Actuar sempre sostenint que l'ésser humà és el primer en el servei que es presta.
- Davant de les circumstàncies adverses, buscar suport en els valors morals dels principis de la salut pública cubana.
- Saber en cada moment i lloc que l'ésser humà és el problema central, en lloc dels diners, els programes o la tecnologia.
- El valor d'identificar-se amb el seu origen de classe: avui els professionals de la salut cubans són fills d'obrers, de camperols, de treballadors dels serveis, de la ciència o l'art.
- Saber que el desenvolupament dels serveis de salut no depèn només dels recursos financers.
- Comprendre que el desenvolupament no ve necessàriament del nord.
- Acceptar que les aliances sud-sud són possibles.

PRÒLEG
INTRODUCCIÓ
SALUT
I SOCIETAT
CONSEQÜÈNCIES
DE L'AGENDA
NEOLIBERAL
EXISTEIXEN
ALTERNATIVES
PRESENT
I FUTUR
EPÍLEG

XIV

REFLEXIONS

Maria José Lecha

Moltes vegades, en diferents xerrades i amb diferents companyes, hem sentit dir que el sistema sanitari català (i espanyol) estava considerat com un dels millors del món, encara que estava lluny d'estar ben finançat.

Es feien aquestes afirmacions, per altra banda certes, per donar èmfasi a la gran pèrdua que representen les retallades per aquest sistema. Convidem a fer una mica de memòria per situar-nos abans del 2010 i no oblidar que les llistes d'espera per visita, exploració i per tractaments quirúrgics o d'altres tipus, ja eren aleshores una realitat quotidiana.

Particularment, quan sentia aquestes valoracions, sempre em venien al cap els malbarataments de què havia estat testimoni al centre on treballo.

Si el sistema sanitari, malgrat les llistes d'espera, assistia la població, assumia la universalitat i enriquia tots els corruptes, què no podríem fer amb una sanitat pública, de gestió pública i controlada democràticament pel poble? La resposta, sens dubte, és: Ho podríem tot!

En els darrers tres anys hi ha hagut molts esdeveniments: tancaments de CAP, reducció del nombre de llits als hospitals, copagaments, acomiadaments de personal sanitari, externalitzacions, etc.

I en gairebé tots aquests atacs, hi ha hagut sovint una certa resposta de la ciutadania. Aquest temps de lluita ens ha portat a ser realment cons-

cients de quina sanitat teníem en aquest país. Segur que ja abans moltes persones es qüestionaven el sistema sanitari (potser no gaires) però el que ningú pot dir avui, si està una mica informat o ha estat usuari d'un centre sanitari, és que la sanitat pública, tal com l'hem viscuda fins fa tres anys, està en perill, o ja ha desaparegut.

Els uns diran, depenent dels interessos o la ignorància, que és deficitària, que no hi ha diners, que ja no es pot fer el mateix que fa quatre anys, que ara el copagament és necessari, etc., i els altres direm que hi ha una planificació, un full de ruta per privatitzar tot allò que és rendible de la sanitat i deixar dins el sistema públic prestacions no rendibles i la utilització del copagament en moltes d'aquestes.

Aquesta presa de consciència ha anat paral·lela al canvi en la participació de les mobilitzacions. Ja des de l'abril del 2011, amb els pressupostos de CiU-PPC, quan a la retallada dels sous de totes les treballadores públiques es van afegir les retallades en l'assistència en pràcticament tots els centres sanitaris públics i concertats.

En aquell moment —abril 2011—, tots els sindicats, inclosos els institucionals, van cridar a la mobilització, i van convocar una manifestació contra les retallades en sanitat que va ser molt nombrosa i va superar totes les previsions. Feia temps que no es veia una concentració sectorial tan important, encara que majoritàriament només hi van assistir les treballadores de la sanitat.

Un mes més tard, tot va fer un gir aglutinador. Per una banda, abans del 15-M ja s'havia convocat una concentració (via xarxes socials) de treballadores suplents de sanitat, que des del 2010 veien com els seus contractes eren, si és que és possible, encara més precaris. No oblidem que la sanitat és un àmbit on es pot estar en una situació precària durant 10 anys. A partir de l'abril de 2011, es comunica a molts eventuals que cal que comencin a buscar-se la vida en altres centres, altres comunitats o fora de l'Estat espanyol.

L'agitació a través de les xarxes va portar a una nova convocatòria el 27 de maig, sempre des de l'àmbit de treballadors sanitaris. Aquella convocatòria va coincidir amb el moviment 15-M. La plaça Catalunya de Barcelona va ser el lloc on, d'un dia per l'altre, tots els sectors en lluita, àmbits que volien una transformació, gent no polititzada juntament amb d'altres amb dinàmiques ja consolidades, compartien un espai comú, obert a tothom i visualment perfecte. Totes podem explicar diferents vivències d'aquells dies, però, en resum, podem dir que es va anar coent i assimilant per part la ciutadania que els drets socials que es començaven a retallar estaven en perill i que les accions col·lectives eren un camí.

No es pot dir que fos a partir d'aquell moment que van canviar els paràmetres. En les assemblees de barri es podien sentir retrets –i no sense justificació– en una doble direcció: a les treballadores, per no defensar la sanitat pública i preocupar-se únicament de la seva situació laboral (com en el cas del Dos de Maig), i per part de les treballadores de sanitat, per no tenir en compte les lluites laborals que intenten evitar l'atur i la precarietat a milers de joves. La realitat a les plataformes i al carrer va superar aquests discursos, i tot i que en el món sindical van continuar les mateixes dinàmiques en aquest sentit, en els grups de treball de les assemblees i en les comissions, els grups de sanitat estaven integrats per persones amb la motivació de lluitar en aquest àmbit al marge de la relació personal o professional que poguessin tenir amb la sanitat.

Una de les primeres lluites va ser la del CAP Can Tries de Viladecavalls, on gent del poble i treballadores van estar lluitant mesos, mantenint el CAP obert davant l'ordre de tancar-lo, fent assemblees setmanals, autogestionant-se les activitats i compaginant les lúdiques amb la formació i la lluita.

Ha estat aquesta la dinàmica que amb més o menys encert s'ha anat portant. Tenim molts altres exemples: el CAP de la Marina, el de Caldes, el de la Guineueta, la tancada de l'Hospital de Sant Pau, etc., i en les múltiples concentracions o manifestacions que s'han fet.

Durant aquest temps, als centres sanitaris han conviscut aquestes realitats amb l'apatia i la por de companyes que no s'han mobilitzat, o que ho han fet alguna vegada i com que no han vist respostes immediates repeteixen el mantra de «no serveix per a res». La repressió exercida pels comandaments als centres sanitaris, que era una realitat del passat, ha tornat al present en les formes més retrògrades, i és sorprenent i decebedor veure com moltes, precàries o no, acaten les ordres i les formes. Vivim aquestes dues realitats: col·lectius que viuen lluites pel seu centre sanitari, i una majoria de la població que, malgrat la situació que estem vivint, no es mobilitza.

La crida, la feina a fer, és gairebé personal, individual. Parlar amb la companya sobre la responsabilitat d'una mateixa en la seva pròpia vida i acompanyar-la a fer gestos. Primer gest: no treballar per dos, fer la visita, la cura, la gestió administrativa tranquil·lament, amb excel·lència. Segon gest: compartir l'acte amb el ciutadà que estàs atenent, explicant-li tot allò que fas, i alhora convidant-lo a reclamar el que per dret és seu: no patir llistes d'espera que faran minvar la seva qualitat de vida, rebre l'assistència amb tot el material que necessita… Tercer gest: No creure i, per tant, no fer proselitisme de les versions oficials que ens donen. La llista d'espera no és normal, no és inevitable, el material sanitari és necessari i te l'han d'administrar, el copagament és un frau que incrementa les desigualtats, i, davant d'això, la informació de com pot reclamar i l'acompanyament.

Un bon exemple és el dels grups d'insubmissió al reial decret de l'Apartheid sanitari, formats per personal sanitari i pels grups d'acompanyament dels barris —compostos per veïnes— per treballar tots plegats en la desobediència al decret.

Desobediència com a forma de lluita, com a detonant perquè tothom pugui ser un element actiu en el canvi de societat i també en el propi canvi, en la lluita contra les polítiques opressores del capitalisme, en la lluita pels nostres drets tan bàsics com la sanitat i els serveis socials, l'educació, l'habitatge, la cultura, etc. La lluita per una sanitat pública, universal i de qualitat en aquests moments és inconcebible sense la ciutadania, i la formem totes.

La reivindicació i l'exigència dels seus drets per part d'una persona malalta en un centre sanitari pot ser difícil i solitària, però una altra cosa és que allà on passi trobi la complicitat de les treballadores, de la mateixa manera que les reivindicacions laborals d'aquestes treballadores han de ser enteses per la ciutadania com un element relacionat directament amb la qualitat de l'assistència que rep.

Aquesta complicitat, solidaritat, acció de desobediència comuna ens faria imparables.

XV

ATENCIÓ PRIMÀRIA

Elena Monsterrate

D'on venim?

Creiem que és important que abans de fer una anàlisi dels serveis d'Atenció Primària de Salut (APS) que avui coneixem, i d'intentar donar algunes alternatives al seu funcionament, en coneguem els inicis al nostre país.
La fundació de l'APS la podem situar en la Declaració d'Alma-Ata, en aquella reunió que van convocar l'OMS i l'UNICEF, sota els auspicis de l'antiga URSS, en què es va insistir en la definició de salut com a «estat de complet benestar físic, mental i social, i no només l'absència d'afeccions i malalties», i es va considerar un dret humà i, per tant, es va marcar com a objectiu aconseguir el màxim nivell de salut per a les persones i comunitats. I per això es van definir els serveis d'APS com aquella assistència en salut fonamentada científicament, que usa mètodes i tecnologies senzilles, que és socialment acceptable, a l'abast d'individus i comunitats i a un cost acceptable per a cada comunitat. Dins de l'APS s'integraven els serveis a les persones, tant preventius (vacunacions, promoció d'hàbits saludables, control de malalties endèmiques), com d'acompanyament en el procés de malaltia i rehabilitació, serveis d'atenció a la salut maternoinfantil, accés a fàrmacs essencials i serveis a les comunitats com la promoció d'una correcta

alimentació i desenvolupament de projectes de salubritat (aigua potable). Al nostre país, a partir de la celebració del X Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana, on es va parlar sobre la funció social de la medicina, el Col·legi de Metges de Barcelona va crear un grup d'estudi sobre la medicina d'atenció primària, la conclusió principal del qual va ser la necessitat de crear un servei nacional de salut. Es va posar l'APS en el punt central de l'atenció sanitària, complementada per l'assistència hospitalària, i com a punt d'unió de les activitats preventives, de promoció de la salut i assistencial, i el Centre d'Atenció Primària es va col·locar com a suport institucional per al treball de l'equip i com a ens coordinador de les persones i mitjans implicats en l'atenció primària.

Aquests primers passos van servir en el debat posterior que va tenir lloc per realitzar la reforma de l'APS a l'Estat espanyol. El 1980 i 1982, es van publicar els mapes sanitaris de Catalunya i del País Basc, respectivament, com una primera planificació de necessitats i objectius respecte a la xarxa de centres necessària d'APS. El 1983, es va introduir la medicina familiar i comunitària com a especialitat a les places MIR. El 1984, va aparèixer el Reial decret 137/1984 sobre estructures bàsiques de salut, on es van establir les zones de salut, els centres d'atenció primària i els equips multidisciplinaris d'atenció primària.

Això va comportar canvis clau en l'APS al nostre país:

- El metge de família va passar a treballar a temps complet (moltes vegades amb dedicació exclusiva).
- Es va establir la història clínica i altres mètodes de registre.
- La capacitat per formar residents de medicina familiar i comunitària i la capacitat per impartir formació continuada.
- Es van integrar les activitats curatives amb activitats preventives i de promoció de la salut.

Tot i que Catalunya va ser un dels territoris pioners en la posada en marxa d'equips d'atenció primària (1983-1984), la implantació de la reforma d'APS hi ha estat especialment lenta: fins l'any 1985 no es va aprovar el decret que establia les característiques de l'assistència primària, i no va ser fins al 1990 que es va aprovar la llei d'ordenació sanitària de Catalunya.

En forma de resum, podem dir que durant la dècada dels 80, l'objectiu principal de la reforma de l'APS va ser universalitzar l'atenció sanitària, incrementar progressivament el finançament a càrrec dels pressupostos generals de l'Estat, unificar les múltiples xarxes de consultoris privats i públics, i aprovar un marc legislatiu per coordinar i limitar la capacitat normativa de les comunitats autònomes, que va acabar amb la publicació de la llei general de sanitat. Amb el seu desenvolupament, la cobertura sanitària va passar del 53,1 %, el 1966, al 97,1 %, el 1987.

A la dècada dels 90 i a partir del 2000, es va produir una modificació de la reforma que va comportar una contenció en la despesa en sanitat i es

van produir canvis en la gestió que van permetre un creixement de la sanitat privada, amb la introducció de fórmules de gestió privada en la sanitat pública.

Respecte al finançament de l'APS després d'aquests 30 anys de reforma, ho podríem resumir així:

- La despesa ambulatòria pública és inferior a la mitjana europea.
- La despesa ambulatòria privada és de les més altes d'Europa.
- La distància entre els recursos públics compromesos en APS entre Europa i l'Estat espanyol ha augmentat en tots aquests anys.

Per tant, tot i que els diferents responsables polítics que hem tingut en sanitat sempre s'han mostrat convençuts de la necessitat d'una APS forta i resolutiva, la seva praxi ha estat més compromesa a afavorir i mantenir la despesa hospitalària i farmacèutica, ja que totes dues han augmentat fins a nivells europeus.

Amb totes aquestes dades, ens trobem una APS amb múltiples problemes:

- Falta d'equitat en la distribució de recursos i en els nivells de salut entre diferents col·lectius.
- Ràpid increment de la despesa.
- Ineficiència del sistema sanitari.
- Variacions mal enteses de l'activitat clínica i els seus costos.
- Falta de coordinació entre diferents nivells assistencials (primària i atenció especialitzada).
- L'atractiu dels especialistes i la seva tecnologia i el rebuig de l'atenció primària.
- Creixement de les llistes d'espera per al diagnòstic i tractament per part dels especialistes i també per als mateixos metges de família.
- L'impacte marginal de l'augment de la despesa en la salut de la població.
- Augment de la intensitat de les activitats diagnòstiques i terapèutiques per cada episodi atès.
- Medicalització de la vida diària i de problemes de caire social.
- Insatisfacció de la ciutadania per la impersonalitat de l'atenció i la burocràcia de les consultes.
- Conversió de l'oferta sanitària en un bé de consum.

Radiografiant l'atenció primària

Primer de tot, cal que tinguem clar que en els darrers anys els pressupostos dedicats a atenció primària han rebut una retallada important: per primera vegada, en el pressupost del 2011 hi va haver una retallada del 10,7 %, que suposa 137 milions menys per a atenció primària, i un 17,55 % de tota la

despesa en sanitat. Aquest percentatge augmenta en els pressupostos del 2012 fins al 18,08 %, mentre que l'atenció especialitzada rep un 56,25 % el 2011 i un 58,54 % en el pressupost del 2012. Per tant, lluny del 25 % de pressupost que objectivem en països més avançats.

Segons l'informe presentat per la Generalitat de Catalunya sobre els equips d'atenció primària que presten els seus serveis a la nostra població, estan formats per personal sanitari i no sanitari que atén la població d'un territori i els ofereix atenció integral, que inclou l'atenció i la prevenció de malalties, l'educació en hàbits saludables i l'orientació en l'assistència social.

Per fer aquesta tasca, al Principat hi ha 369 equips d'atenció primària. D'aquests, un 77,8 % depenen de l'ICS, i el 22,3 % restant, d'altres entitats proveïdores, un 3,3 % de les quals són EBA (entitats de base associativa), que tenen assignada un 98 % de la població.

Per fer tota aquesta tasca, els habitants del Principat disposen de 6,1 metgesses de família (36 hores setmanals) per cada 100.000 habitants; 1,4 pediatres; 6,9 infermeres; 0,9 auxiliars clíniques; 0,4 odontòlogues; 0,3 treballadores socials; 4,4 auxiliars administratives, i 0,6 zeladores. Durant el 2011, aquests professionals van atendre un 72,5 % de la població que tenien assignada, tot i que el nivell és més alt en zones rurals i amb població envellida, amb una mitjana de 8,6 visites anuals per cada pacient atès.

Les metgesses de família fan una mitjana de 25,3 visites diàries; les pediatres, 21,9; les infermeres, 13,3; les odontòlogues, 17,3; i les treballadores socials fan 7,5 visites diàries.

En general, la satisfacció dels usuaris és bona, amb una valoració mitjana de 7,9 punts. Tot i així, és important analitzar aquells punts d'insatisfacció que podem objectivar amb les reclamacions que es presenten. Les principals causes d'insatisfacció són l'assistència rebuda, el tracte, l'actitud del personal i la demora excessiva per consulta o cita prèvia.

Tot i aquesta feina ingent que es desprèn de les xifres que posa al nostre abast l'Administració, i que de ben segur són semblants arreu dels Països Catalans, a les consultes dels nostres centres d'atenció primària gran part dels professionals perceben un desgast important en la seva feina i la urgència de fer canvis en les maneres de fer per tal de poder salvaguardar una atenció sanitària propera a la població.

Ens trobem amb consultes sobresaturades i, en alguns llocs, hi arriba a haver una llista d'espera per visitar-se amb la metgessa d'atenció primària de fins a 3-4 setmanes. Això provoca que dins dels mateixos equips d'atenció primària es creïn consultes per a l'atenció d'aquelles pacients que no poden esperar la seva metgessa de família. Però això és un peix que es mossega la cua i, finalment, aquestes consultes perden el sentit d'atendre les urgències i acaben igualment col·lapsades, amb una atenció de poca qualitat, sense una de les característiques definitòries de l'APS, que és la

longitudinalitat en l'atenció als pacients, amb càrregues de treball molt diferents entre els diferents professionals que treballen a l'APS.

Les professionals arrosseguem un cert complex d'inferioritat que ens fa ser mers transmissors o secretàries d'altres especialistes per queixar-nos de la manca de coordinació i confiança en el segon nivell assistencial, de la prescripció induïda per altres professionals. Cada vegada ens sentim més aclaparats per una història clínica informatitzada que ens requereix més atenció de la que de vegades podem prestar als nostres pacients; patim unes consultes amb un alt nivell de burocràcia i d'exigència, i ens queda poc temps per als pacients.

Tenim sota la nostra cura una població cada vegada més envellida, amb pluripatologia, moltes vegades polimedicada, que requereix d'una atenció multidisciplinària, molts cops al seu domicili, per a la qual la resposta des de l'Administració ha estat la convocatòria d'experts i la creació de programes allunyats del territori, sense comptar amb la participació dels professionals d'atenció primària.

Cada vegada més, la medicina, i l'atenció primària com a porta d'entrada al sistema sanitari, està sent considerada com un bé de consum més, amb una població que presenta un nivell baix de tolerància a la incertesa i al patiment. Això ha provocat la medicalització de la vida diària i de problemes de caire personal, social, o lligats al desenvolupament de la vida (pèrdua de persones estimades, problemes laborals, etc.). La resposta del sistema sanitari, immers en aquest brou de cultiu neoliberal, ha estat fer més proves, més visites i, sobretot, prescriure més fàrmacs. Hem de recordar que l'Estat espanyol té el "privilegi" de ser el segon consumidor de fàrmacs mundial. Dins del pressupost de l'ICS, la despesa farmacèutica és superior al 50 %, per sobre de la despesa que representa la de personal. El 2010, es van gastar 1.849 milions d'euros en fàrmacs a atenció primària, i s'ha pogut comprovar que les polítiques encaminades a rebaixar el preu dels fàrmacs donen lloc a una disminució de la despesa, però també a un augment en el nombre de receptes que es prescriuen, que, probablement, van a parar a pacients que ja reben polimedicació i, per tant, no sabem quines conseqüències en salut pot tenir aquest augment.

En aquesta radiografia que estem fent de l'APS, no podem oblidar que en l'actualitat una part important de la formació que reben els professionals està vehiculada a través de la indústria farmacèutica, amb el biaix que pot suposar això a l'hora de prescriure fàrmacs.

I, a més, hem d'afegir que en els darrers anys els professionals de l'APS hem vist com es reduïa el nostre poder adquisitiu entre un 15 i un 20 %, com s'han precaritzat les nostres condicions de treball, amb l'aparició de contractes temporals mensuals i trimestrals, per 25 hores a la setmana (la jornada habitual a atenció primària és de 36 hores setmanals), i hem vist com s'han deixat de cobrir processos d'incapacitat temporal d'altres companys o jubilacions.

Per una atenció primària al servei del poble

Ara hem de reflexionar sobre què ens cal fer per aconseguir una atenció primària al servei de les classes populars: més enllà de la reclamació d'una dotació pressupostària adient, sempre tenint en compte allò que ens diuen i allò que creiem —que l'APS ha de ser el pilar del sistema sanitari—, i partint de les dades que ens diuen que aquells països on l'atenció sanitària està centrada en l'APS és més eficient; i més enllà de lluitar per unes condicions laborals dignes per a tots els professionals que hi treballem, i reclamant unes plantilles adequades a les necessitats de la població. Creiem que el debat més important que hem de tenir és sobre quina APS volem, per fer què, on i amb quins professionals.

En l'actual conjuntura, en què les polítiques neoliberals, cada vegada més, veuen en l'assistència sanitària un pastís de negoci que cal repartir, ens podem trobar davant de l'agreujament del que s'anomena «llei de cures inverses», pel qual persones amb més necessitats en salut, ni tan sols s'acaben convertint en usuaris del sistema sanitari, no arriben a demandar serveis sanitaris o ho fan menys que altres persones. A banda, també hem de tenir en compte que, especialment quan el sistema sanitari es troba regit per criteris mercantils, els serveis de salut no es localitzen allà on més es necessiten. Per tal de lluitar contra aquesta manca d'equitat i poder prestar serveis als sectors de població més vulnerables, els professionals del centre de salut haurem de sortir al carrer.

Aquest serà un camí llarg i que requerirà de la participació de tots els actors implicats, institucions, professionals i usuaris. Creiem que, per tal de centrar aquest debat, és important tornar als inicis de la medicina de família i l'atenció primària, posar al centre de les nostres reflexions les comunitats i les persones a les quals van dirigides les nostres activitats. Serà important tornar a fer un "nou pacte" amb les comunitats a les quals servim perquè puguin participar de l'organització de les cures que han de rebre. No parlem de res nou, però pot ser interessant tornar a fer diagnòstics comunitaris, mitjançant la metodologia APOC (Atenció Primària Orientada a la Comunitat), en què, amb la participació de les comunitats, i mitjançant els col·lectius socials que hi treballen, amb la participació d'individus clau d'aquesta comunitat, les institucions que treballen en aquell territori i els professionals, es fa un examen preliminar de la comunitat, de les necessitats i dels problemes de salut que té. Això ens ha de servir per prioritzar aquells problemes que s'hagin identificat com a més importants. Després d'identificar-los, es fa un estudi detallat dels determinants i es distribueixen els problemes prioritzats, cosa que ens ha de permetre valorar quines intervencions farem –tant en l'àmbit personal a les consultes, com a la comunitat–, quan i com les farem. Es planificarà el programa d'intervenció per tal de poder executar-lo més tard i poder fer-ne un seguiment per valorar els resultats en salut que hem obtingut. Podria ser un bon mètode per tornar a implicar les comunitats en la seva salut, tornar a posar a lloc aquelles experiències que al llarg de la vida constitueixen un motiu de patiment i incertesa, però que no són malalties, i afavorir de nou l'autocura de les persones i les comunitats.

Però mentre això no sigui possible, o fins que entre totes decidim quina APS necessitem com a col·lectiu, sí que hem de fer una crida a tots els professionals que ara hi treballem per tal d'intentar canviar coses a les nostres consultes, per tornar a dignificar la nostra tasca. Hem de tornar a posar al centre de les nostres consultes els pacients i, per tant, actuar amb integritat, honestedat i lleialtat cap a ells, cap a nosaltres i cap a la institució, tenint en compte que treballem per garantir l'equitat en la prestació de serveis i en la universalitat d'aquests serveis. Per tant, en moments com aquests també és responsabilitat nostra lluitar contra qualsevol política que pretengui limitar l'accés de determinats col·lectius al sistema sanitari, així com l'accessibilitat al mateix sistema.

Hem de prendre el control de les nostres consultes i dels nostres equips; afavorir la presència d'objectius comuns per a tot l'equip; donar el temps necessari a les nostres consultes; donar eines als pacients per afavorir l'autocura i la seva responsabilitat en el seguiment de malalties cròniques; escoltar, no medicalitzar aquells motius de consulta que no ho requereixin; oferir el nostre acompanyament; i no acceptar la prescripció induïda.

Hem de continuar amb el nostre compromís amb el present i el futur de la nostra professió. Per tant, cal que els professionals estudiem, millorem la nostra formació per millorar les nostres competències, reflexionem sobre allò que fem i, deixant de banda la inèrcia, proposem canvis per tal que entre tots els professionals que treballem a l'APS (auxiliars administratives, auxiliars clíniques, infermeres, metgesses) millorem l'atenció que reben els nostres pacients. Tots els membres de l'equip són necessaris per tal d'aconseguir els objectius.

Hem d'aprofitar les noves tecnologies per millorar la comunicació amb els nostres pacients i el territori on treballem, per oferir una informació millor sobre la nostra activitat i aconseguir, així, que sigui un espai de prevenció i de promoció d'hàbits saludables.

Hem de reclamar i treballar per a una millor coordinació entre els diferents nivells assistencials (atenció primària i atenció hospitalària/especialitzada), cosa que ens ha de servir per millorar l'atenció als pacients i per crear un clima de confiança entre les competències, les fortaleses i debilitats de cadascú. En aquest sentit, hi ha experiències positives, com la posada en marxa de sessions d'interconsulta amb especialistes o la posada en marxa de consultes virtuals entre diferents especialitats. El

nostre objectiu és que cada pacient rebi la millor atenció que necessita tenint en compte els problemes que presenta i el moment en què es troba.

Hem de fer una reflexió profunda sobre la qualitat de la nostra prescripció i posar en marxa eines que ens permetin fer una prescripció prudent. I per això tenim diverses recomanacions:

- Pensar més enllà dels fàrmacs, pensar en tractaments no farmacològics, buscar oportunitats per a la prevenció, buscar les causes tractables i, sempre que sigui possible, donar una oportunitat al pas del temps, sobretot en problemes autolimitats.
- Usar una prescripció estratègica, usar un nombre limitat i conegut de fàrmacs, retardar l'inici de tractaments no urgents, ser prudent amb les formes d'ús no contrastades, evitar els canvis de tractament no justificats i, sempre que sigui possible, no iniciar més d'un fàrmac alhora.
- Mantenir una vigilància especial sobre els possibles efectes secundaris.
- Ser prudent i escèptic amb els nous medicaments: aconseguir informació no esbiaixada.
- Treballar amb el pacient per establir uns objectius comuns.
- Valorar l'impacte del tractament farmacològic a llarg termini.

Hem de saber revalorar la relació que es manté amb la indústria farmacèutica: hauríem d'acabar amb l'espectacle de veure grups de comercials/visitadors mèdics a les portes dels centres d'atenció primària o d'algunes consultes; s'haurien d'evitar els projectes formatius que estiguin lligats a la indústria, i, en tot cas, reclamar que no estiguin acreditats com a formació continuada. Hem de promoure el compromís amb els equips i els pacients dels farmacòlegs que treballen als nostres territoris per tal d'obtenir una informació adequada sobre nous fàrmacs. Els nostres pacients han de tenir el compromís que les nostres decisions no estan esbiaixades per la relació dels professionals amb la indústria farmacèutica.

Per tant, i en resum, tot i que només han passat 30 anys des de la reforma de l'APS a l'Estat espanyol, aquesta ha anat més encaminada a la creació de mapes territorials i a la definició dels equips d'atenció primària, però el que es feia en aquests equips i com s'havia de fer, posant en el centre la salut de les persones i de les comunitats, mai no ha estat una prioritat de les administracions que hem tingut fins ara. Per això continuem patint un sistema sanitari hospitalocèntric, amb una atenció primària infradotada pressupostàriament, amb manca de professionals, poc resolutiva i ancorada en la cultura de la queixa. Per això els professionals que hi treballem hem de recuperar la nostra autoestima i tornar a posar en el centre de l'atenció les persones i les comunitats, recuperar el control de les nostres consultes, treballar com veritables equips i afavorir la reflexió ètica i organitzativa de la nostra APS.

Bibliografia

- Gérvas, J.; Pérez, M.; Palomo, L.; Pastor, R. *Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error.* Madrid: Ministeri de Sanitat i Consum, 2005.
- Fòrum Català d'Atenció Primària. *MÉS PRIMÀRIA, MENYS HOSPITAL? El què, el qui i el com dels serveis sanitaris*. Seminari FOCAP, sessió 2 (Barcelona, 8 maig 2013).
- Fòrum Català d'Atenció Primària. *Innovar a la consulta, al CAP i al domicili és cosa de tothom. Idees clau del tercer seminari FOCAP* (Barcelona, 28 maig 2013).
- Fundació Institut Català de Farmacologia. «Prescripción saludable en tiempos de crisis». *Butlletí Groc*, vol. 24, núm. 2 i 3 (abril-juliol 2011).
- Fòrum Català d'Atenció Primària. *Analitzant els números*. FOCAP (10 maig 2011).
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Observatori del sistema de salut de Catalunya. Central de resultats. *Assistència primària* (desembre 2012).
- Casajuana, J.; Gérvas, J. (dir.). *La renovación de la Atención Primaria des de la consulta*. Colección de economía de la salud y gestión sanitaria. Madrid: Springer Healthcare Ibérica, S.L., 2012

XVI

EL PAPER DELS HOSPITALS DAVANT DE LES RETALLADES. QUIN PAPER HAN DE TENIR EN LA SANITAT PÚBLICA QUE VOLEM?

Xavier Lleonart

La sanitat pública catalana és a l'ull de l'huracà. En moments de crisi econòmica, per resoldre les penúries econòmiques del país és temptador retallar un departament que es «menja» un terç del seu pressupost.

Dins d'aquest sistema, els hospitals públics (ICS) i concertats (comarcals, antiga Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) són un dels pals de paller. Cal que mirem plegats quin paper han de tenir els hospitals i els seus professionals en la sanitat que volem per al nostre país. Vegem-ho per parts, i sempre des de la perspectiva de l'hospital com a una de les peces de tot el sistema sanitari. Ens referirem en aquest text al sistema sanitari en general, però farem referències explícites als hospitals en particular, sense oblidar la resta d'actors.

Territorialitat

En els darrers temps, s'ha fet servir la dispersió territorial com a argument per dir que la sanitat catalana té un cost elevat, ja que té una munió de centres dispersos i sovint redundants. Analitzem-ho…

En un estudi fet per P. B. Moyano [1] en el XI Congreso de Economía de Castilla y León (2008), es conclou que Catalunya té una concentració de població escassa, tant a capitals de província com a municipis petits (<2000 habitants). Per tant, la major part de població catalana viu en ciutats entre mitjanes i grans que no són capitals de província. Si hi afegim que el temps mitjà estimat per arribar a una consulta mèdica és de 15 minuts i 83 segons (amb només tres comunitats autònomes amb un temps mitjà més elevat), s'entén que els recursos assistencials estan distribuïts territorialment com la mitjana a l'Estat espanyol, o fins i tot per sota.

Malauradament, no disposem d'estudis que facin referència específica als hospitals. Però es pot deduir que, si aquests concentren els CAP de la zona, la distribució geogràfica dels hospitals hauria de ser similar a la dels centres de salut de la seva àrea d'influència.

Per tot això, cal concloure que la distribució de centres sanitaris a Catalunya no té una major dispersió que a altres àrees geogràfiques del nostre entorn. Hi ha peculiaritats, com ara zones on hi ha una alta concentració de centres, però habitualment són alhora les zones amb major concentració de població. Per tant, la distribució territorial no hauria de ser un problema a casa nostra.

Terciarisme. Reorganització de recursos

Fins fa poc temps i excepte en comptades excepcions, l'estructura de la xarxa permetia que els diversos centres oferissin —dins del catàleg de serveis de la cobertura pública— tot allò que podien fer en funció de la capacitat tècnica i humana que tenien. Amb la reorganització que ara es duu a terme, aquesta situació està canviant. Es tendeix a un model en què només uns centres concrets podran tractar determinades patologies, malgrat que els altres hi estiguin capacitats i no tinguin mals resultats. Això té dues conseqüències:

1 / Hi ha centres que tenen capacitat tècnica i disponibilitat humana per tractar aquestes patologies i ara aquesta possibilitat els és vetada, amb el consegüent malbaratament de recursos físics i humans. Hi ha exemples recents d'intents de tancament de dispositius que s'han hagut de suspendre pels riscos alts que representava tancar-los.

2 / Amb la concentració de patologies en determinats centres sovint es perd cohesió territorial. Els pacients han d'anar a centres molt més

1 Pesquera, M; Benito, P. *«La incidencia de la dispersión de la población en el coste de los servicios sanitarios en las comunidades autónomas españolas»*. XI Congreso de Economía de Castilla y León. Burgos, 20 i 21 de novembre de 2008.

llunyans del seu domicili per tractar-se determinats problemes de salut, sense que hi hagi un motiu objectiu per fer-ho que no sigui el purament econòmic.

Per altra banda, la concentració de determinada activitat en pocs centres té altres conseqüències:

1 / Quan hospitals de nivell mitjà i «tot terreny» perden complexitat, per mica que ens despistem, els convertim en poc més que «ambulatoris especialitzats». De fet, perquè soni millor, el Departament de Salut ha creat un terme per referir-s'hi: «Hospital Lleuger». Això implica que hem invertit uns recursos en tecnologia i en capital humà en uns centres que, a l'hora de la veritat, no es fan servir ni se'n treu el màxim profit. És trist.

2 / Estem concentrant determinades patologies en uns centres *high-tech* que han d'assumir la seva patologia complexa, la patologia complexa que els ve derivada dels altres centres i, a més, han de continuar sent hospital primari (els que tracten patologia poc complexa) de la seva àrea geogràfica de referència. Això, per poc que es consolidi, pot acabar col·lapsant aquests centres.

Així, el que es proposa és tancar (i, per tant, desaprofitar) mitjans dispersos al territori, mentre que d'altres estaran sobreexplotats i patint l'increment de llistes d'espera. Això és altament ineficient i pot donar arguments a qui preconitza que la gestió privada és millor. No ens enganyem, es tracta de decisions polítiques.

Per tant, el que caldria proposar és un sistema que aprofités i tragués el màxim profit als recursos físics i humans que té la sanitat pública. Cada centre, amb els límits que la bona praxi professional i la prudència de gestió marqui, ha de poder oferir el màxim d'atenció a la població.

Les decisions que s'han pres darrerament no tenen cap mena de sentit. Per exemple, la de fer tancar centres de salut a les nits argumentant que n'hi ha un de més gran o un hospital a 10, 15 o 30 minuts. Durant molts anys, hem estat inculcant a la població que calia una racionalització dels recursos i que, en cas d'urgència, s'havia d'anar primer a l'assistència primària, i no pas als hospitals. I ara minimitzem l'assistència primària i els diem que, davant de qualsevol incidència, cal anar directament als hospitals. Quan, per cert, potser no podran anar a qualsevol hospital, perquè els «Hospitals Lleugers» seran tancats… Això destrueix de ben segur el model que teníem fins ara. Si el que volem és un sistema que potenciï el paper de l'assistència primària en la promoció de la salut i la primera atenció dels problemes de salut de la població, la solució EN CAP CAS és fer-la cada cop més inaccessible per manca de recursos i dir a la població que el referent són els hospitals.

Titularitat

Als centres que donem assistència sanitària pública s'està vivint una evolució preocupant: fa anys, els professionals sanitaris que prestàvem assistència en aquests centres érem recriminats durament (i, de vegades, sancionats) si transcendia que fèiem cap referència a la possibilitat que el pacient podia acudir a la consulta privada per poder continuar sent atès sense llistes d'espera, i aprofitant la història i les exploracions fetes fins llavors. Fa uns anys, quan passava això, tots ens en fèiem creus. Ara, però, des de les mateixes gerències s'està incentivant l'aprofitament dels recursos públics (equipaments, serveis comuns, etc.) per facturar activitat a mútues o a consultes plenament privades; fins i tot se'n fa publicitat i NO PASSA RES.

Per altra banda, és comprensible que, amb uns pressupostos cada cop més minsos i que es decideixen políticament, els gestors dels centres vulguin aconseguir ingressos extra en paral·lel als ingressos públics per poder mantenir l'estructura tècnica i humana dels seus centres. Però això dóna peu a una col·laboració público-privada que, en un moment donat, pot ser arriscada: si els pressupostos públics fan cada cop més difícil la viabilitat dels centres, aquests seran venuts o gestionats per empreses que tenen com a objectiu principal l'ànim de lucre, en lloc de la promoció de la salut de la població. Com a màxim exponent d'això tenim el Model Alzira: s'ha demostrat, finalment, que té uns costos per a l'Administració superiors als que tindria si s'encarregués ella directament de la gestió, i també té uns professionals maltractats. Això sí, els inversors n'obtenen beneficis importants.

Per tant, el desitjable és que els centres públics estiguin suficientment finançats per l'activitat que han de fer i que es defugi de models mixtos que introdueixen possibles distorsions i sospites en la transparència de l'activitat d'aquests centres. Evidentment, la sanitat pública ha de continuar sent gestionada públicament, ja que no hi ha cap estudi que demostri que la gestió privada és més rendible i, a més, és clar que en mans privades una part dels pressupostos sanitaris no anirien a l'assistència de la població.

Docència / recerca

És evident que, amb les darreres retallades en salut, la docència i la recerca són uns dels aspectes que han patit més. Fins ara, Catalunya disposava d'uns professionals que es podien formar de manera més o menys adequada, tot i que tenien un sou inferior al dels seus homòlegs de la resta de l'Estat —i molt inferior al dels de la resta dels països europeus de primera línia (com França, Anglaterra, Alemanya, Bèlgica, etc.). A més, el sistema de salut invertia recursos en projectes d'estudis clínics i de desenvolupament (bé

adquirint tecnologia, bé subvencionant en forma d'hores de dedicació a professionals que estaven immersos en estudis d'alt nivell científic). Aquests recursos i el voluntarisme dels professionals feia que el nostre sistema de salut fos notable, a escala mundial, en progressos mèdics.

Avui en dia, això està en perill. Les plantilles tenen una pressió assistencial superior, massa sovint no és possible donar cobertura en forma de substitució a professionals que estan desenvolupant o volen desenvolupar un projecte d'investigació, i els fons per poder invertir en progressos tècnics cada vegada són més minsos. Amb tot, el grau d'excel·lència dels nostres professionals està en risc.

Aquesta situació només la podem revertir d'una forma: tenint clar que un sistema de salut d'excel·lència com el nostre s'aconsegueix, sobretot, amb bons professionals, però també amb recursos dedicats que aquests professionals puguin fer la seva tasca en les millors condicions possibles.

En un moment en què els recursos que l'Administració dedica al nostre sistema de salut són al nivell del que hi dedicava l'any 2005 o abans (l'any 2013 van ser 1.090,49 €/hab./any, i l'any 2006, 1.168,69 €/hab./any, [2] mentre que al País Basc, per exemple, l'any 2013 hi van dedicar 1.500,95 €/hab/any), [3] és clar que el problema no és que tenim un sistema de salut que no ens podem permetre, sinó que l'hem deixat de considerar una prioritat de país. De fet, segons dades del Ministerio de Economía y Hacienda, a Catalunya el pressupost de Salut va passar de ser d'un 33,89 % del total del pressupost de la Generalitat, el 2012, a un 30,46 %, el 2013 (és a dir, un 13,23 % menys), cosa que corrobora aquesta afirmació.

Si ens creiem que volem mantenir un sistema d'excel·lència, hem de tenir clar també que d'aquesta manera no el podem tenir: malgrat que la complexitat tècnica va en augment i la població cada vegada està més envellida i pluripatològica, la dotació pressupostària és similar a la de fa deu anys. Amb aquest infrafinançament, és clar que la docència i la recerca es veuen particularment malmeses, tendència que cal revertir amb urgència.

Interacció amb assistència primària

En aquest punt és molt probable que hi hagi més possibilitat d'evolució. Durant molts anys, l'assistència primària i l'hospitalària han estat desvinculades, i fins i tot han tingut històries clíniques diferenciades i no compartides.

2 Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Avantprojecte Pressupost del Departament de Salut per a l'any 2014*. (Novembre de 2013).

3 Ministerio de Hacienda y Administraciones públicas. Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local. «Presupuestos Generales de las Comunidades Autónomas - 2013».

D'uns anys ençà, en alguns centres concertats aquesta tendència s'ha començat a intentar revertir. Amb la creació d'estructures assistencials tipus OSI (Organització Sanitària Integral) es van començar a fer passos per tenir un continu assistencial entre la primària i l'hospital, tot i que avui encara hi ha feina per fer en aquest sentit. Als centres, encara s'ha d'interioritzar que, malgrat que el metge de família del CAP i el metge especialista de l'hospital són professionals que aborden el mateix pacient des de perspectives diferents, han de coordinar-se i compartir informació i coneixements. A hores d'ara, en aquests centres «model» encara es veuen fulls de derivació de pacients amb patologia poc freqüent, sense que hi hagi hagut una comunicació fluïda i directa entre els dos nivells assistencials.

Però això és el que succeeix en el millor dels casos. A bona part dels centres ni tan sols existeix aquesta coordinació i, per tant, és fonamental optimitzar aquest aspecte de l'estructura sanitària: només així es generarà un valor afegit en el tractament del pacient, que és el centre del sistema. Tot i això, s'ha de reconèixer que, sovint, per als metges de primària resulta MOLT complicat comunicar-se amb l'hospital. La raó principal: que gairebé no tenen temps ni per atendre les visites de la seva agenda (amb una mitjana d'una visita cada sis minuts, fins fa molt poc). Amb aquest ritme, és molt complicat coordinar-se amb l'hospital de referència. Això ho veurem en el punt següent.

Massificació. La precarització de les condicions laborals

Arribats a aquest punt, és vital tenir en compte un aspecte que les retallades en sanitat estan agreujant (a banda de la precarització de les condicions laborals, que és inherent a tot aquest procés): la massificació, amb les seves derivades, la deshumanització de l'atenció al pacient i la sobreprescripció de proves diagnòstiques.

La massificació no només incideix en les llistes d'espera. Si un metge pertany a un servei o un centre on no es cobreixen les baixes de companys, sovint fa la seva feina en precari. Aquest professional s'haurà de multiplicar per poder atendre tota la pressió assistencial que té a sobre, i el seu temps per PENSAR decreixerà de forma alarmant. En aquestes circumstàncies, moltes vegades el metge està temptat de fer servir les exploracions complementàries com a recurs per arribar a tot arreu i compensar el temps que hauria d'haver dedicat al malalt i no ha pogut dedicar-li. Tot i que són un molt mal substitut, les exploracions complementàries sovint poden substituir una història clínica detallada, una exploració física acurada i una avaluació del cas feta amb mínima calma. Des d'aquest punt de vista, doncs, i com diu el refrany castellà, «lo barato sale caro»: l'estalvi potencial que s'intenta fer deixant de

cobrir professionals, moltes vegades es veu malmès per un increment de la despesa per pacient, amb uns resultats iguals o pitjors. Això sí, el resultat és que s'han fet tota mena d'exploracions al pacient, i les gerències dels centres poden justificar que no han cobert el personal de baixa.

Per altra banda, aquesta mateixa massificació comporta que els metges no només fem de metges, sinó també d'infermers o infermeres (a les consultes sovint ja no hi ha suport d'infermeria que permeti fer una assistència de qualitat), o d'administratius (teclejant a l'ordinador històries, exploracions o demandes de proves complementàries). Aquesta situació fa que, massa sovint, els metges NO TINGUEM TEMPS per quelcom que EN CAP CAS hauríem d'haver deixat de fer mai: observar i escoltar. Ara, els metges estem tan atrafegats passant cursos clínics, fent clics de ratolí per demanar exploracions, o omplint formularis electrònics diversos al darrere de la pantalla de l'ordinador, que amb prou feines podem veure la cara del pacient —i encara menys la de l'acompanyant. Probablement, aquest canvi fa que l'assistència sanitària pública sigui cada cop més deshumanitzada.

En l'àmbit de l'assistència primària, això es tradueix en la impossibilitat de connectar de forma adequada i fluïda amb els companys de l'hospital. Amb una coordinació més bona entre els dos nivells assistencials, de ben segur que evitaríem més d'un desplaçament al pacient i, en definitiva, tractaríem molt millor la seva malaltia.

Tot el que acabem de comentar sobre els metges és absolutament traslladable a la resta de professionals sanitaris (infermers i infermeres, auxiliars, etc.) i no sanitaris: aquesta situació de precarietat fa que tots tinguin unes càrregues de treball molt superiors a les de fa uns anys (la ràtio de malalts per infermer o infermera va *in crescendo*, la substitució en determinades circumstàncies a infermeria per un auxiliar que ajuda un únic infermer o infermera per àrea, etc.). I el pitjor és que, a mesura que la pressió assistencial augmenta, també augmenta de forma exponencial el risc d'error.

Cal que esmercem esforços a revertir aquesta situació: hem d'aconseguir que els professionals sanitaris tinguem l'oportunitat de tornar a situar els pacients al centre de la nostra activitat. I és que, cada cop estem sent més engolits pel sistema i la burocràcia (electrònica, això sí) que l'acompanya.

Docència MIR i renovació de plantilles

L'any 2013, a Catalunya es van oferir un total de 1.011 places de formació especialitzada mèdica (MIR), un 2 % menys que la convocatòria del 2012.[4]

4 Podeu consultar la pàgina web de Metges de Catalunya: http://www.metgesdecatalunya.cat

Aquests metges passaran entre tres i cinc anys als centres sanitaris, on rebran formació de la seva especialitat. Quan acabin, seran metges especialistes amb una edat mitjana d'entre 30 i 35 anys, però no tindran feina.

Cal dir que, fins als anys 2010-2011, el sistema sanitari anava incorporant una part d'aquests especialistes: tenien contractes precaris, però amb el temps i molta dedicació s'anaven estabilitzant. Ara, però, la situació ha canviat radicalment. En el sistema actual, les cobertures per baixa i/o jubilació són molt escasses i, a més –a diferència d'èpoques pretèrites–, el sistema tendeix a contreure's en lloc d'expandir-se. És per això que la major part d'especialistes formats no tenen sortida a casa nostra, i han d'emigrar per trobar oportunitats de futur a països propers, on són contractats i valorats.

De tot plegat, en podem treure algunes conclusions:

1 / El sistema de formació de postgrau (MIR) és molt ben valorat.

2 / Sobretot estem formant metges, però també altres professionals sanitaris (d'infermeria, psicòlegs, etc.) que tenen un cost prou alt per al país com per després desaprofitar-los deixant que marxin.

3 / Un cop instal·lat en un altre país, el personal sanitari que marxa és molt difícil que se senti atret per tornar, tenint en compte que les condicions laborals del país triat són molt millors que les de casa nostra.

4 / És difícil d'entendre que el nostre país deixi marxar els seus professionals joves i preparats perquè no té lloc per a ells, quan els països del nostre entorn són capaços de generar-los oportunitats de treball.

5 / En l'àmbit de la xarxa concertada (que es va formar com a tal a la dècada dels anys 80), hi ha un gruix de metges, infermers i infermeres, auxiliars, tècnics de radiodiagnòstic, etc. que es van incorporar als centres tot just quan es van obrir, al principi de la seva carrera professional. Ara, bona part d'aquests professionals tenen una edat mitjana que és entre els 50 i 60 anys, cosa que fa previsible que en els propers deu anys hi hagi un gruix important de professionals que es jubilaran. Llavors, trobarem a faltar tots aquests professionals emigrats que, per les condicions del nostre país, potser no voldran tornar. Llavors, es produirà la paradoxa que dèiem: no podrem aprofitar professionals que hem estat formant durant anys, i ningú no sap què caldrà fer per cobrir les vacants que es generin. D'això se'n diu planificació: cal que planifiquem les necessitats dels nostres professionals i que mirem de retenir-los per evitar que quan els necessitem hagin marxat.

Finalment, una reflexió sobre aquest tema: els metges en formació s'estan formant. Sembla una redundància absurda, però cal tenir-ho en compte. Amb les retallades, les direccions dels centres estan oblidant aquesta obvietat. Ho expliquem: Els residents tenen un programa formatiu aprovat pel Ministeri d'Educació, el de Sanitat i la Societat Científica corresponent. En

aquests programes, hi diu que el metge en formació ha d'estar tutelat en tot moment. També hi diu què pot fer tot sol i què no. A més, s'hi especifica que la major part del seu temps ha d'estar dedicat a fer feines de formació i de col·laboració en recerca. Doncs bé, darrerament, això s'està incomplint: cada vegada més sovint, les tasques que deixen de fer els especialistes (de baixa o jubilats) s'estan assignant a metges en formació, sense que aquesta acció tingui cap objectiu docent per al MIR, sinó únicament el d'estalvi (són «mà d'obra econòmica»). Aquest fet, que s'està generalitzant cada vegada més, té dues conseqüències a curt o mitjà termini:

1 / La formació dels nostres metges s'està deteriorant, ja que s'estan substituint tasques formatives per tasques assistencials.

2 / L'assistència també empitjora, perquè un especialista en formació passa a fer les tasques que normalment feia un especialista format.

Per tant, cal replantejar el model de formació actual: en primer lloc, per adequar la formació a l'oferta posterior; en segon lloc, per garantir una formació adequada (i no pas convertir els qui s'estan formant en mà d'obra barata); i en tercer lloc, per mantenir el nivell assistencial que teníem fins ara.

Competències professionals

Pel que fa a les competències professionals, també s'estan produint canvis que alteren el model assistencial actual.

Partim de la base que aquest model era qualificat per tothom de model assistencial públic d'excel·lència, un model en què cadascun dels professionals sanitaris que hi intervenia tenia les competències ben assignades. Cadascú sabia què hi havia de fer i, així com hi havia competències d'infermeria que eren potestat d'aquest col·lectiu, també hi havia competències que eren exclusives dels metges. Ara, aquest sistema està canviant, de manera que cada cop es desdibuixa més qui hi fa què. I això comporta uns riscos…

Un exemple: les visites virtuals preoperatòries amb l'anestesista. És un exemple clar de com un sistema que hauria de servir per atendre millor els pacients es perverteix per un tema estrictament de costos, fins al punt que algun dia prendrem mal. I com s'està intentant implantar? Fins ara, quan una persona s'havia d'operar, visitava un anestesista que valorava aspectes relacionats amb les proves preoperatòries, però també la tipologia del pacient, per tal de preveure complicacions potencials de l'acte anestèsic. Doncs bé, aquesta visita s'està començant a substituir per l'anomenada «visita virtual», en què normalment un infermer o infermera revisa les analítiques, els electrocardiogrames i les radiografies del pacient (cosa que fins ara feia un metge) i després li truca per telèfon. En aquesta trucada, es fa un qüestionari al pacient, malgrat que ningú no pot garantir que qui diu ser el pacient ho sigui realment (cosa que vulnera la llei orgànica de protecció de dades). Si el pacient passa el qüestionari satisfactòriament, se li programa la intervenció sense cap altre valoració presencial.

Amb aquest nou sistema: 1) Es perd la valoració presencial del pacient, cosa que és insubstituïble. 2) Que les proves preoperatòries, com electrocardiogrames i radiografies, les interpreti personal d'infermeria ens porta a un terreny molt perillós, deixant de banda la capacitat de cada professional per fer diagnòstics. Què passa si un metge interpreta equivocadament un electrocardiograma i això té conseqüències per al pacient? Doncs que el metge haurà comès un error i n'haurà d'assumir les responsabilitats. Però, què passa si l'equivocació la comet l'infermer o infermera? N'haurà d'assumir les repercussions en solitari? O en serà responsable el metge de l'equip? De fet, si aquest metge és el responsable de l'equip, per quin motiu l'infermer o infermera és qui fa la interpretació de les proves?

Com crec que he pogut constatar, aquest canvi —probablement pensat per estalviar despesa— introdueix una sèrie de riscos en la prestació del servei sanitari que no haurien de ser assumibles pels seus professionals. Si hi afegim el fet que mencionàvem abans —que el metge dedica més temps a activitats que no li són pròpies que no pas a fer de metge—, és normal que cada cop hi hagi més embolic sobre qui fa què. I tot plegat fa que el clima de confusió i de pessimisme es vagi generalitzant a poc poc entre els professionals. Calen canvis, però en cap cas han d'anar en el sentit que van…

En el millor dels casos, la sanitat pública catalana no té rumb. I si en té, no arribarà pas a bon port. Tot i això, encara som a temps de redreçar la situació. Ens hi posem?

Altres fonts bibliogràfiques

- Organització Mundial de la Salut. «Desafíos de un mundo en transformación». A *Informe sobre la Salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Cap. 1 (2008).

XVII

PROCÉS CONSTITUENT I DRET A LA SALUT: ALGUNES PROPOSTES DE REGULACIÓ DEL DRET A LA SALUT PER A UNA NOVA CONSTITUCIÓ

Albert Noguera

Introducció

Actualment, ens trobem en una situació en què l'estat liberal ha trencat el doble vincle que havia establert amb la societat i sobre el qual havia fonamentat la seva legitimitat durant els últims dos segles i mig: el vincle procedimental o institucionalització d'un procés polític basat en la participació/representació dels ciutadans en la presa de decisions, i el vincle substancial o garantia jurídica dels drets fonamentals.

En aquest context, s'ha començat a plantejar la necessitat d'activar un procés constituent que permeti restablir noves formes polítiques i econòmiques autènticament democràtiques d'organització.

Un procés constituent implica la redacció d'una nova constitució en què la regulació dels drets constituirà, segurament, un dels principals centres de debat i d'atenció de la mateixa. Aquest capítol pretén presentar uns apunts introductoris de com podria regular-se el dret a la salut en aquest futur text constitucional.

Som conscients que el dret a la salut no es pot entendre només des d'un punt de vista merament sanitari, és a dir, entendre la salut com el fet de viure molts anys en absència de malalties, dolor i sofriment (en el sentit sanitari de l'expressió) i sense necessitat d'ajuda d'altres persones. La mateixa Organització Mundial de la Salut (OMS), en la seva norma constitutiva de 1946 va establir una definició molt més àmplia de salut com a «estat de complet benestar físic, mental i social, i no sols l'absència d'afeccions i malalties». Això vol dir que garantir el dret a la salut implica l'adopció de normes i polítiques en l'àmbit sanitari, però també en l'àmbit laboral, mediambiental, alimentari, de consum, etc.

No obstant això, i per una raó evident d'impossibilitat de tractar de manera global el dret a la salut en un text com aquest, tot seguit ens limitarem a plantejar només algunes propostes destinades a garantir un aspecte molt concret i fonamental del dret a la salut: l'establiment d'un sistema sanitari públic, universal, gratuït i de qualitat.

Encara que moltes vegades es diu que un mer reconeixement constitucional d'un dret i les seves garanties és una fórmula buida si no va acompanyada d'una voluntat política posterior del govern de torn, creiem que és indiscutible que, amb tots els seus límits, el simple reconeixement constitucional d'un dret i les seves garanties té repercussions pràctiques importants, tant en el supòsit que s'apliquin com, fins i tot, quan s'incompleixin, perquè tenen un rol expressiu i polític. Si l'Estat incompleix un dret no reconegut no té cap tipus de responsabilitat, però, per contra, si incompleix una obligació que ja ha passat a ser seva, sí que la té. La distinció és important conceptualment, però també en el pla polític, ja que serveix per assignar obligacions i responsabilitats més clarament. D'aquí la importància d'establir una regulació garantista del dret a la salut en qualsevol nou text constitucional.

Dividirem aquesta breu proposta introductòria de regulació constitucional del dret a la salut en els temes següents:

1 / El reconeixement constitucional del dret a la salut.
2 / Qui té dret a la salut?
3 / Com garantim l'eficàcia del dret?
4 / Els vincles del dret a la salut amb la resta de parts de la Constitució.
5 / Les disposicions transitòries i el mandat al legislador.

El tractament constitucional del dret a la salut: el reconeixement explícit del seu caràcter únicament públic i gratuït

La majoria de constitucions fan referència al dret a la salut. Ara bé, l'enunciació del dret pot fer-se de maneres diverses. L'actual Constitució Espanyola (CE) fa una referència genèrica al «dret a la protecció de la salut» en l'article 43. No obstant, una vegada anunciat el dret, aquest queda

obert a la possibilitat de ser relativitzat o buidat de contingut, ja que el text constitucional delega a la llei la regulació de la forma d'organització del servei i criteris d'accés al mateix.

Això ha permès que durant els anys posteriors a l'aprovació de la Constitució, els governs de torn hagin pogut establir, per exemple, la possibilitat (es tracta d'una habilitació) del cobrament de taxes (en realitat, preus públics) per assistència sanitària,[1] la qual cosa permet instaurar el "copagament" sense necessitat de modificar la llei i sense que impliqui contradicció amb la Constitució. També permet la possibilitat d'obrir centres sanitaris privats sense l'obertura d'un concurs públic —ja que es considera exercici de la llibertat d'empresa—,[2] o la possibilitat de privatitzar la gestió de centres públics[3] i de fer un ús freqüent de les fórmules d'adscripció de centres sanitaris privats al Sistema Nacional de Salut (SNS).

El desenvolupament legislatiu del dret ha provocat que, tot i el reconeixement constitucional del dret a la salut, a la pràctica aquest hagi estat buidat, en gran part, de contingut per via legislativa.

Sembla clar, doncs, que una manera d'evitar això passaria per establir a la Constitució no una enunciació genèrica, sinó una enunciació clara i precisa del dret, assenyalant-ne expressament el caràcter «únicament públic i gratuït en tots els nivells d'atenció» i la «prohibició de la prestació de serveis privats de salut, així com qualsevol forma de gestió privada de centres públics de salut». D'aquesta manera, s'impediria qualsevol desenvolupament legislatiu posterior que pogués implicar riscos per a l'eficàcia del dret.

Qui té dret a la salut? El principi d'universalitat

Històricament, els criteris utilitzats per determinar la titularitat o l'accés als drets no han estat la condició de persona, sinó molts d'altres: criteris d'edat, gènere, econòmics… La majoria d'aquests criteris desapareixen, almenys formalment, al segle XX, però són reemplaçats per d'altres de nous, com ara la ciutadania o nacionalitat.

A partir de la noció de *ciutadania* com a estatus a què s'associen els drets, introduïda per Thomas H. Marshall l'any 1950,[4] molts dels processos de

1 Articles 46.1d i 79.1 de la Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat (LGS).

2 Articles 88 i 89 de la LGS.

3 Aquesta va ser impulsada en el seu moment per la Llei 15/1997, de 25 d'abril, sobre habilitació de noves formes de gestió del Sistema Nacional de Salut.

4 Marshall, T.H. *Ciudadanía y clase social*. Madrid: Alianza, 1998.

constitucionalització de drets, especialment del segle XX, van incórrer en el que podem denominar una «ciutadanització dels drets»: van incorporar gran part d'aquests dins de l'àmbit d'influència d'un model de ciutadania que buida de contingut la noció d'atribució universal de personalitat, i atorga drets només als qui posseeixen la "ciutadania", vinculada a la "nacionalitat" del país en qüestió.

A l'Estat espanyol, la Llei General de Sanitat i el denominat «decret d'universalització»[5] havien establert un model caracteritzat per l'accés universal a la salut i la progressiva «deslaboralització» subjectiva del dret, reconegut a totes les persones amb independència de la seva participació en el mercat de treball i, per tant, de si cotitzen o no. Però, a partir del 2003, tot i mantenir-se la universalitat del servei, es van començar a establir certes barreres d'accés.

Un primer tipus de barrera d'accés a l'assistència sanitària va ser el dels requisits administratius previs. L'article 75 de la Llei 16/2003[6] i el Reial decret 183/2004[7] regulen l'anomenada targeta sanitària individual de manera tan confusa (sembla que la targeta només s'atorgui als qui tenen dret a l'assistència gratuïta) que pot dificultar l'assistència als qui no tenen aquesta targeta.

No obstant, a partir del 2012, [8] es posa fi de manera definitiva a la universalitat, excloent-se la possibilitat de rebre assistència sanitària a l'Estat espanyol, amb càrrec a fons públics, per part dels estrangers en situació d'irregularitat administrativa i altres persones no assegurades.

L'única manera de superar aquesta limitació inacceptable i trencar el vincle entre ciutadania i nacionalitat passa pel reconeixement constitucional explícit del principi d'universalitat dels drets. La idea d'universalitat dels drets significa que aquests s'adscriuen a tots els éssers humans sense cap tipus d'excepció possible. Això es pot fer iniciant la redacció de la disposició referida al dret a la salut amb l'expressió «totes les persones tenen dret a la salut» o bé establint de manera genèrica en un article autònom que afecti tots els drets: «Totes les persones són titulars i gaudiran dels drets reconeguts en aquesta Constitució i en els tractats internacionals de drets humans».

Davant de l'argument fàcil i trampós que moltes vegades s'utilitza per objectar aquesta proposta, consistent a afirmar que això implicaria l'arribada incontrolable d'immigració i el col·lapse dels serveis, contestem que no hem

5 Reial decret 1088/1989, de 8 de setembre, pel qual s'estén la cobertura de l'assistència sanitària de la Seguretat Social a les persones sense recursos econòmics suficients.

6 Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut (LCC).

7 Reial decret 183/2004, de 30 de gener, pel qual es regula la targeta sanitària individual.

8 A través de l'article 1 del Reial decret-llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar-ne la qualitat i seguretat de les prestacions.

de confondre debats. D'una banda, hi ha el debat sobre la política de fronteres («fronteres obertes o fronteres tancades»), és a dir, si haurien de poder entrar al país totes les persones, cap o només les que compleixin determinats requisits. Sobre aquesta qüestió no ens posicionarem aquí. D'altra banda, hi ha el debat que ens ocupa en aquest article, el d'«inclusió o exclusió», que fa referència al fet que totes aquelles persones que es trobin dins del país, independentment de quina sigui la seva situació administrativa, han de tenir garantida la seva dignitat humana i, per tant, de conformitat amb el principi d'universalitat, han de tenir accés als drets en igualtat de condicions que la resta de residents.

Com garantim l'eficàcia del dret a la salut?

En la majoria de constitucions, les garanties s'entenen lligades a la funció judicial, i es reconeixen només les anomenades «garanties jurisdiccionals», és a dir, diferents recursos (d'empara, preferent i sumari, recurs d'inconstitucionalitat, ordinari, etc.) que permeten protegir o fer efectius els drets davant dels tribunals. Una de les novetats que podríem incorporar a la nova Constitució són noves garanties que vagin molt més enllà de l'àmbit judicial i vinculin tots els poders de l'Estat (el legislatiu, l'executiu i el judicial). Conjuntament amb les garanties jurisdiccionals, proposem incorporar el que podríem anomenar «garanties normatives i de polítiques públiques». Veurem primer en què consistirien aquestes últimes, i després ens detindrem en les jurisdiccionals.

1. Les garanties normatives o de polítiques públiques: la prohibició de regressivitat dels drets i el dret a la despesa pública com a dret subjectiu

Anomenem «garanties normatives o de polítiques públiques» aquelles que servirien per establir determinats límits o criteris d'aquestes polítiques, d'obligatori compliment per part dels poders públics, a l'hora del desenvolupament legislatiu o de la implementació política del dret. Entre aquestes garanties, caldria fer especial esment a la prohibició de regressivitat del dret i al que podríem anomenar «el dret a la despesa pública com a dret subjectiu i autònom».

Respecte a la incorporació a la Constitució d'una clàusula de prohibició de regressivitat dels drets, aquesta podria adoptar la forma següent: «Cap norma jurídica podrà restringir o menyscabar el contingut dels drets i garanties ja reconeguts».

Entenem com a regressives totes aquelles disposicions i polítiques l'aplicació de les quals signifiqui un desmantellament en el nivell de gaudi o exercici d'un dret ja reconegut i protegit. La incorporació al text constitucional de la clàusula de prohibició de regressivitat de drets imposaria una limitació sobre els poders legislatiu i executiu a les possibilitats d'adoptar reformes legislatives «a la baixa» o de desmantellament dels drets ja reconeguts. També seria una garantia per al titular del dret, així com una obligació per al poder judicial, que hauria de fer respectar aquest principi. El fonament d'aquesta clàusula el trobaríem en l'extensió del principi de seguretat jurídica al camp de les posicions creades pels drets. Així, si existís aquesta clàusula, qualsevol llei o política que impliqués un retrocés o un desmantellament del servei de salut seria inconstitucional.

Actualment, aquesta és una clàusula no reconeguda, ni per la CE ni per la jurisprudència del Tribunal Constitucional espanyol (TC). Més aviat al contrari: ja des del seu inici, el TC ha consagrat la possibilitat de regressivitat com a principi que permet la disponibilitat del contingut material dels drets socials. Vegeu com a exemple el pronunciament del TC sobre l'article 50 de la CE relatiu a la protecció dels ancians, on assenyala que no existeix el deure de mantenir «totes i cadascuna de les pensions inicials en la seva quantia prevista ni que totes i cadascuna de les ja causades hagin d'experimentar un increment anual».[9]

En canvi, constitucions com la del Brasil, de 1988 (art. 5.XXXV), o d'Equador, de 2008 (art. 11.4), han reconegut aquesta clàusula, que, a més, pot derivar-se també de disposicions de tractats internacionals de drets humans, com l'article 2 del Pacte Internacional de Drets Econòmics Socials i Culturals (PIDESC).

També existeix jurisprudència en la matèria: són diverses les sentències de la Cort Constitucional de Colòmbia[10] on, a partir de la interpretació de l'article 48 de la Constitució Colombiana, aquesta ha acollit la regla que tota modificació legal de caràcter regressiu de drets ja reconeguts ha de presumir-se com a inconstitucional. Com a exemple relatiu al dret a la salut, podem citar la sentència C-671, de 2002, de la Cort Constitucional de Colòmbia.[11]

---

9 Sentència TC 134/1987, de 21 de juliol.

10 Colòmbia. Cort Constitucional de Colòmbia. Sentències C-789, de 2002; C-038, de 2004; o C-228, de 2011.

11 A través d'aquesta sentència, la Cort Constitucional de Colòmbia va declarar la inconstitucionalitat del paràgraf tercer de l'art. 24 del Decret llei 1975 de 2000, que impedia que els pares de certs membres de la Força Pública poguessin continuar essent beneficiaris del sistema de salut de les Forces Militars i de la Policia com havien estat fent fins aquell moment. Aquella exclusió provocava que molts no tinguessin la possibilitat de ser beneficiaris d'un altre sistema de seguretat social en salut. La Cort va considerar que aquesta era una disposició regressiva d'un dret ja reconegut i que, per tant, havia de considerar-se com a inconstitucional.

Pel que fa a la incorporació en una nova Constitució d'un «dret a la despesa pública» com a dret subjectiu i autònom, podria adoptar la forma següent: «Totes les persones tindran dret a la despesa pública necessària per fer efectius els seus drets. La falta de recursos econòmics no pot ser mai una justificació per negar drets a una persona».

Com sabem, és fonamental establir mecanismes econòmics que permetin assegurar el manteniment i l'accés universal dels serveis públics. Durant els últims anys, el desmantellament de drets s'ha fet, principalment, a través d'una reducció del pressupost econòmic assignat als mateixos. En aquest sentit, una de les novetats que podria incorporar-se en una nova Constitució seria el reconeixement d'un dret constitucional a la despesa pública com a dret subjectiu i autònom amb les seves respectives garanties, com qualsevol altre dret.

Si bé la despesa pública no ha estat mai objecte de tractament constitucional directe, són moltes les disposicions a l'interior de les constitucions de tots els països que hi tenen relació.

L'article 366 de la Constitució Colombiana de 1991 estableix: «El benestar general i la millora de la qualitat de vida de la població són finalitats socials de l'Estat. Serà objectiu fonamental de la seva activitat la solució de les necessitats insatisfetes de salut, d'educació, de sanejament ambiental i d'aigua potable. A aquest efecte, en els plans i pressupostos de la nació i de les entitats territorials, la despesa pública social tindrà prioritat sobre qualsevol altra assignació».

En altres constitucions s'ha incorporat fins i tot algun cadenat de despesa en determinades partides pressupostàries: això és, l'obligació del govern d'invertir anualment un mínim tant per cent determinat del Pressupost General de l'Estat en algunes partides. Així ho van establir, l'any 2011, els diputats de l'Assemblea Legislativa de Costa Rica quan van aprovar, per unanimitat, una reforma de l'article 78 de la Constitució que obliga l'Estat a invertir, com a mínim, un 8 % del PIB anual del país en educació. O a Equador, mitjançant la disposició transitòria vint-i-dosena de la Constitució de 2008.[12] O a Bolívia, a través de l'article 37 de la Constitució, que diu que la salut «es constitueix en una funció suprema i primera responsabilitat financera» de l'Estat.

Sembla evident que de tots aquests articles es deriven directrius per a l'Estat de realitzar despesa pública social per garantir l'eficàcia dels drets i prestacions esmentats. Això fa que alguns autors ja hagin començat a plantejar

12 Aquesta disposició estableix: «El Pressupost General de l'Estat destinat al finançament del sistema nacional de salut, s'incrementarà cada any en un percentatge no inferior al 0,5 % del PIB, fins a aconseguir almenys el 4 %».

l'existència implícita en aquests textos constitucionals d'un dret constitucional a la despesa pública amb «autonomia didàctica», però «no jurídica».

Ara bé, la simple existència en els textos constitucionals de normes que tenen relació amb la despesa pública, però sense el caràcter de dret subjectiu autònom, limita l'objectiu final. Això implica simplement que l'Estat hagi de destinar partides al pressupost. Ara bé, com va assenyalar el TC espanyol,[13] «els crèdits consignats en els estats de despeses dels pressupostos generals no són font d'obligacions; només constitueixen autoritzacions legislatives perquè dins d'uns determinats límits l'Administració de l'Estat pugui disposar dels fons públics necessaris per actuar». La proposta que aquí formulem va molt més enllà, i implica reconèixer el dret a la despesa pública com un nou dret constitucional, un dret subjectiu amb autonomia jurídica pròpia que cal incorporar a la Constitució.

D'aquesta manera, es tractaria ara d'un dret subjectiu situat fora del dret pressupostari i amb autonomia jurídica pròpia, en què la despesa pública ja no s'entendria com a simple exercici o desenvolupament d'una funció pública específica, sinó com a obligació de l'Estat, ja que els particulars en podrien al·legar l'exigibilitat davant dels tribunals. El fonament d'aquest dret el trobaríem en la idea que la falta de recursos econòmics mai no pot ser una raó per negar drets constitucionals a una persona. Existeix jurisprudència on s'ha plantejat aquest principi.

El 1973, va tenir lloc a la Cort del WD d'Arkansas, als Estats Units, un cas[14] en què els demandants van denunciar que les condicions de la seva detenció a la presó del comtat de Pulaski havien implicat una vulneració dels seus drets constitucionals a la igualtat davant la llei, a un procés adequat, així com de la vuitena esmena de la constitució nord-americana, que prohibeix els *«cruel and inusual punishments»* ("càstigs cruels i inusuals"). Els mateixos responsables de la presó van admetre que aquesta no complia els requeriments federals mínims, i van argumentar que això es devia a un retard en el finançament que el centre havia de rebre. La resposta de la cort va ser clara: «La insuficiència de recursos no pot ser mai una justificació adequada perquè l'Estat exclogui una persona dels seus drets constitucionals. Si l'Estat no pot obtenir els recursos necessaris per detenir persones que esperen judici, de conformitat amb les normes constitucionals mínimes, senzillament l'Estat no està autoritzat per detenir aquestes persones».

També en altres països, com a l'Argentina, trobem jurisprudència en el mateix sentit. L'any 2002, la Cort Suprema de l'Argentina resol una

13 STC 63/1986, de 21 de Maig.

14 Cas *George Hamilton, et al., Plaintiffs v. Monroe Love, Cherif of Pulaski County, et al. Defendants*. (Cort del Districte, E. D. Arkansas, W. D., 11 de juliol 1973).

demanda contra la província de Buenos Aires promoguda arran de la mort de 35 detinguts de la presó d'Olmos. En aquesta decisió, la Cort estableix: «aquestes doloroses comprovacions […] no troben justificació en les dificultats pressupostàries. […] Les mancances pressupostàries, encara que s'han de tenir en compte, no poden justificar transgressions d'aquest tipus. Privilegiar-les seria tant com subvertir l'estat de dret i deixar de complir els principis de la Constitució i els convenis internacionals que comprometen la Nació enfront de la comunitat jurídica internacional». [15]

Amb aquest principi es nega que les raons pressupostàries puguin ser vàlides per limitar la protecció de drets, és a dir que, en cas de reducció pressupostària, el govern estarà obligat a prioritzar la despesa social i a retallar en altres partides. És el contrari del que estableix l'actual CE: mitjançant l'última reforma de 2011 de l'article 135, ha constitucionalitzat l'obligació de les administracions d'haver de donar «prioritat absoluta» en els pressupostos al pagament dels interessos i del capital del deute públic sobre altres inversions, encara que això impliqui sacrificar altres objectius o drets constitucionals de protecció social com la salut.

2. Les garanties jurisdiccionals: la creació d'instruments per a la defensa popular del dret a la salut

Les garanties jurisdiccionals fan referència al conjunt de recursos que es poden presentar davant dels tribunals per a la defensa dels drets. En aquesta esfera, una nova Constitució podria incorporar a la nostra tradició jurídica moltes reformes i novetats jurisdiccionals.

Des del punt de vista de les garanties jurisdiccionals, un primer element fonamental és la superació del tracte desigual entre grups de drets que la majoria de constitucions fan entre drets civils i polítics —als quals consideren drets fonamentals— i drets socials —als quals consideren drets no fonamentals o de "segona categoria".

La mateixa CE defineix els drets civils i polítics com a «drets fonamentals» (art. 15 a 29) i, en canvi, defineix l'àmplia majoria dels drets socials, inclòs el dret a la salut (art. 43), no com a drets, sinó com a un altre tipus de normes –concretament com a «principis». A més, els ubica dins del capítol «Principis rectors de la política social i econòmica» (art. 39 a 52). Aquest tracte desigual dels drets té com a conseqüència un grau també desigual de protecció jurisdiccional. L'article 53 de la CE estableix

15 Argentina. Cort Suprema de l'Argentina. Decisió 318:2002 (cas «Badín, Rubén y otros c/ Buenos Aires, Provincia de»).

diferents tipus de garanties jurisdiccionals per als drets fonamentals que per als esmentats «principis». Així ho reconeix el mateix TC.[16] Mentre els primers es consideren drets directament aplicables (exigibles davant dels tribunals independentment de si existeix una llei que els desenvolupa) i per a la protecció dels quals poden usar-se recursos de ràpida resolució —com el recurs preferent i sumari i el recurs d'empara davant del TC—, els segons queden exclosos de la consideració d'aplicabilitat directa (si no existeix una llei que els desenvolupen no poden exigir-se davant dels tribunals) i dels recursos esmentats; només es poden exigir davant la jurisdicció ordinària mitjançant un lent procediment.

Aquest grau de protecció desigual ha provocat que, en la majoria d'ocasions, l'única manera que el TC ha tingut de protegir el dret a la salut no ha estat protegint-lo com a tal –ja que la CE no el reconeix com a dret fonamental–, sinó vinculant-lo o considerant-lo part del dret a la vida i la integritat física, que sí que són considerats drets fonamentals per la CE.[17]

Per tant, una primera condició indispensable per garantir una plena protecció jurisdiccional del dret a la salut, igual que la de tota la resta de drets, és eliminar qualsevol forma de rang entre aquests, reconeixent-los tots a la Constitució com a drets d'igual jerarquia, directament aplicables i amb el màxim i igual grau de garanties jurisdiccionals. Amb aquesta finalitat, constitucions com la de Veneçuela, de 1999, o les d'Equador, de 1998 i 2008, ja no fan servir l'expressió «drets fonamentals», sinó simplement «drets» o «drets humans». En models en què les diferències entre drets ja no existeixen en l'ordre de l'exigibilitat judicial o respecte a les obligacions que generen, ja no té sentit continuar mantenint la diferenciació entre drets fonamentals i no fonamentals.

Reconegut aquest primer element indispensable, podríem fer referència a altres novetats que s'han d'entendre vinculades entre elles i que afectarien: els subjectes amb legitimitat activa per exigir jurisdiccionalment els drets, la democratització d'accions jurisdiccionals ja existents, i la introducció de noves accions jurisdiccionals populars. Veguem-les una a una.

Pel que fa a la primera, caldria el reconeixement constitucional dels nous subjectes col·lectius informals i circumstancials (plataformes, marees, assemblees, etc.). Si bé tradicionalment el subjecte de referència ha estat l'individu, o persones jurídiques correctament registrades, un nou constitucionalisme adaptat als nostres temps hauria de reconèixer també, explícitament, la multiforme i canviant pluralitat de moviments socials. Així, doncs, caldria reconèixer aquests últims com a subjectes de drets,

16 ATC 241/1985.

17 Vegeu, com a exemple, les SSTC 119/2001, 5/2002, 62/2007, 160/2007 o 37/2011.

que tinguessin la possibilitat d'interposar els recursos jurisdiccionals per a la protecció de drets. Dit d'una altra manera, s'hauria de contemplar la possibilitat que tots els drets i accions jurisdiccionals es puguin exercir individualment o col·lectivament. En tenim un exemple a la Constitució de Bolívia del 2009: el seu article 14.III assenyala com a titulars dels drets totes les persones i tots els col·lectius, ja siguin pobles o nacions a l'interior de l'Estat o organitzacions socials, independentment de si estan registrades o no. La legislació que ha desenvolupat aquest article,[18] reconeix com a actors de la participació i el control social la societat civil organitzada, ja sigui en forma d'organitzacions orgàniques i reconegudes legalment (sindicats, etc.), comunitàries (organitzacions, pobles o nacions indígenes) o informals i circumstancials (aquells que s'organitzen per a un fi determinat i que quan han aconseguit el seu objectiu deixen d'existir). D'acord amb l'article 14.III de la Constitució, tots tenen la possibilitat d'exercir i presentar col·lectivament accions jurisdiccionals per a la protecció dels seus drets.

Sobre la democratització de recursos jurisdiccionals ja existents, podríem fer referència, per exemple, al reconeixement d'una acció ciutadana d'inconstitucionalitat. Si bé el recurs d'inconstitucionalitat és una acció comunament prevista en moltes de les constitucions europees actuals, la legitimació activa per interposar-la correspon en exclusiva als poders constituïts. A l'Estat espanyol, i d'acord amb l'article 162 de la CE, correspon al president, diputats, senadors, defensor del poble, òrgans col·legiats o parlaments de comunitats autònomes.

Aquesta legitimació activa reduïda als poders constituïts respon a la lògica de la tripartició de poders. Com a corol·lari de la delegació de la sobirania en mans dels ciutadans més capaços –això és, els representants polítics–, i per evitar possibles abusos de poder per part d'aquests, deia Montesquieu al segle XVIII que calia dividir el poder en tres (legislatiu, executiu i judicial), i que cadascun tingués capacitat de limitar el poder de l'altre. La tripartició de poders (l'origen de la qual és en la divisió de poders a Anglaterra entre monarquia, noblesa i comuns o burgesia), és un sistema d'autocontrol del poder, exercit de manera separada del poble, mitjançant uns mecanismes de pesos i contrapesos entre els poders de l'Estat. D'acord amb aquesta lògica, només els tres poders de l'Estat es poden exercir control i presentar-se recursos o qüestions d'inconstitucionalitat entre ells, cosa que no poden fer els ciutadans.

Davant d'aquesta concepció i partint, a la inversa, de la lògica rousseaniana de control ciutadà sobre el poder, ha estat tradicionalment reconeguda en part del constitucionalisme llatinoamericà la possibilitat que

18 Llei núm. 241 de participació i control social, de 5 de febrer de 2013.

els ciutadans, individualment o col·lectivament, puguin interposar accions d'inconstitucionalitat sol·licitant la nul·litat d'aquelles normes legals dictades pel legislatiu o l'executiu que vulnerin disposicions o drets reconeguts a la Constitució. Aquest recurs es constitueix, així, com a instrument jurisdiccional de defensa popular. En podem posar diversos exemples.

L'any 2009, un grup de ciutadans colombians va interposar una acció ciutadana d'inconstitucionalitat contra una llei de reforma constitucional dictada per l'Assemblea Nacional,[19] que introduïa modificacions en l'article 49 de la Constitució, referit al dret a la salut. Concretament, la llei introduïa la frase «Portar i consumir substàncies estupefaents o psicotròpiques està prohibit, llevat de prescripció mèdica». Els demandants argumentaven que la prohibició de l'autoconsum de determinades substàncies vulnerava l'autonomia personal i la dignitat humana –entesa com la possibilitat de dissenyar un pla vital i de determinar-se segons les seves característiques («viure com es vulgui»)–, tots dos elements essencials i definitoris de la Constitució.[20]

Entenent que la vulneració de drets no només es pot produir per una acció positiva, sinó també per una omissió, el mateix any 2009 diverses organitzacions socials veneçolanes (entre les quals, Acción Ciudadana Contra el Sida, PROVEA, o Acción Solidaria) van interposar una acció ciutadana d'inconstitucionalitat per omissió contra l'Assemblea Nacional. Argumentaven que la Constitució del 1999, en la seva disposició transitòria sisena, ordenava a l'Assemblea promulgar una llei de salut en un màxim de dos anys, i que, superat el termini, aquesta encara no ho havia fet. Exigien, per tant, la promulgació d'una nova llei que reestructurés, organitzés i millorés el sistema nacional de salut.[21]

Pel que fa a la creació de noves accions jurisdiccionals, podem fer referència, per exemple, a les anomenades «accions populars» o figures similars reconegudes en constitucions com la del Brasil, de 1988, o la de Colòmbia, de 1991. Aquestes són demandes col·lectives que pot interposar, sense necessitat d'advocat i davant de qualsevol jutge municipal, tota persona o organització popular o cívica. Les demandes es poden fer en representació d'una comunitat, demanant el cessament d'actes o omissions de l'Administració, o d'un tercer privat que impliquin o puguin arribar a implicar una amenaça o vulneració dels drets o interessos col·lectius de la comunitat. A més, han de ser resoltes de manera àgil i ràpida pels tribunals. Per tant, és una acció a través de la qual un grup de persones, afectades per una mateixa causa i que requereixen un remei

19 Assemblea Nacional de Colòmbia. Acte legislatiu, núm. 2, 21 de desembre de 2009.

20 Colòmbia. Cort Constitucional de Colòmbia. Sentència C-574/11.

21 Veneçuela. Sala Constitucional, Tribunal Suprem de Justícia de Veneçuela. Sentència núm. 1770, 19 de desembre de 2012.

col·lectiu, pot defensar els seus drets o interessos col·lectius sense necessitat d'advocats i amb una resolució ràpida.

Trobem diferents exemples d'accions populars vinculades al dret a la salut a Colòmbia presentades per part de famílies desplaçades. Fruit del conflicte armat colombià, hi ha una gran quantitat de persones que s'han vist obligades a abandonar casa seva i anar als centres urbans, on creen nous barris populars perifèrics i hi viuen en condicions precàries. Ens referirem, doncs, a una acció popular presentada per l'Asociación de Familias Desplazadas del Distrito de Aguablanca, un barri creat a la perifèria de la ciutat de Cali, contra una empresa que produeix ciment de manera altament contaminant —fa fum i substàncies químiques que contaminen les aigües i posen en risc la salut de la comunitat.

Accions populars d'aquest tipus permeten superar moltes de les dificultats tradicionalment existents per a la justiciabilitat de drets socials i aporten nombrosos avantatges: a diferència dels instruments processals tradicionals, pensats per a judicis bilaterals o conflictes entre individus privats, l'agilitat i eficàcia en el procediment de l'acció popular permet que en un sol litigi es puguin defensar a la vegada els drets d'una multitud de persones. Per altra banda, implica un enfortiment dels grups socials menys afavorits, en donar via lliure perquè els sectors que es troben en circumstàncies de major vulnerabilitat i desavantatge econòmic es puguin situar col·lectivament en condició d'igualtat i puguin enfrontar-se jurídicament a aquells sectors més poderosos amb viabilitat i possibilitats d'èxit.

En resum, el reconeixement d'aquests tres elements que acabem d'apuntar (la legitimitat dels subjectes per exigir jurisdiccionalment els drets, la democratització d'accions jurisdiccionals ja existents, i la introducció de noves accions jurisdiccionals populars) implicaria la creació d'instruments jurisdiccionals populars per a la defensa dels drets.

Els vincles del dret a la salut amb la resta de parts de la Constitució: la participació ciutadana en el disseny de les polítiques de salut

Fins aquí, hem presentat algunes propostes per a l'establiment d'una regulació constitucional que garanteixi l'accés universal a una sanitat pública de qualitat i que doti la ciutadania d'instruments per garantir-ne l'eficàcia. Podríem fer referència a moltes altres propostes en el mateix sentit que per raons d'espai no podem desenvolupar, però en qualsevol cas, també és cert que la simple introducció de novetats a la part del text constitucional referida als drets i garanties serveix de poc si no es plantegen, alhora, novetats a les altres parts de la Constitució.

I és que, les diferents parts de la Constitució (part dogmàtica, part orgànica i part econòmica) no són independents i autònomes unes de les altres, sinó que s'influeixen mútuament. Si s'introdueixen canvis en una d'aquestes parts, les altres no resulten neutrals respecte a la primera. Per exemple, incorporar o enfortir drets i garanties jurisdiccionals a la part dogmàtica té conseqüències a la part orgànica, perquè implica transferir poders addicionals al poder judicial. I això també implica establir instruments a la part orgànica per garantir una composició progressista i un control democràtic sobre la judicatura, perquè si no la simple inserció de drets i garanties pot esdevenir un "implant fallit" que converteix les garanties jurisdiccionals del dret a la salut en merament programàtiques i sense activació. Precisament per això, les mesures proposades a la part dogmàtica de la Constitució per garantir el dret a la salut han d'anar acompanyades necessàriament de la introducció de novetats en les altres parts del text constitucional (part orgànica i part econòmica).

D'acord amb això, és indispensable dissenyar noves formes d'elecció i composició del poder judicial a la part orgànica de la Constitució, que assegurin una judicatura progressista i independent de la partitocràcia i les elits econòmiques, ja que aquests són part dels encarregats de garantir la justiciabilitat dels drets. O introduir noves formes participatives d'organització política de l'Estat i la societat. Això no només és necessari per solucionar el problema actual de burocratització i manca de representativitat del sistema de partits tradicional i de les grans centrals sindicals, sinó també per garantir una eficàcia plena del dret a la salut.

La salut, avantsala del dret a la salut —ja que constitueix el seu bé jurídic protegit—, no és només un concepte científic, sinó també històric i cultural. No és tampoc una cosa estàtica en el temps, sinó dinàmica i canviant. El que s'entén per *salut* varia en cada cultura, i fins i tot és diferent a l'interior de cadascuna. El seu contingut s'amplia progressivament a mesura que canvien també els anhels i exigències de benestar de la societat. Això obliga a establir mecanismes de diàleg col·lectiu per definir-la en cada moment: la societat ha de poder participar a determinar quins elements cal prioritzar i en el disseny de les polítiques de salut. Tot i que algunes constitucions, com ara la boliviana de 2009, introdueixen un article específic en què s'estableix que «l'Estat garantirà la participació de la població organitzada en la presa de decisions, i en la gestió de tot el sistema públic de salut», a la pràctica, que aquesta participació es pugui donar o no dependrà de si la part orgànica del text constitucional és capaç d'establir un model d'organització política capaç de superar la forma liberal de representació política i la tripartició de poders, per un nou model que introdueixi amplis mecanismes de participació i control democràtic sobre la presa de decisions.

Pel que fa a la part econòmica de la constitució, aquella on s'estableixen les línies bàsiques de la política fiscal —que inclou tant les polítiques tributàries com les polítiques de despesa pública—, és fonamental establir determinats models tributaris i de priorització de la despesa social, que blindin i assegurin que l'Estat disposarà i assignarà, de manera permanent, dels recursos suficients per garantir el bon funcionament i gestió del sistema públic de salut.

Les disposicions transitòries i el mandat al legislador

Tot i poder establir certs cadenats a la Constitució, com la gratuïtat, la universalitat o el caràcter prioritari de la despesa pública destinada a garantir el dret a la salut, hi ha molts altres aspectes indispensables per assegurar la justiciabilitat d'aquest dret que no es poden incloure a la Constitució, sinó que han de ser regulats en una llei posterior. No obstant, per assegurar l'aprovació d'una llei que estigui d'acord amb la voluntat del constituent, es poden fer dues coses:

En primer lloc, establir una disposició transitòria a la Constitució, on s'estableixi el mandat al legislador d'aprovar una llei de sanitat en un període màxim de dos o tres anys, per exemple. Això s'acostuma a fer per evitar l'anomenat fenomen de la «legislació negativa», és a dir, que la manca de desenvolupament legislatiu d'un dret n'impedeixi l'aplicació.

En segon lloc, es poden establir determinades orientacions generals que determinin el contingut de la futura llei, com ara, per exemple: «La llei de sanitat haurà d'establir la quantitat de personal sanitari, d'hospitals i infraestructures que conformen la xarxa pública de salut, quantitat que no podrà ser mai inferior als estàndards fixats per…» (cal determinar quines xifres prenem com a referència, les de l'oficina regional europea de l'OMS, la mitjana dels països europeus, o d'altres més exigents).

També es poden establir criteris sobre els tractaments, els serveis i les prestacions que ha d'oferir la salut pública. Un dels problemes principals per la justiciabilitat del dret a la salut està relacionat, moltes vegades, amb l'especificació del seu contingut i, per tant, amb la determinació o indeterminació de les obligacions legals que se'n deriven. El problema és que, malgrat que en molts casos l'àmbit constitucional reconeix el dret a la salut, aquest reconeixement no es completa amb un treball legislatiu de desenvolupament del seu contingut, cosa que suposa inconvenients i límits a l'hora de poder justificar, per part dels tribunals, una resolució en favor d'aquests drets. Per exemple, als països on el sistema públic de salut es nega a tractar els malalts de VIH/SIDA, quan aquests acudeixen als tribunals els jutges no poden resoldre, davant l'absència d'una llei que especifiqui quins tractaments es consideren inclosos i quins no dins del sistema públic de salut.

Així, doncs, tot i que l'establiment del llistat específic de tractaments, serveis i prestacions inclosos dins del sistema públic de salut és matèria de llei, per tal d'assegurar una oferta de tractaments molt més àmplia que la que ofereix, per exemple, l'actual llistat reconegut a l'Estat espanyol, es pot fixar com a criteri en la disposició transitòria corresponent que: «La llei establirà el llistat de prestacions, serveis i tractaments exigibles amb l'objectiu de garantir l'exercici efectiu del dret a la salut. Aquest llistat haurà d'estar vinculat a l'exercici d'altres drets reconeguts en aquesta Constitució, com el dret al propi cos, el dret a decidir de la mare, […] i garantir la complementarietat entre la medicina tradicional i les medicines alternatives». D'aquesta manera, es blinda i s'obliga a incorporar a la llei la garantia de determinades prestacions, tractaments, serveis (operacions de canvi de sexe, avortament, etc.), independentment del caràcter més o menys conservador dels possibles futurs governs.

XVIII

PARTICIPACIÓ CIUTADANA: ENTRE LA RETÒRICA SOCIAL LIBERAL I LA DEMOCRÀCIA SANITÀRIA INTEGRAL

Carles Muntaner · Clara Juandó

El sistema sanitari català actual es desenvolupa, suposadament, sobre un eix principal: el pacient. Malgrat l'etapa de canvi i crisi en els contextos econòmic, polític i cultural que estem vivint en l'última dècada —i des del principi del nou segle—, el valor principal que regeix l'estructura de l'atenció sanitària, les cures que s'hi proporcionen i els processos que s'hi estableixen, continua sent, en principi, el pacient. Tanmateix, el marc que sustenta el sistema sanitari català (SSC) es fonamenta en uns principis que no són congruents amb el valor de situar el pacient al centre de l'atenció sanitària. Aquests principis, a partir de la gran recessió del 2007, són els de sostenibilitat i austeritat.

La realitat que vivim els ciutadans pel que fa a l'SSC no és un reflex de l'equitat i justícia que teòricament guia les decisions polítiques i econòmiques lligades a la sanitat dins de l'estat del benestar. Aquesta realitat dista del que podríem dir que és un sistema sanitari en què els individus tenim veu i vot. Parlem d'una realitat amb dificultats per accedir a l'SSC, per navegar-hi, per obtenir-hi els tractaments, per rebre-hi les cures humanitzades i no estrictament centrades en "un cos espatllat"; parlem d'una realitat que no integra un sistema sanitari amb el dia a dia dels pacients, o de les dificultats per distribuir els recursos entre la gent gran, els joves, els infants, les famílies nombroses, les monoparentals, els malalts crònics i els aguts, i altres grups en situació de necessitat.

La participació ciutadana és el procés mitjançant el qual el professional de la salut i el pacient contribueixen en el procés de presa de decisions relacionades amb la seva salut o la malaltia: ja sigui en termes d'estils de vida, per promocionar la salut i prevenir la malaltia, en termes d'elecció de tractaments, o bé per a la redistribució de recursos —camp, aquest últim, menys explorat i discutit.[1] Aquest procés parteix del principi que els individus tenim la capacitat i voluntat d'exercir, en la mesura que sigui possible, el control sobre el que té a veure amb la nostra salut. La relació paternalista entre els professionals de la salut i els pacients s'acaba en el moment en què qui pren la decisió sobre el que cal fer, d'acord amb els valors personals i l'entorn que té, és el mateix pacient. Tanmateix, donat que la informació i el coneixement estan en mans dels professionals, aquest procés aquí no és factible si no s'acompanya d'un canvi estructural important de l'SSC.

Els canvis que s'han fet en diferents països d'arreu del món seguint aquest model se centren bàsicament en quatre àrees:

- La participació dels pacients crònics o aguts en el sistema sanitari per a la creació i ús d'eines de participació en la presa de decisions.
- La participació de la població en la distribució i planificació de recursos sanitaris a la comunitat.
- La participació ciutadana en la recerca clínica i en ciències de la salut per obtenir resultats significatius i rellevants per als pacients i la població, i no resultats centrats en els objectius econòmics dels professionals de la salut i de les empreses farmacològiques o sanitàries.
- La participació de la població en la propietat dels registres, dades i històries clíniques.

Ús i desenvolupament de les eines de presa de decisions

En el context dels pacients aguts i crònics, el Patient Decision Aids (PDA)[2] és un dels exemples d'eines desenvolupades conjuntament entre professionals i pacients amb l'objectiu que el pacient triï el tractament o cura que li sembli més adient tenint en compte els seus valors i principis,

1 Florin J.; Ehrenberg, A.; Ehnfors, M. «Clinical Decision-Making: Predictors of patient participation in nursing care». *Journal of Clinical Nursing,* vol. 17, núm. 21 (2008), p. 2.953-2.944.

2 OHRI. Ottawa Hospital Research Institute. Patient Decision Aids, 2013. http://decisionaid.ohri.ca/models.html [Consulta: 19 desembre 2013].

alhora que també ajudin a l'adherència del tractament triat. Aquestes eines garanteixen que tota la informació rellevant, necessària i actualitzada que es necessita per poder escollir arribi de forma entenedora i útil al pacient. I no només que li arribi, sinó que l'utilitzi, per tal que sigui conscient del que implica cada opció en funció de les seves necessitats i prioritats. L'ús d'aquestes eines és comú al Canada, als Estats Units, al Regne Unit, i en alguns centres del Estat espanyol, però no està estès de forma majoritària per les dificultats d'implementació que comporta. I és que el seu ús no és d'aplicació immediata, ja que requereix que els professionals (principalment metges i infermeres) siguin conscients que el paradigma que la societat comença a demanar a crits és que el pacient és qui té el poder i la força per controlar la seva malaltia, i que tot i que el coneixement pertany als professionals, la decisió última no pot ser seva. Fruit de les noves vivències socials i polítiques, aquesta necessitat està guanyant consens entre els mateixos professionals. Però, per sustentar l'acceptació que part del poder és dels pacients, calen accions a escala política.

Un altre exemple són les xarxes socials, virtuals o físiques, que els pacients desenvolupen amb l'objectiu de tenir la informació i el suport per gestionar la seva salut que no obtenen del rígid i despersonalitzat sistema sanitari. Un exemple clar d'aquesta realitat que ha nascut espontàniament és Patients Like Me[3], web on no només es comparteixen experiències, sinó que també es comparteixen dades i informacions rellevants. En aquesta pàgina web el suport emocional va més enllà i s'enllaça amb el progrés científic, i amb l'adherència i adequació dels tractaments i el seu seguiment.

Participació comunitària

Je participe,
Tu participes
Elle participe,
Nous participons,
Vous participez,
Ils profitent.
(Inscripció en una paret de París, maig del 68)

Per diverses raons, la participació de la població en la distribució i planificació de recursos sanitaris a la comunitat és una àrea difícil d'avaluar. En primer lloc, el terme *participació* és definit, utilitzat i cooptat segons els interessos particulars dels actors polítics.

3 Visiteu www.patientslikeme.com

Els moviments anarquistes, socialistes, marxistes i comunistes assemblearis (com els de Rosa Luxemburg o Anton Pannekoek) tenen una forta tradició a Catalunya, i la CUP potser n'és l'exemple més visible. Tal com assenyalen Martínez i Dante a l'obra *Perspectives,*[4] la participació ciutadana és la solució per tal d'aturar la gestió dels professionals pagats que, al servei de les classes capitalistes, estan privatitzant l'SSC.

Ara bé, el terme *participació* es pot entendre de diverses maneres, segons el grau de poder que tinguin les classes treballadores en la distribució i planificació de recursos sanitaris. Hi ha formes de "participació comunitària" que no comporten cap canvi de relació de poder entre classes ni en el model sanitari neoliberal (és a dir, cap canvi en les tendències privatitzadores). Així, es poden entendre els esforços de la socialdemocràcia de l'època neoliberal (com ara el social liberalisme europeu), o dels nous demòcrates americans, a l'hora de defensar la participació comunitària dins l'àmbit de la salut amb conceptes com la «tercera via», el «capital social», o el «comunitarisme».[5,6,7,8] Aquest tipus de "participació comunitària" a provisió de serveis de salut tendeix a afavorir organitzacions no governamentals, mentre va reduint els serveis públics i privatitza el que pot. És ideal per als partits favorables al capitalisme: els social liberals poden defensar que estan a favor d'un sistema comunitari de provisió i gestió de serveis de salut, en el qual les classes treballadores mostren solidaritat i harmonia, mentre que a la dreta més dura li agrada el fet que el govern no hi intervingui.

Un contraexemple de participació comunitària real que permet assolir objectius de democràcia participativa és el de Veneçuela. En aquest sentit, la participació comunitària en la gestió i planificació de la salut està recollida a la seva Constitución Bolivariana de la República de Venezuela, que dota les

4 Martínez, A.; Dante, A. «Sanitat pública o dictadura sanitària?». Dins de *Perspectives*. EspaiFàbrica: Barcelona, 2013, p. 95-104.

5 Lynch, J.; Due, P.; Muntaner, C.; Smith, G.D. «Social capital—Is it a good investment strategy for public health?». *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 54, núm.6 (juny del 2000), p. 404-408.

6 Muntaner, C.; Lynch, J.; Smith, G.D. «Social capital, disorganized communities, and the third way: understanding the retreat from structural inequalities in epidemiology and public health». *International Journal of Health Services*, vol. 31, núm. 2 (2001), p. 213-238.

7 Muntaner, C.; Lynch, J. «Social capital, class gender and race conflict, and population health: an essay review of Bowling Alone's implications for social epidemiology». *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, núm. 1 (2002), p. 261-267.

8 Muntaner, C. «Social capital, social class, and the slow progress of psychosocial epidemiology». *International Journal of Epidemiology*, vol. 33, núm. 4 (2004), p. 674-680.

comunitats de poder real en aquesta gestió i planificació. A la pràctica, però, amb una constitució no n'hi ha prou, perquè, per aconseguir que la democràcia participativa acabi sent una realitat, cal que l'executiu, els representants i els ciutadans es mobilitzin en la mateixa direcció. No obstant això, a la Constitució Bolivariana el concepte «participació comunitària» en la sanitat té un significat igualitari, molt diferent de com s'entén avui en molts països rics. Cal, doncs, que aquesta participació doni poder real, és a dir, la capacitat de decidir en la distribució i planificació de recursos sanitaris de l'estat. De la mateixa manera, també cal que la comunitat tingui capacitat d'obtenir de l'estat els serveis suficients i desitjats per tal d'obtenir-ne el nivell correcte.

Però, a banda de si el terme *participació* és definit d'una manera o altra en funció dels interessos del govern de torn, també cal tenir en compte un altre factor: no és gens clar si aquesta *participació*, fins i tot en el cas en què les comunitats afectades tinguin poder de decisió, es refereix a aspectes econòmics, polítics o culturals. És possible, per exemple, que la comunitat participi en una campanya de prevenció de la malaltia cardiovascular (com s'ha fet amb èxit a Finlàndia), o en la gestió i planificació de serveis, però que ho faci sense tenir poder econòmic. En aquest cas, caldria recordar el sistema de Barrio Adentro, a Veneçuela, on els Consejos Comunales i els Comités de Salud reben fons directament de l'Estat, del qual poden disposar d'acord amb el seu criteri per tal de millorar la sanitat pública.[9] Com sempre, la trampa és a la lletra petita: un estat liberal o conservador podria donar perfectament recursos per als serveis sanitaris de comunitats de classe treballadora, però ho faria molt per sota de les seves necessitats i amb un sistema paral·lel privat per a les classes mitjanes altes i capitalistes. Així, doncs, per tal que pugui assolir l'objectiu de millorar la sanitat del país, cal que la participació comunitària estigui dotada de poder polític i econòmic.

Una tercera dificultat a l'hora d'avaluar la participació de la població als serveis sanitaris és que el poder polític i econòmic a les mans de les comunitats, tot i que pot garantir una participació comunitària amb objectius igualitaris –com ara millorar la salut de les comunitats de les classes treballadores–, no pot garantir aquest objectiu. La ciència i la tècnica no són activitats democràtiques o consensuades, és a dir, el coneixement científic i tècnic no inclou la democràcia com a criteri: la teoria de la relativitat es va mostrar certa tot i que durant un temps molt poques persones la coneixien, i, d'altra banda, la creença popular en comunitats de classe mitjana que l'autisme infantil és causat per vacunes s'ha mostrat

9 Muntaner, C.; Armada, F.; Chung, H.; Mata, R.; Williams-Brennan, L.; Benach, J. «Venezuela's Barrio Adentro: participatory democracy, south-south cooperation and health care for all». *Social Medicine*, vol. 3, núm. 4 (2008), p. 232-246.

fals repetidament. Així, doncs, cal democratitzar el coneixement científic per tal d'aconseguir que la majoria de la població hi tingui accés i evitar que es concentri en elits. Amb aquesta política científica igualitària les comunitats tindran el coneixement necessari per interactuar amb els treballadors i les treballadores de la salut i arribar a una gestió i planificació sanitàries millors.

De la mateixa manera que la participació ciutadana en la gestió i planificació de la sanitat pública no garanteix, en si mateixa, un resultat òptim, tampoc no podem afirmar que la participació no democràtica dugui sempre a resultats negatius. Alguns èxits de la salut pública, sobretot en països d'ingressos baixos, s'han obtingut mobilitzant la població dins de sistemes autoritaris (per exemple, a Tailàndia o a l'Aràbia Saudita). A l'esquerra, també n'hi ha exemples (Costa Rica, Sri Lanka, l'estat de Kerala —a l'Índia— o Cuba), però la dreta pot mostrar èxits –alguns dels quals recents– en països autoritaris que han sabut utilitzar les seves poblacions amb objectius de salubritat (a banda de Tailàndia i l'Aràbia Saudita, també en serien exemples Bangla Desh, Ruanda, o la Xina). És clar que una participació dins d'un context autoritari segurament és útil només per a alguns objectius de salubritat específics (com ara salut maternoinfantil, o vacunacions), però són èxits reals, si més no.

Finalment, cal reconèixer que no tothom està disposat a participar. Als països d'ingressos mitjans o baixos la necessitat és molt gran (hi ha més situacions de vida o mort, més gent sense metge…), cosa que fa que la participació i la motivació també ho siguin. Aquests països no han tingut mai un estat del benestar "passiu" com el dels països rics d'Europa. Així, no sembla gaire arriscat pensar que, un cop els ciutadans tenen accés a serveis sanitaris universals i de nivell, la motivació per participar en la seva gestió i planificació de forma continuada podria minvar. Per això és necessari un canvi de cultura envers l'estat del benestar: cal que, des de joves, les persones entenguem com un deure participar activament en aquestes tasques democràtiques lligades a la salut col·lectiva. Els sistemes d'informació actuals permeten, de fet, una major vinculació amb la *res publica*, que hauria de ser possible d'aconseguir de la mateixa manera que tots hauríem de ser gestors del nostre lloc de treball per assolir una democràcia econòmica (i millorar la salut tant o més que els serveis sanitaris).

Participació en recerca

La participació de la població en recerca és una de les eines amb més capacitat de canvi social que tenim en l'àmbit acadèmic i científic. Quan parlem de «participació en recerca» ens podem referir bàsicament a tres àrees:

1 / La identificació i priorització de preguntes de recerca.
2 / Els mètodes de recerca participativa.
3 / La transferència i intercanvi de coneixement, el *Knowledge Translation and Exchange* (KTE), liderats i basats en els pacients i en la població.

Diferents contextos clínics i polítics han donat resposta també diferent a la necessitat de fer la recerca més democràtica. Dins l'àmbit liberal, trobem institucions com la James Lind Alliance,[10] una iniciativa sense ànim de lucre que agrupa pacients clínics i cuidadors per identificar i prioritzar anualment les deu principals incerteses i preguntes sobre els efectes dels tractaments, des de la perspectiva de cadascun d'aquests grups. Actualment, els resultats són gestionats pel NIHR (National Institute of Health Research), al Regne Unit, i són integrats a la priorització de línies de recerca nacionals subvencionades. Aquesta iniciativa està basada en el *crowdsourcing*, és a dir, la pràctica d'obtenir idees, serveis o continguts d'un grup nombrós de persones o d'una comunitat virtual.[11] Tanmateix, aquest tipus d'iniciativa encara queda lluny de la recerca basada en les necessitats del pacient, i necessita i reclama un suport polític ferm que immobilitzi les influències i el poder econòmic d'algunes grans empreses.

Els mètodes de recerca participativa, que responen a mètodes de recerca qualitatius o mixtos, busquen en diferent mesura i intensitat la participació i el lideratge dels pacients i de la població en les diferents etapes del procés: des del disseny de la recerca, passant per la generació i recollida de dades, fins a la validació dels resultats i la difusió a la comunitat. Això últim es pot fer amb mètodes que poden arribar fins a les formes més creatives que ens puguem imaginar, com ara utilitzar l'art —dibuix, fotografia, dansa, entre d'altres— per donar pas a l'expressió de les necessitats socialment menys acceptades.

Més enllà d'aquest tipus d'iniciatives ben intencionades dins del món clínic, la recerca comunitària (en anglès, Community Participatory Action Research) ja compta amb dècades d'experiència a molts països rics,[12, 13] i es pot dir que ha assolit un grau de desenvolupament metodològic notable.

10 James Lind Alliance (2013). www.lindalliance.org [Consulta: 19 desembre 2013].

11 Strohmeyer, K. «Not alone in a crowd: Crowdsourcing for healthcare» [apunt de blog]. Healthcare ITNews (9 juliol 2013).
També disponible en línia a: www.healthcareitnews.com/blog/not-alone-crowd-crowd-sourcing-healthcare?single-page=true [Consulta: 19 desembre 2013].

12 Minkler, M. «Using Participatory Action Research to build Healthy Communities». *Public Health Reports*, vol. 115, núm. 2-3 (2000), p. 191.

13 O'Campo, P.; Dunn, J.R. *Rethinking Social Epidemiology*. Berlín: Springer Verlag, 2011.

Avui dia, els membres de les comunitats participen en tots els nivells dels estudis, des de la concepció fins a la publicació. Com indiquen O'Campo i Dunn, els mètodes per influir en els canvis de política també han canviat amb la participació comunitària a la recerca, que s'allunya del model de l'expert científic interactuant només amb el polític. Segons quin canvi de política en resulti, les comunitats més oprimides i explotades es poden beneficiar molt d'aquests mètodes (sense sostre, treballadors del sexe, discapacitats, persones amb trastorns mentals greus, minories ètniques oprimides).

Ara per ara, però, tot això és lluny de casa nostra, ja que el model de recerca imposa una lluita darwiniana per tal de publicar a revistes internacionals, sobretot anglosaxones, seguir-ne els models, i integrar-se en les seves xarxes per tal de poder publicar-hi. Dins d'aquesta estructura institucional de la recerca en salut pública a casa nostra, fins i tot els recursos públics s'acaben fent servir per a objectius personals dels recercadors (prestigi, carrera científica…). Per desgràcia, la col·laboració amb les comunitats locals és vista com una inversió poc rendible o "menys científica".

El grau d'èxit d'aquestes metodologies depèn, sobretot, del nivell de democràcia que hi hagi en l'àmbit local on es realitzen, és a dir, de la capacitat real de canviar polítiques. Si la interacció entre govern local, nacional, recercadors i comunitats afectades és adequada, es poden canviar polítiques per beneficiar les comunitats afectades (com, per exemple, la dels sense sostre).[14]

Les dades de salut

Darrerament, sembla que queda clar que la història clínica i els registres clínics pertanyen al pacient, i sempre que el pacient ho sol·liciti té el dret de tenir-ne una còpia. El fet que les dades clíniques històriques i actuals ens pertanyin, obre la porta de manera dràstica a poder gestionar la nostra salut i malaltia. Tenir aquestes dades és una eina més per poder refermar, reunir i utilitzar les dades de les condicions de salut, diagnòstics i tractaments. Els països escandinaus, com ara Dinamarca, han assolit un equilibri acceptable entre informació col·lectiva i protecció dels drets individuals.

El món corporatiu, d'altra banda, està intentant entrar en aquest camp. L'any 2008, Google va llançar el projecte Google Health com a servei de centralització de la informació. La idea era que fos un servei de registres personals de la salut, amb l'objectiu que els usuaris tinguessin accés als seus propis registres de salut des de qualsevol lloc i en qualsevol moment, per tal que, en cas d'emergència, viatge, o cap altre situació,

14 Center for Research in Inner City Health. Visiteu: www.stmichaelshospital.com/crich

l'individu disposés de tota la informació rellevant que no és possible de memoritzar o portar al damunt. [15] El projecte era, suposadament, curós amb la privacitat i protecció de dades: hi donava accés exclusivament als individus, i aquestes no eren compartides sota cap concepte amb ningú que l'individu no hagués indicat.

Cal tenir en compte, però, que les filtracions i el seguiment de dades avui dia són un risc que va més enllà del que puguin percebre els usuaris. Amb les revelacions d'Edward Snowden, és clar que aquests esforços de les corporacions seran cada vegada menys acceptats per les poblacions afectades. Així, doncs, aquest projecte es va donar per acabat l'any 2011 pel poc ús que se'n va fer. El que ens podem qüestionar més directament és si aquest poc ús està relacionat amb les habilitats tecnològiques, o bé en quin grau pot estar relacionat amb la manca d'adhesió dels professionals i els centres sanitaris de cara a no només compartir la informació amb el pacient, sinó a fer-ne un *benchmarking* obert i transparent: en aquest cas, la possibilitat de visualització d'errors, de pràctiques no òptimes i, en definitiva, la possibilitat de rebre segones opinions sobre accions, és extremament alta i no sempre apreciada, o fins i tot podríem dir que és percebuda com a arriscada. No hi haurà substitut a un sistema públic, democràtic, de control de dades.

Discussió

Els exemples presentats són un signe i un símptoma del canvi que es comença a produir. Es tracta d'un canvi possible, però que de cap manera pot sobreviure sense el suport d'una estructura política i de gestió que refermi i canalitzi la capacitat dels ciutadans –i concretament dels pacients– per gestionar la seva salut i el que hi està relacionat, d'acord amb els seus valors individuals i el context social capitalista neoliberal que impera. Després d'anys sota el paternalisme autoritari mèdic i científic, amb el suport d'un sistema sanitari centrat en el pacient, ara hauríem d'obrir una finestra cap a un sistema democràtic en els camps de gestió, finançament, planificació i recerca. Som capaços d'afrontar el canvi, el terrabastall, i el trencament que pot produir.

15 Wikipedia, The Free Encyclopedia. «Google Health». També disponible en línia a: http://en.wikipedia.org/wiki/Google_Health [Consulta: 19 desembre 2013].

PRÒLEG
INTRODUCCIÓ
SALUT I SOCIETAT
CONSEQÜÈNCIES DE L'AGENDA NEOLIBERAL
EXISTEIXEN ALTERNATIVES
PRESENT I FUTUR
EPÍLEG

EPÍLEG

Isabel Vallet

El preu de la salut és la mesura de com de profundes són les arrels de la concepció mercantilista, no únicament de la sanitat, sinó també de la salut i de la salut pública als Països Catalans.

Per calcular-ne la fondària, hem viatjat a quatre sistemes sanitaris —de més arrelat a menys—: el primer, l'anglès, és un sistema totalment pervertit per la gestió privada i al servei del lucre de les grans empreses sanitàries. Hem baixat en profunditat amb el model canadenc, que ha expressat la seva oposició a l'arrelament total per la prohibició de la sanitat privada. Hem anat desarrelant tentacles neoliberals amb Barrio Adentro dins del model sanitari veneçolà, i, per últim, hem vist un model sanitari lliure de concepcions mercantilistes sobre la salut, el model cubà.

Els determinants socials de la salut

Tot i així, amb aquestes visions antagòniques, amb aquestes visions enemigues, hem hagut d'afirmar que la salut o, més ben dit, la malaltia constitueix fets estructurals i expressa la nostra potencialitat, i sobretot, la nostra qualitat de vida. I, per tant, que els determinants socials de la salut,

és dir, les circumstàncies en què les persones naixem, creixem, vivim, treballem i envellim, inclòs quin sistema sanitari ens proveeix, tenen una relació directa amb el nostre estat de salut. I diem «tot i així», perquè gran part de l'acció institucional mèdica ha anat encaminada a negar, en alguns casos, i a obviar, en d'altres, la relació entre els fets estructurals, entre els determinants socials, entre la nostra classe social i el nostre estat de salut.

En tot cas, per molt que les concepcions neoliberals han fet mans i mànigues per hegemonitzar el significat de *salut* com allò asèptic, buit d'ideologia, deslliurat de l'estructura de la societat de classes i excelsament formalitzat en el sistema sanitari, el seu significat essencial sura per tot arreu, ho impregna tot i, a més, resulta impossible d'obviar.

I també, en tot cas, en la mesura que el treball, els processos productius directes i indirectes constitueixen l'eix de la determinació de les relacions socials, i aquestes, alhora, determinen el nostre estat de salut: la salut sempre està subjecta a un preu, és el preu de la nostra productivitat com a treballadores, és el preu de la nostra força de treball, i també és el preu que paguem per rebre una assistència sanitària pública. Una assistència sanitària amb un «model neutre», en diuen.

Ja estem cansades, de sentir que el model sanitari actual arreu dels Països Catalans és un «model neutre». Un model que es basa en un mercat relacional, que es regeix per criteris mercantils de governança, que valora l'eficiència en la prestació dels serveis com el paràmetre amb més importància —sense sustentar-lo en cap tipus d'estudi—, i que a la pràctica ha afavorit la reducció d'allò públic i l'augment dels guanys per al negoci privat, no és en cap cas un model neutre, és un model de mercat. I quin és el preu de la nostra salut en aquest mercat? Fem-hi un primer test.

Un primer test a la nostra salut

Un primer test sobre la nostra salut, la de les treballadores i els treballadors, la de les classes populars, es calcula agafant de guia la fondària de les arrels del capitalisme en relació als tres aspectes que ens poden proporcionar benestar i qualitat de vida: el nostre treball —que constitueix el nostre salari directe—, els nostres serveis públics —que constitueixen el nostre salari indirecte— i les nostres pensions —que constitueixen el nostre salari diferit.

Pel que fa al treball, com més arrelades són les concepcions neoliberals, més precari és el treball que tenim, i més inestable, amb menys seguretat laboral, amb jornades més llargues, amb sous molt més baixos, amb més facilitats per a l'acomiadament i menys import per a la indemnització, amb menys possibilitats de trobar feina, amb un atur cronificat, amb un futur de misèria.

Respecte als serveis públics, com més arrelades són aquestes concepcions, més laminats són els serveis públics que tenim, menys places hi ha a l'escola pública, més habitatges impossibles de pagar amb lloguers exorbitants, més hipoteques abusives i estafadores, uns transports públics més cars i apujant-se cada dia, i els preus de l'aigua, la llum i el gas disparats. Uns serveis més privatitzats que situen el lucre davant de les nostres necessitats, que fan que el seu accés no pugui ser universal perquè no els podem pagar.

Pel que fa a les pensions i la resta de prestacions passives, com més arrelades són les concepcions neoliberals, més minses són les pensions que tenim, més llunyanes i més incertes, moneda de canvi per a futurs rescats econòmics. Més sotmeses a operacions especulatives per fer créixer diners. Més allunyades de la possibilitat real que serveixin per proporcionar-nos una vellesa digna.

Per tant, com més esteses siguin les arrels del capitalisme, més clara ha de ser l'aposta política per construir un dret a la salut que quedi deslligat totalment de la lògica del mercat, per lluitar un dret a la salut que sigui real, efectiu, que sigui universal. Un dret que sigui capaç de contrarestar els efectes nefastos respecte a les nostres vides, que deriven en problemes de salut pública i també en problemes individuals de salut.

Sanitat pública, universal i de qualitat… I prou?

Perquè el dret a la salut quedi deslligat del mercat i de qualsevol concepció mercantil, és dir, perquè mai i en cap cas la nostra salut pugui suposar un negoci, s'han de reformular els principis que regeixen el nostre model sanitari. Allò de «sanitat pública, universal i de qualitat» ha quedat desfasat perquè abasta els mínims. Ha quedat antic perquè és massa poc precís. I, sobretot, perquè ha permès no només l'entrada de l'ànim de lucre a la nostra sanitat, sinó també la perversió de l'expressió «sanitat pública», ara usada ja indistintament, tant per als centres de salut que són públics —i, per tant, no obtenen beneficis—, com per als que són privats —i, per tant, es regeixen per lògiques cost/benefici, lògiques de mercat.

Així, per actualitzar aquests principis és clau apuntar la paraula *pública*, és clau explicar què significa per a nosaltres. Per a nosaltres, *pública* significa propietat i provisió pública, significa control absolut i comú, significa submissió a l'interès públic, significa submissió del sistema sanitari a l'interès de la majoria. Significa l'exclusió de l'ànim de lucre de les lleis en matèria sanitària, significa que no hi hagi cap negoci possible amb la nostra sanitat. És per això que els principis mínims s'han de perfeccionar, han de ser més precisos i eficaços per lluitar contra el cep liberal que sempre es renova i que sempre rebrota amb més força.

Dins del mateix ordre d'idees, aquests principis inspiradors més precisos són la clau de volta per (re)generar un sistema sanitari que pretengui contribuir a una bona salut de la classe treballadora i les classes populars. I l'eslògan, necessàriament, ha de (re)construir-se i parlar d'una «sanitat pública de propietat i provisió, universal i de qualitat». Perquè, finalment, el que constatem és que el dret a la salut queda cobert en major o menor mesura amb dependència de quin model de propietat i provisió sanitari s'esculli. Perquè entenem que és l'única garantia que la prestació sanitària serà universal, que no hi haurà una sanitat per als rics i el que sobri, per als pobres.

1200 - 1800

Llavors, ens preguntem: què ha passat perquè el terme *pública* hagi degenerat en quelcom que no ho és? El que ha passat és que els diferents i perfeccionats processos de privatització dels sistemes sanitaris han evolucionat tant jurídicament, que han sobrepassat la concepció clàssica del que es considerava una privatització. I han permès que aquells que ens governen i els seus socis ens afirmin a la cara, i sense fer-los gaire vergonya, que ells no ens estan privatitzant cap servei.

Per armar-nos d'arguments, veiem que l'ús clàssic del terme *privatització* es referia, d'una banda, a la liberalització de diferents serveis públics, que comporta la supressió dels monopolis públics i l'obertura a la iniciativa privada (l'exemple clau és l'energia elèctrica). I, de l'altra banda, el terme es referia a l'abandonament de la prestació de serveis públics per traspassar-los al sector privat mitjançant la venda de la propietat del servei. Però aquestes vendes, liberalitzacions o retirades globals del servei del sector públic es van dur a terme majoritàriament als anys 80 i 90, i ara el terme *privatització* recull altres supòsits habituals de relació entre el sector públic i el privat. Sobretot, perquè privatitzar un servei de manera absoluta, és a dir, vendre la propietat i la provisió, té un cost alt per als governs de torn, ja que debilita les funcions de legitimitat que l'Estat exerceix per fer créixer i mantenir el capitalisme.

Ja fa anys que el terme *privatització* o, més ben dit, que els efectes de la privatització s'aconsegueixen sense necessitat de vendre la propietat i la provisió dels serveis. S'usen operacions jurídiques com les externalitzacions, les concessions, les contractacions públiques i subcontractacions, la compra d'activitat, la col·laboració pública i privada o el rescat de propietats privades amb diners públics, simplement disfressades de convenis de col·laboració i totes amb la mateixa lògica operacional: transferir diners o recursos del sector públic al privat.

I així, una sanitat, la catalana, que s'autoanomena «pública», resulta que s'empara en totes aquestes operacions per drenar recursos de la privada a la pública, per socialitzar el finançament —perquè totes paguem la sanitat, també la privada— i privatitzar els beneficis. I així, models com el de l'hospital d'Alzira, de gestió íntegrament privada, formen part del sistema públic. I així, és com el director del CatSalut ens explica que un pacient a la privada val 1.200 euros, mentre que a la pública en val 1.800. Algú menteix, manipula, fa negoci amb els nostres diners, s'enriqueix i ens perjudica la salut.

«Tu salud es nuestro beneficio»

Finalment, l'entrada de l'ànim de lucre a la sanitat i la construcció d'un sistema sanitari mixt —de cohabitació públic i privat— ha estat el resultat de grans consensos polítics entre tots els partits de dretes i d'esquerres institucionals els últims 35 anys. Consensos que s'han balancejat per l'ambigüitat del terme *pública*, i consensos que ens han situat en el moment actual.

I en el moment actual, aquesta sanitat nostra —de Palma a Castelló, de Dénia a Figueres— és una sanitat que no garanteix els principis que esbomba garantir. Perquè no ha garantit la universalitat, quan, en els nostres dies, hi ha persones que queden fora del sistema sanitari per raons del seu país d'origen. No ha garantit la gratuïtat o, més ben dit, el finançament via impostos sense cap altre pagament: cada cop són més els tractaments i serveis en què les pacients hem de repagar. I no ha garantit la qualitat. És més, l'han rebaixada deliberadament amb la laminació progressiva dels serveis, la precarització de les condicions laborals de les treballadores. I amb la disminució de la quantitat de personal, la selecció de pacients –deixant els no rendibles per a la sanitat pública–, la pressió sobre les administracions sanitàries per elevar les quanties que els paga la sanitat pública, i un llarg etcètera que sobrepassa de llarg el límit de paraules d'aquest epíleg.

Òbviament, aquesta estocada a la sanitat pública obeeix a l'objectiu argumental de poder dir que la sanitat pública no funciona i que si tens dos eurets millor que et facis d'una mútua. I, com és lògic, les mútues creixen cada any en nombre d'afiliats, perquè, quan t'arriba la malaltia, retornar al teu estat de salut és prioritari. I com anuncia una mútua a les televisions públiques i als autobusos: «tu salud es nuestro beneficio».

De còmplices i cooperadors necessaris

Finalment, en la construcció de la sanitat que tenim hi hem de destacar la col·laboració, sobretot, del personal mèdic, una col·laboració tant activa

com passiva, per fer i per deixar fer. En molts casos justificada per l'alta contractació temporal, la inseguretat en el treball i també pel fet que una part important del salari estigui vinculada al compliment d'objectius de disminució de la despesa. En d'altres, acceptant i, en alguns casos, fins i tot col·laborant activament en la introducció i manteniment del sistema de doble porta d'entrada de pacients: és a dir, utilitzant recursos finançats amb diners públics per a l'activitat privada. Això és, una atenció assistencial que va més ràpida o menys en funció de la capacitat econòmica dels pacients.

Sorprèn que un col·lectiu tan ric, que ha de conviure amb els processos de les malalties que t'afebleixen com a persona, que es dedica també als treballs de cura, demostri tan poca implicació i empatia pel sistema que alhora el proveeix de salut. I això va dedicat, amb especial èmfasi, al col·lectiu mèdic.

Alhora, sorprèn que la gent conscient i combativa aguanti els embats, que sigui capaç de generar dinàmiques de desobediència i que dignifiqui amb la seva lluita el prestigi d'un col·lectiu que ha destacat per veure-les passar i no alertar de com de gran era la ferida, per no fer res per aturar l'hemorràgia, per fer allò que els penalistes anomenen «omissió del deure d'ajuda», una acció per omissió. Són la gent que ens apunta la clau per, si més no, aturar el drenatge, la clau que sempre obre davant les imposicions que operen en els beneficis de pocs: desobeir-les. I no parlem de *desobediència* com a concepte abstracte, sinó que apuntem la desobediència del col·lectiu mèdic com a vital: és vital que no operin a la privada i és vital que no puguin compatibilitzar l'activitat pública amb la privada. També ho és la desobediència dels diferents col·lectius sanitaris (infermeres, zeladores, etc.) de no seguir els protocols de derivació als centres privats. Com també és vital la nostra desobediència, la dels pacients, de negar-nos a ser tractats en centres privats i de donar suport a tots i totes les que desobeeixin, de participar activament en qualsevol acció o campanya de protesta, d'estar pendents i actives del que podem fer cadascuna de nosaltres per aturar aquesta subjugació del servei públic de salut al servei de les empreses privades de sanitat, al servei de les multinacionals.

Amb això no construirem el nou model de sanitat que pretenem. Amb això sols reblarem les condicions actuals per plantejar un model sanitari al servei dels interessos de les classes populars. No serà un final, serà únicament un punt de partida.

BIOGRAFIES

TANIA LIZZ AGUILAR GUERRA

És professora de l'Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, d'on és vicedirectora des del 2009. És doctora en medicina, especialista en embriologia, màster en genètica mèdica i màster en educació mèdica per la Universidad Médica de la Habana. També és graduada del Programa de Líders en Salut Internacional de l'OPS/OMS. Ha participat en programes nacionals de salut maternoinfantil, i en la implantació i execució del Registre Cubà de Malformacions congènites a la Província de Camagüey. Més recentment, també ho ha fet en investigacions i accions per a l'homologació i inserció laboral de titulats de l'Escuela Latinoamericana de Medicina als seus països d'origen.

JOAN BENACH DE ROVIRA

És professor de salut pública al Departament de Ciències Polítiques i Sociologia de la Universitat Pompeu Fabra i director del Grup de Recerca en Desigualtats en Salut (GREDS-EMCONET). La seva recerca se centra en l'estudi dels determinants socials i les desigualtats de salut, les condicions d'ocupació, l'anàlisi geogràfica i les polítiques de salut. Ha col·laborat àmpliament amb investigadors de salut pública, moviments socials, sindicats i altres grups d'Europa, Amèrica i altres regions. Ha dirigit la Xarxa sobre Condicions d'Ocupació (EMCONET) de l'OMS com a part de la Comissió de Determinants Socials de la Salut.

CARME BORRELL I THIÓ

És metgessa i doctora en salut pública. També és professora associada de la Universitat Pompeu Fabra i directora de la revista de salut pública *Gaceta Sanitaria*. És membre del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris. Investiga sobre els determinants socials de la salut i lidera projectes nacionals, internacionals i grups de recerca. Actualment, és al capdavant del projecte europeu SOPHIE (Evaluating the Impact of Structural Policies on Health Inequalities). També va liderar la Comisión para reducir las Desigualades en Salud en España.

JOSEP MANEL BUSQUETA I FRANCO

És un pastisser de Bellpuig llicenciat en economia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Participa al Seminari Taifa i també és militant de l'assemblea local de la CUP de Bellpuig. De la seva tasca militant destaca la dedicació a activitats formatives i pedagògiques vinculades amb la transformació social, i orientades, sobretot, als moviments socials i a les organitzacions polítiques de base. Coautor de dos llibres sobre la renda bàsica (Virus editorial, 2001 i 2005), també comparteix autoria del llibre *Crítica a la economía ortodoxa* (Servei de publicacions de la UAB, 2004). Recentment, ha publicat *L'hora dels voltors, la crisi explicada a una ciutadania estafada* (Editorial El Jonc, 2013).

ABEL CALDERA I PUJOLS

És membre del consell de redacció del periòdic *L'ACCENT,* on coordina la secció «Països Catalans». Treballa de professor de ciències socials a l'ensenyament de persones adultes i milita a Endavant (OSAN). És soci del Casal Independentista i Popular Can Capablanca de Sabadell.

PASTOR CASTELL-FLORIT SERRATE

És professor de l'Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, d'on és director des de l'any 2005. És doctor en medicina, especialista en organització i administració de salut pública, i màster en administració i salut pública a l'Escuela de Salud Pública de México. També és doctor en ciències de la salut i en ciències, acadèmic titular de l'Academia de Ciencias de Cuba, professor i investigador titular i consultant. Té 42 anys d'experiència en direcció a tots els nivells del Sistema Nacional de Salut de Cuba. És autor i coautor de diverses publicacions sobre salut pública, intersectorialitat i gerència.

OSCAR FEO ISTÚRIZ

És metge i especialista en salut pública i salut dels treballadors. És professor titular de la Universitat de Carabobo, a Veneçuela. Actualment, és coordinador del Programa Nacional de Médicos Integrales Comunitarios al Ministerio del Poder Popular para la Salud de Veneçuela. També és coordinador altern de l'Associación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES).

ISA GARNIKA AIZKORBE

És infermera quirúrgica d'urgències a la sanitat pública catalana (a l'Hospital Vall d'Hebron). Té el postgrau en salut laboral i també en salut comunitària. Activista social i política, és sindicalista feminista de CGT, militant d'Endavant (OSAN) i de Sortu (Euskal Herria).

RITIKA GOEL

És metge de família a l'Health Inner City Associates (Toronto, Canadà). Va estudiar a la Facultat de Medicina de la Universitat de McMaster, a Hamilton (Canadà), i va fer la residència de medicina familiar al St. Michael's Hospital de Toronto. És màster en salut pública de l'Escola Johns Hopkins, amb especial dedicació a les comparacions dels sistemes de salut del Canadà i del Regne Unit. El seu treball clínic es basa en el centre de la ciutat de Toronto on treballa, principalment amb persones en situació o en risc de quedar-sense

llar, així com amb migrants en situació precària. Està involucrat en el treball d'incidència relacionada amb la pobresa i la salut, el manteniment i l'expansió d'un sistema de salut finançat amb fons públics al Canadà accessible a tothom, independentment del seu estatus migratori.

GERARD HORTA I CALLEJA

Treballa com a professor i investigador del Departament d'Antropologia Social de la Universitat de Barcelona. Ha publicat quatre llibres i ha col·laborat en una vuitantena de capítols de llibre o articles en revistes de ciències socials. Ho ha fet en diverses llengües i sobre antropologia religiosa, antropologia urbana i exclusió social. Amb Manuel Delgado i Alberto López, va cofundar el Grup de Recerca sobre Exclusió i Control Socials, i ha dut a terme treball de camp a Barcelona, als Pirineus i a Cap Verd (Àfrica) diversos cops. Milita a la CUP de Barcelona, a la Coordinadora Obrera Sindical (de la qual va fundar la secció sindical de la UB) i a la Trobada Alternativa de Nou Barris.

CLARA JUANDÓ PRATS

És infermera. Té el màster en ciències (Msc), és doctorada i adjunta de la direcció d'Infermeria. Actualment, és investigadora del Li Ka Shing Knowledge Institute del St. Michael's Hospital, a Toronto (Canadà).

MARÍA JOSÉ LECHA I GONZÁLEZ

És administrativa. Treballadora de la Sanitat des del 1975, activista de moviments socials i afiliada a la Federació de Treballadors i Treballadores de Catalunya (FTC-IAC), també és membre del Comitè d'Empresa de l'Hospital de Sant Pau.

JOHN LISTER

És professor titular de periodisme al Departament de Mitjans i Comunicació de la Universitat de Coventry (al Regne Unit). Fa més de 28 anys que escriu i investiga àmpliament sobre temes de salut i política sanitària. La seva tesi doctoral (2004) va ser un estudi comparatiu de les reformes liberalitzadores dels sistemes de salut arreu del món.

XAVIER LLEONART MARTÍNEZ

És llicenciat en medicina i cirurgia. La major part de la seva vida professional ha estat vinculada al Consorci Sanitari de Terrassa. Ha estat metge adjunt de cirurgia toràcica, tot i que actualment és metge adjunt de cirurgia a les urgències de l'Hospital de Terrassa. Ha estat professor de postgrau a l'Hospital de Terrassa, i també ha exercit la docència a l'Escola Universitària d'Infermeria Creu Roja de Terrassa. Des del 2007, està vinculat a Metges de Catalunya, del qual és vicesecretari general en l'actualitat.

SILVIA MARTÍNEZ CALVO

És professora de l'Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. És doctora en medicina, professora i investigadora de mèrit, doctora en ciències mèdiques, professora titular, professora consultant i especialista en epidemiologia. Va ocupar càrrecs de direcció als tres nivells dels serveis i a la docència. Ha impartit més de 70 cursos postgrau a Cuba i a l'estranger. És consultora de l'OPS en la formació de recursos humans per a l'epidemiologia, i té més de 20 publicacions fetes en revistes nacionals i internacionals. Investiga en el camp de l'epidemiologia social i sobre l'anàlisi de la situació de salut.

ÀNGELS MARTÍNEZ CASTELLS

És economista, presidenta de Dempeus per la Salut Pública i membre del Consell Científic d'Attac. Professora de política econòmica i de dona i economia a la Universitat de Barcelona (del 1976 al 2008), ha participat en recerques sobre pensament econòmic, feminisme, desigualtats, immigració i condicions laborals i la flexibilització dels temps i els treballs. Ha publicat en diverses revistes i llibres, com *Noves formes, nous llenguatges: Dempeus per la salut pública; COREpagament; La salut és pública i no té fronteres; La izquierda frente a la privatización de la sanidad; Reacciona; Actúa; Utopías; Yes, We Camp;* i *Perspectives*.

ELOI MAYORDOMO I MARTÍNEZ

És politòleg. Té el postgrau en participació ciutadana i desenvolupament sostenible i el màster en polítiques locals i participació. És editor del web EspaiFàbrica i de la seva publicació, *Perspectives*. Actualment, treballa a l'Administració pública com a tècnic de Serveis Socials.

MARTIN MCKEE

És metge i professor de salut pública europea a la London School of Hygiene and Tropical Medicine, on codirigeix el Centre Europeu per a la Salut de les Societats en Transició (ECOHOST). També és director de recerca de l'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques de Salut, una associació única de les universitats, els governs nacionals i regionals i els organismes internacionals. Ha publicat més de 400 articles científics i 23 llibres. És editor de l'*European Journal of Public Health*.

ELENA MONSERRATE VALLEJO

És metgessa especialista en medicina familiar i comunitària, i màster en atenció primària de salut per la Fundació Robert-UAB. Actualment, treballa com a metgessa d'atenció primària per a l'Institut Català de la Salut al Baix Llobregat. És militant de l'Esquerra Independentista des del 2005.

PAULA MOREY I RIUS

És dinamitzadora juvenil, militant de la COS i d'Endavant (OSAN).

CARLES MUNTANER I BONET

És catedràtic d'infermeria, psiquiatria i salut pública de la Universitat de Toronto (UoT). També treballa al Center for Research in Inner City Health (CRICH) i a l'Institute for Global Health Equity and Innovation de la UoT. Abans, havia estat professor de la Universitat Autònoma de Barcelona i de la Universitat de Maryland. La seva recerca se centra en l'estudi de les causes i solucions polítiques de les desigualtats de nacionalitat, classe social, gènere, ètnia i raça en temes de salut i serveis sanitaris. Des dels anys 90, fa recerca a Llatinoamèrica, en particular, a la Veneçuela Bolivariana.

ALBERT NOGUERA FERNÁNDEZ

És professor de dret constitucional a la Universitat Rovira i Virgili, i abans ho havia estat de la Universidad de Extremadura. També ha estat professor i investigador visitant en diverses universitats d'Europa, els Estats Units i Amèrica Llatina, així com assessor de la presidència de l'Assemblea Constituent d'Equador i de la de Bolívia, on ha participat en les comissions tècniques de redacció de les constitucions de tots dos països. És militant de la CUP.

LAURA PABÓN I LARA

És infermera suplent al servei d'urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona. És militant de la CUP de Barcelona.

MARÍA E. PÁEZ VICTOR

És una sociòloga veneçolana resident a Toronto, al Canadà. Va obtenir la seva llicenciatura a Caracas, el seu màster a la Universitat de Kent at Canterbury, al Regne Unit, i el doctorat a la Universitat de York, al Canadà. Amb més de vint anys d'experiència en anàlisi de polítiques i estudi d'impactes, la seva competència, més concretament, és en les àrees de salut, medi ambient i energia. Ha estat professora de sociologia a les universitats de Toronto i York amb relació a la salut, la medicina, les polítiques ambientals, el sistema de salut veneçolà i el seu programa Barrio Adentro.

MONTSERRAT PINEDA LORENZO

És treballadora social i experta en salut pública i gènere per l'Escuela Nacional de Sanidad del Instituto Carlos III. En l'actualitat, és coordinadora d'incidència política de Creación Positiva i presidenta del Comitè 1r de desembre-Plataforma Unitària d'ONGsida de Catalunya. Ha estat professora de l'Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona, on impartia l'assignatura gènere i salut. És activista en diversos moviments per la defensa de la salut pública i la defensa dels drets sexuals.

LUCY REYNOLDS

És investigadora de la London School of Hygiene and Tropical Medicine de Londres.

FRANCISCO ROJAS OCHOA

És professor de l'Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. És doctor en medicina i en ciències mèdiques, professor i investigador de mèrit, especialista en administració de salut. També és màster de salut pública de Mèxic, professor titular, i ha ocupat càrrecs de direcció en diferents nivells del sistema nacional de salut. És fundador de la *Revista Cubana de Salut Pública* i, actualment, n'és el cap del Comitè de Redacció. Ha exercit càrrecs científics nacionals i internacionals, entre els quals el de consultor d'OPS/OMS. Ha representat Cuba en múltiples activitats oficials relacionades amb la seva feina.

ALEX SCOTT-SAMUEL

És metge i membre de la Divisió de Salut Pública de la Universitat de Liverpool, on dirigeix IMPACT-International Health Impact Asessment Consortium, l'Observatori de Salut Pública de Liverpool i el programa EQUAL-Equity in Health Research and Development Unit, d'equitat en investigació i desenvolupament de la Salut.

ISABEL VALLET I SÁNCHEZ

És assessora jurídica. Llicenciada en dret, DEA en dret penal i màster en dret penal i gestió de l'Administració pública, és sòcia del Casal Popular de Castelló i de la Barraqueta de Gràcia. És militant d'Endavant (OSAN) i diputada al Parlament de Catalunya per la CUP des del 2013. També és membre del grup de treball de sanitat de la mateixa formació.

DAVID VIDAL I CABALLÉ

És jardiner de professió. Està vinculat a diferents moviments culturals i socials de la ciutat de Reus. Soci del Casal Despertaferro i exdelegat sindical de la CGT, milita a la CUP des de l'any 2007. Regidor de la CUP a l'Ajuntament de Reus des del 2011, ocupa el càrrec de conseller del Holding INNOVA i de les seves diferents empreses.

Tania Lizz Aguilar Guerra
Joan Benach de Rovira
Carme Borrell i Thió
Josep Manel Busqueta i Franco
Abel Caldera i Pujols
Pastor Castell-Florit Serrate
Oscar Feo Istúriz
Isa Garnika Aizkorbe
Ritika Goel
Gerard Horta i Calleja
Clara Juandó Prats
María José Lecha i González
John Lister
Xavier Lleonart Martínez
Silvia Martínez Calvo
Àngels Martínez Castells
Eloi Mayordomo i Martínez
Martin McKee
Elena Monserrate Vallejo
Paula Morey i Rius
Carles Muntaner i Bonet
Albert Noguera Fernández
Laura Pabón i Lara
María E. Páez Victor
Montserrat Pineda Lorenzo
Lucy Reynolds
Francisco Rojas Ochoa
Alex Scott-Samuel
Isabel Vallet i Sánchez

espaifabrica.cat