



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
GRADO EN ECONOMÍA
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA APLICADA II
ÁREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMÍA APLICADA
CURSO ACADÉMICO 2020/2021

**LA SALUD COMO MERCANCÍA: IMPLICACIONES Y
ALTERNATIVAS DESDE LA ECONOMÍA HETERODOXA**

Trabajo Fin de Grado presentado por Pablo Palomo Martín
Tutorizado por la profesora Carolina Márquez Guerrero

Vº. Bº. del tutor/a:

Alumno/a:

D./Dª. Carolina Márquez Guerrero.

D./Dª. Pablo Palomo Martín

Sevilla, 8 de junio de 2021

ÍNDICE

<i>1. Introducción.....</i>	<i>1</i>
<i>1.1. Objetivos del trabajo</i>	<i>1</i>
<i>1.2. Metodología del trabajo</i>	<i>2</i>
<i>2. El sistema de salud actual</i>	<i>2</i>
<i>2.1. Sobre cómo la salud se ha insertado en el mercado.....</i>	<i>2</i>
<i>2.2. Sobre la provisión y la producción de la asistencia sanitaria</i>	<i>5</i>
<i>3. Los Sistemas de Salud ante la pandemia de Covid-19</i>	<i>13</i>
<i>3.1. Desigualdad y pandemia: Capitalismo Sindémico</i>	<i>13</i>
<i>3.2. La industria farmacéutica ante la Covid-19</i>	<i>18</i>
<i>4. Propuestas alternativas: la Salud como Derecho Humano</i>	<i>19</i>
<i>4.1. Conceptualización de la propuesta</i>	<i>19</i>
<i>4.2. Alternativas económicas y su aplicación en el proceso de transformación</i>	<i>21</i>
<i>4.2.1. Marxismo</i>	<i>21</i>
<i>4.2.2. Economía Feminista.....</i>	<i>22</i>
<i>4.2.3. Ecosocialismo</i>	<i>24</i>
<i>4.3. Articulación del nuevo modelo de gestión de la salud</i>	<i>27</i>
<i>5. Conclusiones</i>	<i>32</i>
<i>6. Bibliografía</i>	<i>33</i>

1. Introducción

El sistema de salud actual se encuentra en una situación insostenible. Esta insostenibilidad económica, financiera, política y social no se debe únicamente a la reciente pandemia de Covid-19. La propia articulación del modelo de salud provoca grandes desigualdades sociales y económicas. Cuando la lógica de la rentabilidad y el beneficio, propias del sistema económico, invade los espacios destinados al bienestar físico, mental y social, cambia por completo la concepción de lo que entendemos por salud, y pasa de ser un derecho a un privilegio.

Por esta razón, a lo largo de este trabajo de fin de grado se pretende explicar en qué consisten estas desigualdades, a través de un análisis de las características de los sistemas de salud. A su vez, analizaremos cómo la pandemia de Covid-19 ha sido, en gran medida, consecuencia de la expansión del sistema económico y ha tenido importantes implicaciones sobre el sistema de salud. Finalmente, trataremos de desarrollar una propuesta alternativa, basada en varias corrientes de la Economía Heterodoxa, de un modelo de salud que priorice el bienestar de las personas. Con este trabajo se pretende ofrecer un análisis estructural del funcionamiento del sistema de salud, así como de su relación con el sistema económico en general.

1.1. Objetivos del trabajo

El presente Trabajo de Fin de Grado tiene tres objetivos generales:

- 1) Describir cómo el sistema económico actual ha ido transformando la salud humana en un bien mercantil y esta ha pasado a formar parte de las dinámicas del mercado.
- 2) Mostrar las consecuencias que esto tiene, en general sobre los sistemas de provisión de salud y, en particular, las implicaciones que ha tenido a raíz de la pandemia de Covid-19.
- 3) Analizar propuestas alternativas que pongan el foco en la salud como derecho fundamental.

Para alcanzar estos objetivos, y partiendo de un enfoque económico estructuralista, se analizará el funcionamiento de los procesos de reproducción social que operan en nuestro sistema económico y su expansión en las últimas décadas. Posteriormente, se mostrarán las características generales de las dinámicas que se establecen entre salud y capitalismo, así como el papel actual de los Estados como gestores de la salud. Además, analizaremos el funcionamiento de la “industria sanitaria”, con un papel creciente de los sistemas de provisión de salud desde el punto de vista de la gestión privada y la industria farmacéutica. Finalmente, expondremos las consecuencias de lo anterior sobre la pandemia de Covid-19 y sus potenciales efectos en el futuro.

Una vez hayamos analizado todo lo anterior, se expondrán las diferentes propuestas que, desde la heterodoxia económica, consideran a la salud un derecho básico fundamental. Para ello se utilizarán los enfoques siguientes: marxismo, economía feminista y ecosocialismo. A partir de ellas, se describirán los modos en los que dichas propuestas se articularían para gestionar la salud y se establecerá una propuesta (o

propuestas) novedosa a partir de las anteriores, que conciba la salud humana desde una perspectiva económica ajena al mercado capitalista.

1.2. Metodología del trabajo

La metodología empleada en este Trabajo de Fin de Grado se basa en un análisis bibliográfico de fuentes secundarias del ámbito de la economía pública, ciencias de la salud, políticas públicas, sociología, ecología y ciencias políticas. El objetivo es obtener ideas, datos, reflexiones y planteamientos que permitan responder a la cuestión de la importancia del ámbito de la salud en los procesos de acumulación actuales y sus implicaciones.

La bibliografía básica se ha obtenido principalmente del catálogo de la biblioteca de la Universidad de Sevilla. Por otro lado, cabe destacar la importancia de la búsqueda de bibliografía en revistas especializadas en ciencias de la salud, así como informes procedentes de organismos de investigación nacionales e internacionales. Dada la actualidad del tema, para el análisis de la situación económica y sanitaria provocada a raíz de la pandemia de Covid-19 se han empleado numerosos recursos obtenidos de diarios y periódicos digitales, así como artículos escritos por expertos en los campos de la Economía, Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud. Finalmente, se han empleado recursos audiovisuales, fundamentalmente conferencias en video, para profundizar en conceptos concretos.

2. El sistema de salud actual

2.1. Sobre cómo la salud se ha insertado en el mercado

Siguiendo el planteamiento de Amaia Pérez Orozco (2014), existe un claro conflicto entre el capital y la vida que ha venido a agudizarse en los últimos años. El proceso de acumulación del capital ha generado una mercantilización de la vida que implica la penetración de las lógicas de este sistema económico dentro de esferas en las que antes no había logrado introducirse. Esto ha conducido a que estos nuevos ámbitos vitales resulten inasequibles. Por tanto, vemos cómo se crea una barrera socioeconómica entre aquellas personas que pueden gozar de un conjunto de bienes y servicios que satisfacen sus necesidades y otras destinadas a ocupar una posición de relegación social. Como afirma Michael Sandel (2013), esto supone un problema especialmente relevante cuando hablamos de ámbitos necesarios para la propia supervivencia, como es el caso de los servicios de salud. Sin embargo, en este trabajo haremos hincapié, no únicamente en los servicios de provisión sanitaria, sino también en los procesos determinantes sobre la salud en general.

Para utilizar una noción de salud que explique este enfoque, utilizaremos la que emplea la Organización Mundial de la Salud en su propia constitución: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2021). Esto pone de manifiesto la importancia de una visión global sobre la salud. Por ello, habremos de determinar aquellos factores que influyen en ella y cómo están relacionados con estas dinámicas propias del proceso de acumulación capitalista. Previamente a todo esto, es

imprescindible observar cómo ese proceso de acumulación ha ido tomando diferentes formas a lo largo del tiempo y cómo se ha configurado en la actualidad.

Para empezar, a raíz del consenso keynesiano, especialmente a partir de la década de 1950, las economías occidentales modificaron los principios del capitalismo liberal anterior para aumentar la participación del Estado en la economía. Según explican Gaspar Feliu y Carles Sudrià (2013), el objetivo fundamental era el de evitar revivir experiencias económicas como las de los años treinta y frenar la amenaza de la expansión del comunismo, especialmente en Europa. Para ello, el Estado capitalista se reformó para garantizar la estabilidad económica, el empleo, algunos servicios públicos básicos y protección social a los ciudadanos. Es entonces cuando aparece el conocido como “Estado del Bienestar”. Sus aspectos fundamentales fueron el establecimiento de seguros sociales obligatorios, la asistencia sanitaria gratuita y la educación gratuita o subvencionada. Con ello se generaron importantes beneficios económicos, como una mejora de la fuerza laboral y un mejor aprovechamiento de las capacidades de la población.

En este sentido, la creación del Estado del Bienestar se podría interpretar como un mecanismo útil para facilitar el proceso de acumulación capitalista, socializando ciertos costes que hasta entonces habían pertenecido a las empresas. En el caso específico de la sanidad, se garantizó una provisión sanitaria que quedaba fuera del mercado, pero que servía directamente a los intereses empresariales. Todas estas políticas sociales, de carácter redistributivo, garantizaban a su vez que muchas familias de clase trabajadora pudieran dedicar más renta al consumo y si fuera necesario, al ahorro. En definitiva, el crecimiento de la economía mundial que fue desde 1950 hasta 1973, conocido como los treinta años gloriosos del capitalismo, se sustentó en que los intereses de la acumulación pasaron por garantizar y mejorar las condiciones de la clase trabajadora a través del Estado (Feliu & Sudrià, 2013).

En las ciencias sociales se ha discutido mucho sobre el término de “Capitalismo salvaje” (Sartelli, 2014). Muchos argumentan que el capitalismo es salvaje en todas sus expresiones (Herrero, y otros, 2020; Sartelli, 2014; VV.AA., 2018). Sin embargo, es cierto que esta expresión suele usarse para describir fundamentalmente las últimas décadas de vida de este sistema económico. Otra de las expresiones usadas para describir este periodo temporal es el de neoliberalismo. Independientemente de la terminología que se emplee, lo verdaderamente importante reside en comprender cómo desde la década de 1980 se han incrementado las políticas que han aumentado el poder de los mercados en todo el mundo. En esta década, fundamentalmente desde que Margaret Thatcher y Ronald Reagan llegaron al poder en Reino Unido y Estado Unidos respectivamente, se inicia una ofensiva del capital que persigue recuperar las tasas de ganancia anteriores a la crisis de la década de 1970 (VV.AA., 2018). Comienza una nueva etapa de reestructuración productiva que se caracteriza por las privatizaciones masivas, la reducción de las políticas sociales y redistributivas del Estado, la desregulación (o más bien la regulación a favor del capital) del sector financiero y la liberalización de otros sectores como el energético, las telecomunicaciones, etcétera (Feliu & Sudrià, 2013).

No es de extrañar que, desde este preciso momento, determinados aspectos de la vida social que hasta entonces habían sido ajenos (o al menos, parcialmente ajenos) al mercado pasaran a engrosar una larga lista de bienes y servicios que podían intercambiarse bajo la dinámica del mercado. Entre ellos, el sector de la salud se ha visto especialmente afectado. En el caso de España, a partir de la década de 1980 comienzan a

privatizarse servicios sanitarios, a veces de forma directa, como la asistencia bucodental, y a veces de forma indirecta como, por ejemplo, la gestión de complejos hospitalarios. Pese a que más adelante trataremos estas cuestiones sobre el sistema sanitario en España, lo que nos interesa ahora es dar una perspectiva general sobre cómo en las últimas décadas el capitalismo ha creado estructuras productivas mucho más débiles y menos controladas desde instituciones democráticas (VV.AA., 2018).

Son muchos los autores que, desde la economía crítica, han argumentado que el desarrollo de este capitalismo salvaje ha creado una auténtica crisis civilizatoria (Herrero, y otros, 2020; Navarro, 2020; Pérez Orozco, 2014; Sartelli, 2014; VV.AA., 2018). Crisis porque afecta de lleno a las estructuras sobre las que sostiene la sociedad en su conjunto y civilizatoria porque afecta a todos los niveles de la vida social. De hecho, incluso las bases epistemológicas más básicas de la sociedad se tambalean, al afectar esta crisis a lo que entendemos por las dinámicas con la naturaleza (Herrero, y otros, 2020), las relaciones socioeconómicas (VV.AA., 2018) y por el propio sentido de la vida humana (Pérez Orozco, 2014).

El fenómeno de la globalización ha contribuido a extender esta crisis por todo el mundo y por todas las esferas de la vida. Como no podía de ser de otro modo, cuando hablamos de globalización nos estamos refiriendo a esta última fase de expansión exterior del capital en dos vertientes: la expansión vertical y la expansión horizontal. La expansión vertical, consiste en la mercantilización de aquellos sectores que no habían sido previamente mercantilizados. La salud, en un sentido amplio, es un ejemplo claro de ello. Véase lo que ha sucedido, no únicamente con el quehacer del sector sanitario, sino con las esferas de la vida en las que la salud juega un papel fundamental, como los cuidados, el ocio y otros aspectos que afectan directamente a la salud. Por otro lado, la expansión horizontal ha consistido en la expansión del capitalismo a ámbitos geográficos en los que no estaba presente. Esta nueva articulación del capitalismo mundial ha supuesto una nueva división internacional del trabajo, desarticulando las estructuras productivas preexistentes de muchos países. De esta forma, un creciente volumen de población mundial se incorpora al circuito del capital global, viéndose desprovista de la capacidad de autosuficiencia y soberanía, al pasar a depender de otros agentes globales la satisfacción de sus necesidades más básicas (VV.AA., 2018).

Una vez la salud se ha transformado en un bien mercantil, las reglas del mercado son claras: las mercancías se compran y se venden, y son los que poseen más recursos los que son capaces de comprar y vender más. De esta forma, la salud pasa a ser un nuevo bien de mercado y estará reservada, únicamente, a todos aquellos que puedan permitirse comprarla. Por supuesto, esto plantea grandes dilemas de carácter ético. Como plantea Michael Sandel (2013), si todo está en venta, y especialmente algo como la salud, la vida resultará imposible para todos aquellos que no dispongan de suficientes recursos. La consecuencia más inmediata será el aumento de la desigualdad. La desigualdad aumentará en tanto aquellas personas que carecen de recursos no serán provistas de la atención sanitaria que requieren. De forma contundente, esto cabe resumirse en que la salud de los pobres no es rentable.

Sin embargo, Sandel no se limita a plantear que el escollo para la justicia social es únicamente la desigualdad. Existe otra dimensión sociopolítica que es igual o más importante si cabe: la corrupción que el mercado genera en aquellos bienes que toca. Con ello no pretende referirse a la corrupción en un sentido delictivo, sino más bien en un

sentido ético. Esta corrupción provoca la aparición de nuevas dinámicas respecto a los bienes mercantilizados que genera una cosificación de nuevos ámbitos de la vida. La consecuencia más inmediata es que la vida humana deja de ser lo importante, dando paso a la hegemonía de la rentabilidad y el beneficio. Paradójicamente, desde la economía ortodoxa se ensalzan los beneficios asociados al mercado, mientras al mismo tiempo se pretende ocultar lo máximo posible la forma en la que el capital se está apropiando de todas las esferas de la vida.

2.2. Sobre la provisión y la producción de la asistencia sanitaria

Muchos son los economistas que plantean que el mercado es el mejor mecanismo para asignar eficientemente los recursos. Por tanto, no debe sorprendernos que los bienes y servicios asociados a la salud se propongan también para ser organizados a través de las relaciones de mercado. Sin embargo, a menudo se olvida que la salud va mucho más allá que otros bienes y servicios que satisfacen necesidades más allá de las estrictamente materiales. Como ya hemos dicho, la salud es una necesidad humana básica y, por tanto, no garantizar su aprovisionamiento implica aceptar que todas aquellas personas ajenas a estos mercados son consideradas personas de segundo nivel (Sandel, 2013). Un ejemplo paradigmático es el caso de los EE. UU. Este país posee un sistema de provisión sanitaria basado casi exclusivamente en los seguros privados. Los datos recogen que este sistema, basado exclusivamente en relaciones de mercado, tenía en 2010 al 16% de su población sin seguro médico y, por tanto, desprovista de una de las necesidades más esenciales del ser humano. Cabe destacar que ese 16% equivale a 48 millones de personas, de las que la mayoría eran grupos menos favorecidos como negros o latinos (Albi, González-Páramo, Urbanos, & Zubiri, 2017). Adicionalmente, los datos indican que, en 2007, también en EE. UU., el 62,1% de las bancarrotas de las familias estadounidenses estaban directamente relacionadas con problemas médicos y facturas hospitalarias, situándose como la principal causa de bancarrota de las familias en este país (Himmelstein, Thorne, Warren, & Woolhandler, 2009).

Viendo como son las cosas en uno de los países más desarrollados del mundo de acuerdo con los indicadores de la economía convencional, cabría preguntarse cómo serán las cosas en países mucho más empobrecidos. El objetivo de este apartado será reflexionar sobre las características generales que tienen estos sistemas de salud y explicar las consecuencias directas e indirectas de los mismos. Sin embargo, debemos tener en cuenta que el análisis sobre el sistema de salud tendrá resultados distintos en función de la perspectiva económica desde la que se analice.

Desde la economía ortodoxa, se tiende a analizar la provisión de los sistemas de salud desde un punto de vista microeconómico. Partiendo de este punto de vista, la salud es un bien preferente, es decir, un bien privado que posee efectos muy positivos sobre la sociedad. Sin embargo, no se puede considerar que la sanidad se sitúe fuera del mercado, aunque sean los sistemas públicos los que se encarguen de su provisión y posean la titularidad de los medios de producción. Ambas acaban siendo condicionadas por las exigencias de la acumulación y, en todo caso, quedan condicionadas a las exigencias de déficit, normalmente impuestas a través de instituciones y organismos financieros internacionales. Por supuesto, esto va en contra de lo recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, que asegura que todas las personas han de tener derecho a una asistencia sanitaria universal, equitativa y de calidad

(VV.AA., 2018). La consideración de la salud y de la provisión sanitaria como bien preferente implica que el mercado, en el que dicho bien opera, está sujeto a fallos de mercado.

Por otro lado, otros economistas consideran que el sistema de salud no puede analizarse de forma aislada al sistema económico y a sus dinámicas. En este sentido, ha de analizarse la salud como bien mercantil, y su provisión en función de si se lleva a cabo del lado de lo público o lo privado y qué implicaciones tiene. Nuestro objetivo pasará por explicar ambos análisis para extraer conclusiones sobre el funcionamiento de los sistemas sanitarios actuales.

Desde la microeconomía se reconoce que, en ciertos aspectos, los sistemas de salud actúan como monopolios naturales. Esto sucede por el elevado coste de creación de infraestructuras sanitarias y la necesidad de emplear a trabajadores con un alto grado de cualificación. Por esta razón la intervención pública establece centros que actúan como monopolios geográficos y reúne la atención sanitaria en puntos clave para que pueda proveerse a toda la población. En definitiva, la sanidad pública permite que los sistemas privados no dejen a ninguna persona desprovista por la falta de rentabilidad, especialmente en zonas rurales o con un bajo nivel de ingresos (Albi, González-Páramo, Urbanos, & Zubiri, 2017). Todo esto provoca que muchas empresas privadas no puedan o no quieran concurrir en este mercado. Sin embargo, también supone que aquellas que entren en este mercado sanitario sean grandes empresas con una gran capacidad y control sobre los medios de producción disponibles. En este sentido, el mercado de la provisión sanitaria privada tenderá a ser un oligopolio en el que a las empresas les sea fácil cooperar (Tafari, 2015).

En el caso de España, la fundación IDIS representa a las principales empresas del sector sanitario privado. Esta fundación, actuando como una patronal del sector sanitario privado, muestra cómo la sanidad privada está dominada por grandes empresas o grandes conglomerados de empresas, entre las que destacan grupos hospitalarios, aseguradoras y grandes farmacéuticas. Según datos de su página web, entre 2009 y 2018 la evolución del gasto sanitario privado sobre el gasto sanitario total ha pasado de un 24,6% a un 29,5% (Fundación IDIS, 2020). Es por ello que, desde un punto de vista estructural, se aprecia una retirada del sector público de la prestación de servicios sanitarios. Este fenómeno se produce a través de grandes procesos de desinversión que dan pie a estas grandes empresas a entrar en la provisión sanitaria, considerándose como nuevos nichos de mercado con una alta rentabilidad. Este fenómeno, conocido como privatización, está desplazando paulatinamente al sector público en la provisión y producción de la sanidad (VV.AA., 2018).

La privatización de la sanidad no implica necesariamente una privatización formal, sino que puede darse una privatización funcional. Esto significa que la gestión pasa a manos de empresas privadas, fundamentalmente a través de los conocidos como convenios de colaboración público-privada. Además, nos referimos igualmente a la privatización funcional cuando en el propio sector público se prima la lógica de la rentabilidad sobre la equidad y la redistribución. En ambos casos, lo fundamental es que ha cambiado el objetivo (beneficio frente a servicio público) y la consideración del bien (privilegio frente a derecho). La característica principal de los sistemas de gestión privada es que se basan en estructuras complejas en las que se establecen relaciones de confianza y poder, a menudo opacas y difusas, que permiten a las empresas y a la lógica del

beneficio aprovecharse de todo aquello que pueda suponer un nicho de mercado dentro de la sanidad pública (VV.AA., 2018).

El marco teórico auspiciado por la Teoría de la Nueva Gestión Pública ha provocado que se desarrollen nuevas formas de gestión basadas en la disociación entre la producción de las infraestructuras técnicas y humanas y la provisión del servicio (VV.AA., 2018). Pese a que existe cierto consenso entre los economistas en que la sanidad ha de proveerse de forma pública, existen ciertas desavenencias sobre la forma en la que debe gestionarse esa atención sanitaria. Por un lado, existen defensores de que la sanidad sea provista únicamente a aquellas personas que contribuyan a financiar a través de cotizaciones sociales. Este sistema es conocido como Sistema de Seguridad Social. Por otro lado, muchos economistas defienden que los beneficios derivados de asegurar una cobertura universal a toda la población son mayores que los costes que generaría el no hacerlo. En este sentido, proponen un Sistema Nacional de Salud, basado en la universalidad y la financiación a través de tributos. En líneas generales, la evidencia muestra que son los países que poseen un Sistema Nacional de Salud los que poseen una mayor producción de infraestructuras públicas, pese a que en los últimos años se ha incrementado el modelo de gestión privada (Albi, González-Páramo, Urbanos, & Zubiri, 2017).

Tradicionalmente, el Estado es quien ha detentado la propiedad de los medios de producción y ha efectuado la provisión de la atención sanitaria. Con ello, el Estado garantizaba una mayor equidad en la prestación del servicio y el acceso general de la población a la salud. En los últimos años se ha tendido a sustituir estas formas de gestión por aquellas en las que la provisión del servicio, o al menos parte ella, ha corrido a cuenta de la producción privada, a través de conciertos económicos, derivaciones de intervenciones a centros privados o mediante la externalización de servicios complementarios. El caso de los conciertos económicos privados suele ser el más significativo y extendido, no sólo porque permite un mayor lucro de las empresas privadas, sino porque no suelen quedar reflejadas en las estadísticas oficiales. Esto sucede especialmente en el caso de las pruebas diagnósticas en las que se subcontrata a centros privados como concepto de “externalización” (Sánchez Bayle, 2014).

El fenómeno de los conciertos económicos no suele llevarse a cabo directamente. Como paso previo se suele emplear lo que se conoce como la separación de financiación y provisión sanitaria, que consiste en la introducción de nuevos esquemas de negociación entre los gerentes de los centros y las administraciones sanitarias de las que dependen. En la práctica, esta negociación supone un mayor control de las administraciones sobre los gerentes de los centros, que pasan a ser directamente elegidos por ellas. La finalidad es acabar abriendo la gestión de los centros directamente a manos privadas a través de las concesiones sobre las que nos hemos referido o a través de otros mecanismos. Marciano Sánchez Bayle (2014) explica que otro modo de privatización sanitaria ha sido la gestión privada directa en los sistemas públicos. Esta se ha ejercido a través de la creación de fundaciones, empresas públicas o entidades de base asociativa (EBAs) que se han dedicado a la gestión de centros públicos, especialmente en políticas de personal. Gracias a este tipo de asociaciones, en ocasiones compuestas por “especialistas en gestión sanitaria” que provienen de empresas del sector privado, la lógica de la rentabilidad y, en ocasiones la corrupción política, han podido entrar a formar parte de las gerencias de centros sanitarios públicos. Sin duda, esto ha provocado el deterioro del servicio público

y ha contribuido al trasvase de usuarios, particularmente de las clases medias, hacia los sistemas sanitarios totalmente privados. (VV.AA., 2018).

Con la justificación de la excesiva burocracia que se da en el sector público y las largas listas de espera que se genera, el sector privado aboga por un modelo que se presenta como supuestamente más eficiente. Sin embargo, los datos empíricos muestran que estos modelos de producción privada suelen tender, bien a la macroineficiencia, o la microineficiencia (Albi, González-Páramo, Urbanos, & Zubiri, 2017).

Debemos considerar que la demanda sanitaria es una demanda parcialmente inducida, es decir que, en gran medida, no depende totalmente de la persona que la recibe. Esto sucede porque es el profesional sanitario el que conoce qué le sucede al paciente y cuáles son los posibles tratamientos. De esta forma, al existir una escasa información por parte del paciente, son estos profesionales los que demandan los servicios sanitarios necesarios. Por ello mismo, en el caso de que el servicio sanitario se produzca de forma privada y el pago de este se efectúe de forma retrospectiva (una vez el paciente haya recibido la prestación) el proveedor del servicio tendrá incentivos a aumentar los costes del servicio, lo que implica un despilfarro excesivo de recursos que no son gestionados de una forma eficiente (macroineficiencia). Podría pensarse que, si se estableciera un pago prospectivo (previo a recibir la prestación) en forma de seguro, se eliminaría este problema y la producción privada se volvería más eficiente. En principio, todos los proveedores deberían fijar un precio más o menos fijo para cada individuo, independientemente del coste en el que se incurra en el periodo de cobertura. Esto supone que aparecen los problemas asociados a la selección de riesgos, que hace que se evite a aquellos pacientes más difíciles de tratar y se les derive a otros centros que estén dispuestos a tratarlos, además de promover que se escatime la cantidad de servicios producidos y se reduzca la calidad asistencial (microineficiencia). En ambos casos, se reduce la eficiencia general del sistema sanitario (Albi, González-Páramo, Urbanos, & Zubiri, 2017).

Como consecuencia de lo anterior, para el sector privado, la segunda opción será siempre más rentable, pues no tiene por qué asumir los costes de eficiencia que provoca, ya que se diluyen en el sector público, mientras que puede elegir quedarse con aquellos casos más rentables y fáciles de tratar. Este es el motivo principal por el que las formas de colaboración público-privadas que explicamos anteriormente se han vuelto más populares en los últimos años. Con ellas, el sector público se ha visto claramente debilitado (Albi, González-Páramo, Urbanos, & Zubiri, 2017). La disminución de las inversiones en sanidad pública ha lastrado la calidad de los servicios sanitarios, lo que ha provocado una apertura de nuevos nichos de mercado para las empresas privadas (Sánchez Bayle, 2014). Los datos de la propia Fundación IDIS muestran que, para estas empresas, la sanidad genera tasas de rentabilidad muy altas, ya que el gasto sanitario total representa un 8,9% sobre el PIB, del cual un 2,6% se corresponde a gasto sanitario privado (Fundación IDIS, 2020).

Desde el punto de vista jurídico, este fenómeno se conoce como la huida del Derecho Administrativo hacia el Derecho Privado. La sanidad pública no ha sido la única afectada. Prácticamente todas las esferas del Derecho Público se han visto afectadas por formas jurídicas mercantiles tradicionalmente vinculadas al Derecho Privado. En el caso que nos concierne, hemos visto que esta ha pasado por la subcontratación de servicios básicos y complementarios de la sanidad pública a empresas privadas, en muchas

ocasiones creando grandes redes clientelares que destacan por su opacidad y por los fenómenos de “puertas giratorias”, bajo el pretexto de incorporar competencia a ciertos servicios para garantizar su eficiencia (VV.AA., 2018). Estos fenómenos de puertas giratorias han constituido un gran problema ético, que ha salpicado el funcionamiento de los sistemas públicos de salud. La conocida como puerta giratoria permite el paso del sector sanitario público, especialmente desde su vertiente política, al privado o viceversa. Este cambio entre lo público y lo privado suele llevarse a cabo mediante un proceso de “alternancia profesional”, bajo el pretexto de que personas especializadas en el sector sanitario privado (y especialmente de la industria farmacéutica) puedan, con su conocimiento en gestión, contribuir a la mejora de la eficiencia de los sistemas públicos. Claramente, esto ha provocado multitud de conflictos de intereses, especialmente cuando se producen concesiones de algún tipo a empresas que han estado vinculadas con estos profesionales (Rubio Jiménez, 2014).

Sin embargo, la gestión pública también presenta grandes fallos en materia de eficiencia, como es el caso de la excesiva burocracia y las largas listas de espera. Por esta razón, existe aún mucha discusión sobre la verdadera eficiencia entre la producción pública o privada. Pese a todo, no debemos olvidar que, aún habiendo mostrado los beneficios de la provisión y la producción sanitaria pública, es el Estado quién en los últimos años ha abierto las puertas de la sanidad al capital y a sus dinámicas a través de estos nuevos modelos de gestión sanitaria (Tafani, 2015). Esto ocurre porque la decisión, a pesar de lo que pretende hacer creer la economía convencional, no solo tiene que ver con criterios estrictamente económicos, sino también políticos. De hecho, estos procesos privatizadores se han llevado a cabo tanto por partidos conservadores como por parte de la socialdemocracia. En el caso de España, fue el PSOE el que llevó a cabo durante la década de 1980 la mayor serie de procesos privatizadores desde la transición, caracterizándose por “su carácter vergonzante y silencioso, con el que se procuró ocultar estos procesos a la opinión pública por motivos políticos” (Tafunell & Carreras, 2016).

Como consecuencia de esta entrada del sector privado en los servicios de asistencia sanitaria se derivan un gran número de problemas para los usuarios del sistema sanitario. Una de ellas es que la externalización de servicios en manos privadas merma la capacidad de control de las autoridades públicas y, por tanto, democráticas. Esto implica que los sistemas sanitarios pasan a depender de los procesos de acumulación de capital y se eliminan los controles democráticos, mucho más rigurosos y menos opacos que los que se llevan a cabo desde el sector privado (Tafani, 2015). Adicionalmente, esto permite reducir fenómenos asociados al clientelismo político y garantizan que la salud humana sea un derecho y no un privilegio. Por esta misma razón, muchos autores establecen que en, en general, la sanidad pública permite mejorar la equidad con unos costes de eficiencia inferiores a los que genera la sanidad privada (Albi, González-Páramo, Urbanos, & Zubiri, 2017; Navarro, 2020; Tafani, 2015; Rubio Jiménez, 2014).

Otra de las grandes características de los sistemas de salud, tanto públicos como privados, es su tendencia al hospitalocentrismo y a la falta de coordinación entre niveles asistenciales. La piedra angular del sistema sanitario es el hospital. Esto se aleja de la concepción de que es necesaria una atención de proximidad que sitúa a la atención primaria como eje vertebrador del sistema sanitario (VV.AA., 2018). Este problema es el resultado de la concepción de la salud como sistema de tratamiento de enfermedades. El conocimiento médico se parcializa en especialidades que sitúan como prioridad el tratamiento de una afección concreta. Con ello, se borra automáticamente cualquier

concepción holística sobre la salud, que tenga en cuenta la interrelación de los procesos sanitarios y de los condicionantes sociales y ambientales que influyen sobre ellos.

Como consecuencia de que exista esta gran fragmentación de los diferentes especialistas sanitarios y no se produzca una coordinación adecuada, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento llegan en muchos casos mucho más tarde, contribuyendo así a afianzar las largas listas de espera de los sistemas sanitarios (Albi, González-Páramo, Urbanos, & Zubiri, 2017). Estos fallos referentes a la cooperación no se refieren únicamente a las relaciones entre asistencia sanitaria primaria y hospitalaria, sino que también se refieren a la falta de coordinación con otros profesionales y organismos de salud comunitaria, salud pública y con organismos encargados de llevar a cabo políticas sociales y de integración. Esto ocurre porque los procesos de decisión y gestión en materia sanitaria llevan aparejados la lógica de la rentabilidad, y los sistemas sanitarios adquieren un funcionamiento similar al de una empresa privada, en el que los procesos quedan totalmente parcelados y mecanizados.

Teniendo en cuenta la concepción holística de la salud, sobre la que nos detendremos más adelante, es imprescindible ahondar en la importancia de los determinantes sociales y medioambientales de la salud. Dos de estos condicionantes son la clase social y el género, que afectan directamente a la salud de las personas y a las formas en las que los sistemas sanitarios tratan ciertos problemas asociados a ellos.

Por supuesto, existen grandes desigualdades de clase y de género que acaban creando sistemas duales que segregan a la población en función de su capacidad económica, relegando a la clase trabajadora a una sanidad pública mermada de recursos que atiende únicamente a esta población con menos recursos y con aquellas patologías que no son rentables para el sector privado (VV.AA., 2018). A esto debemos añadir ciertos aspectos que hacen que la salud de la clase trabajadora sea de por sí más precaria y, por tanto, más necesitada de servicios y prestaciones asociadas al sistema de salud. Entre estas características encontramos que las personas de clase trabajadora son más propensas a padecer ciertas enfermedades de carácter profesional, además de tener asociados unos niveles de vida, hábitos y actitudes más propensos a contraer ciertas enfermedades. En este sentido, se someten en menor medida a pruebas diagnósticas de carácter preventivo y padecen en mayor medida enfermedades de tipo coronario (Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología, 1995).

Como explicamos anteriormente, la salud tiene un carácter holístico y se ve afectada por multitud de factores. Por ejemplo, si tenemos en cuenta que la clase trabajadora dedica dos tercios de su vida consciente (esto es, sin contar las horas de sueño) al trabajo y actividades asociadas al mismo, como los desplazamientos o los descansos, encontraremos gran parte de la explicación del por qué la clase trabajadora se ve afectada por todos estos problemas de salud (Sartelli, 2014). Estos problemas a los que nos referimos no son únicamente físicos. La gran olvidada de los sistemas de salud, la salud mental, también se ve gravemente afectada por estas diferencias de clase. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en nuestro país el 50% de la población que se situaba en el decil de renta más baja aseguraba tener una mala salud mental en 2014, frente a menos del 10% del decil de renta más alta (ESS, 2014). Como se observa, todo esto provoca que la clase trabajadora sea mucho más propensa a necesitar de servicios de asistencia sanitaria y, por tanto, la perspectiva de clase no pueda obviarse en este análisis.

Al igual que hemos visto que la clase social y sus condicionantes ambientales son determinantes a la hora de comprender la posición de la que se goza en el sistema de salud, sucede algo similar con el género. Los sistemas sanitarios se caracterizan por ser androcéntricos y patriarcales (VV.AA., 2018). Son androcéntricos en tanto que los procesos de investigación, dirección y análisis médico y científico excluyen sistemáticamente a las mujeres. Asimismo, ciertas prácticas y tratamientos que afectan mayoritariamente a las mujeres han sido considerados abusivos y no se ha hecho suficiente hincapié en las malas prácticas a las que estas se han visto sometidas durante años. A esto añadimos la creación de políticas pronatalistas y antinatalistas que pretenden implantar políticas demográficas que van contra el derecho de las mujeres a decidir sobre sus propios cuerpos (VV.AA., 2018).

Por supuesto, a las políticas sanitarias que tienden a privatizar los sistemas de producción sanitarios debemos añadir aquellas políticas que pretenden imponer concepciones sociales conservadoras como la familia tradicional, la división sexual del trabajo clásica, el binarismo heteronormativo y la negación de la capacidad de decidir sobre los cuerpos y las vidas de las mujeres. Este tipo de políticas tienden a una posición ofensiva contra muchos derechos alcanzados en los últimos años como por ejemplo el aborto, la custodia compartida, la reproducción asistida, el tratamiento médico del VIH/SIDA, el tratamiento de las personas trans, la maternidad lésbica y las parejas de hecho (Pérez Orozco, 2014).

Que los sistemas de salud incluyan estas dinámicas clasistas, patriarcales y discriminatorias contra ciertos colectivos no debe extrañarnos en absoluto. Como explicamos al inicio de este trabajo, estos sistemas, al incorporar la salud como un bien mercantil, se ven afectados por las dinámicas del mercado, que como vemos acaban formando una parte esencial de las características de los sistemas de salud actuales.

Otra de las principales características que presentan los sistemas de salud es la gran tendencia a la medicalización (VV.AA., 2018). Esto se debe a que se superponen los tratamientos curativos a los preventivos, además de obviar muchos de los condicionantes sociales explicados con anterioridad. En este sentido, se acaban relegando aquellas políticas colectivas que prestan una mayor atención a la prevención y reducción de riesgos de carácter medioambiental, laboral, nutricional, de hábitos personales, etcétera (Albi, González-Páramo, Urbanos, & Zubiri, 2017). El objetivo de relegar estas políticas preventivas y de promoción de hábitos saludables a un segundo plano se debe en gran medida a la presión de las grandes industrias farmacéuticas.

Son muchos los lobbies farmacéuticos que pretenden controlar una gran parte de los sistemas de salud y que hacen de la curación un nicho de mercado muy rentable, creando así, una “industria de la enfermedad”. Cabe destacar que tan solo 39 compañías controlan el 80% del mercado de medicamentos a nivel mundial (Sartelli, 2014). El eje central del sistema a través del cual estas empresas consiguen controlar dicho mercado son las patentes sobre los medicamentos. Según Mariana Mazzucato (2019), las empresas justifican el uso de patentes como método para crear incentivos para la innovación y el desarrollo (I+D) a través de los mecanismos de competencia en el mercado. Sin embargo, la realidad muestra que son las instituciones públicas las responsables de financiar la mayor parte de estas investigaciones en I+D. El resultado es que los contribuyentes tienen que financiar doblemente la adquisición de medicamentos: la investigación (a través de los impuestos que pagan al Estado) y el pago del producto final (como cobro de las empresas farmacéuticas).

Este sistema de patentes es aprovechado por las grandes empresas del sector farmacéutico para fijar precios cercanos a los de monopolio. Un ejemplo de esto es el aumento del precio que han sufrido en los últimos años ciertos medicamentos para enfermedades crónicas como el cáncer, el VIH o las enfermedades inflamatorias. Por supuesto, en este tipo de medicamentos, los precios desorbitados que establecen las farmacéuticas no guardan ninguna relación con los costes de producción. Por ejemplo, Sovaldi (un tratamiento para la Hepatitis C), se comercializó en el mercado a un precio de 84.000 dólares mientras que el coste de fabricación se sitúa entre los 68 y 136 dólares. La razón que las empresas alegan para fijar estos precios tan altos es la necesidad de una gran inversión inicial en concepto de I+D. Sin embargo, la realidad es que el gasto en investigación básica que realizan estas empresas es muy bajo con respecto a los beneficios que obtienen (Mazzucato, 2019). Como explicamos en el párrafo anterior, esto sucede porque son los institutos y laboratorios públicos, o laboratorios privados que son financiados con fondos públicos, los que se encargan de la verdadera fase de investigación básica y experimental. El mayor gasto en innovación de estas empresas suele venir en concepto de I+D en desarrollo, una fase de la investigación que se caracteriza por los bajos riesgos, y en la creación de medicamentos equiparables (variaciones de productos ya existentes).

Además, otro método de estas grandes empresas farmacéuticas para justificar los altos precios de los medicamentos es alegar los grandes beneficios que estos generan en la sociedad. Según ellas, el beneficio que aportan sus medicamentos provocaría un ahorro de más de la mitad de los costes que las administraciones públicas tendrían que desembolsar para tratar a determinados enfermos. Esta argumentación que ofrecen no está demostrada por la evidencia empírica. De hecho, lo que sí existen son estudios que muestran que no existe correlación entre los precios de los medicamentos y los beneficios que estos generan sobre la sociedad (Mazzucato, 2019). Por ejemplo, vemos que existen muchos medicamentos y terapias básicas, además de vacunas, que tienen un impacto muy beneficioso para la sociedad en relación con otros y que sin embargo cuentan con precios mucho más bajos.

Aprovechando la falta de sistemas de análisis sobre beneficios y rentabilidad social y económica que persiste en muchos países, las empresas farmacéuticas son capaces de convencer a muchos Estados para que adquieran sus medicamentos a estos altos precios. Por supuesto, el que la elasticidad de la demanda de los medicamentos sea tan baja favorece a estas compañías, que salen muy beneficiadas en el mercado mundial. La necesidad de comprar medicamentos por parte de los Estados para garantizar el acceso de tratamientos a su población y la existencia del sistema de patentes provoca que estas empresas puedan fijar estos altos precios sin ver amenazados sus beneficios (Mazzucato, 2019). Para observar los resultados, no tenemos que ir muy lejos: en el caso de nuestro país, el Estado se convirtió en 2010 en el segundo consumidor de fármacos a nivel mundial (VV.AA., 2018).

Sin embargo, no en todos los países se tiene el mismo enfoque sobre cómo gestionar esta problemática. Son especialmente los países del norte global los que defienden este sistema de derechos de propiedad (patentes) porque son sus empresas las que se acaban beneficiando de hacer de la enfermedad un negocio (Sartelli, 2014). Por ejemplo, con respecto al tratamiento para luchar contra el SIDA, EE. UU. hace un gasto anual en medicamentos y tratamientos por valor de 10.000 millones de dólares, siendo diagnosticadas anualmente en torno a 40.000 personas en ese país. En todo el continente africano se diagnostican al año más de 4 millones de casos de SIDA y, aún así, el gasto

total que realiza todo el continente para adquirir los tratamientos correspondientes es de tan solo 165.000 dólares. Los datos, por tanto, nos indican que existe una gran desigualdad a nivel mundial en cuanto al acceso a medicamentos, fundamentalmente por la baja rentabilidad que tienen ciertos países con niveles de ingresos bajos para este conglomerado farmacéutico. Los datos son bastante ilustrativos con respecto a este fenómeno: a principios de la década de 2010, en EE. UU. el gasto medio por persona en medicamentos era de 470 dólares al año. Esta cifra se reduce a 50 dólares en América Latina, a 8 dólares en Asia (excluyendo Japón) y a tan solo 5 dólares en África (Sartelli, 2014).

Con la ayuda de los Estados, especialmente los del norte global, la finalidad de la medicina y la farmacia capitalista pasa por tratar la sintomatología de determinadas enfermedades. Al implantarse la lógica del beneficio en el sistema farmacéutico, se elimina la concepción holística de la salud. El objetivo último es garantizar la incorporación rápida de la clase trabajadora a los procesos productivos, eliminando las dolencias físicas y mentales de forma superficial, sin atender a las causas directas de las mismas. Una de las consecuencias que se derivan de esto es que los sistemas sanitarios estén orientados a la sobremedicación, generando muchos efectos perjudiciales para la salud a largo plazo como, por ejemplo, una pérdida de eficacia de los antibióticos por su sobreutilización. Asimismo, otra de las consecuencias es la creciente contaminación de aguas residuales como consecuencia de la presencia de una gran cantidad de fármacos como ansiolíticos, antibióticos u otros, especialmente en países del sur global, que acaban actuando como vertederos para residuos sanitarios de otros países (VV.AA., 2018).

3. Los Sistemas de Salud ante la pandemia de Covid-19

3.1. Desigualdad y pandemia: Capitalismo Sindémico

Las consecuencias de que los sistemas de salud se encuentren infrafinanciados, desligados de una concepción de salud holística y desarticulados por el modelo neoliberal se han materializado drásticamente a raíz de la pandemia de Covid-19, que ha golpeado a todo el planeta. Sin embargo, como hemos visto, no significa que las consecuencias de todo esto no fueran palpables antes de la llegada de este nuevo coronavirus. Tampoco significa que la llegada de un nuevo virus pandémico no pudiera preverse. El objetivo de este apartado es mostrar cómo el sistema económico ha tenido mucho que ver en el origen de la pandemia, mostrar cómo la desarticulación de los sistemas de salud ha provocado un aumento de la desigualdad y argumentar cómo determinadas empresas privadas han salido ganando con el sufrimiento y la muerte de millones de personas.

Las pandemias no son algo nuevo para la humanidad. Sin embargo, en los últimos cincuenta años su incidencia se ha triplicado, produciéndose al menos diez pandemias de más o menos envergadura. Entre ellas el ébola, el SARS, la gripe aviar, el VIH o el MERS (Jiménez, 2021). Todas estas pandemias, al igual que la Covid-19, tienen algo en común: su origen zoonótico. Existen patógenos que se encuentran en mamíferos y aves y pasan a la especie humana, provocando efectos devastadores para la salud. La respuesta al por qué la incidencia de este tipo de pandemias se ha incrementado en los últimos años la observamos a partir del incremento de la actividad humana sobre el medio ambiente.

Los ecosistemas suelen ser más o menos cerrados con respecto a otros ecosistemas. Dentro de cada uno de ellos existen equilibrios que regulan la presencia de bacterias y virus que, en sí mismos no son responsables de pandemias, ya que estos organismos forman parte del entorno en el que viven (Jiménez, 2021). El principal problema es que la actividad humana sobre el medio causa una reacción lo suficientemente considerable como para alterar el equilibrio de estos ecosistemas, provocando la entrada de virus y bacterias nuevas a los entornos humanos. El Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (2020) advierte de que los principales factores que están contribuyendo a generar estos fenómenos de zoonosis son la intensificación insostenible de la agricultura, las alteraciones en el suministro de alimentos, el incremento de la demanda de proteínas animales, el aumento de la explotación de especies silvestres, la utilización insostenible de recursos naturales, los procesos de urbanización, el cambio de suelo, la industria extractiva y el cambio climático.

Como señala Jorge Riechmann (2020), el problema no es el virus, sino un sistema socioeconómico expansivo que provoca la aparición de epidemias. En este sentido, la pandemia ha surgido como consecuencia de la estructura productiva de nuestra sociedad. Esto implica que nuestra sociedad es “negacionista”, en tanto niega que la actividad humana tiene límites biofísicos impuestos por la naturaleza. Por supuesto, todo este fenómeno está relacionado con los procesos de desigualdad e injusticia. Los más afectados por los efectos devastadores del cambio climático son las clases populares, especialmente de los países del sur global, mientras las élites “se adueñan de los botes salvavidas durante el naufragio”.

Otra de las grandes cuestiones que ha surgido durante la pandemia ha sido la poca preparación de infraestructuras, protocolos y medidas para afrontar este tipo de situaciones, cuando además muchos expertos ya habían avisado de la posibilidad de su aparición. En el año 2019, se publicaba el Informe Anual sobre Preparación Mundial ante Emergencias Sanitarias. Asimismo, el Global Risk Report, elaborado por el Foro Económico Mundial, publica anualmente todas aquellas cuestiones que pueden suponer riesgos a la economía mundial, entre ellas, desde hace varios años, las pandemias. Todo esto sin tener en cuenta las estrategias de Seguridad nacional con las que cuenta cada país, en las que, de nuevo, las pandemias se encuentran incluidas (Riechmann, 2020).

Vicenç Navarro (2020) plantea que todo esto se ha visto agravado por la austeridad del modelo neoliberal, especialmente tras la crisis de 2008. Esta austeridad ha provocado la reducción de la financiación para servicios públicos como la sanidad o la dependencia, además de disminuir otros factores relacionados con la protección social de la clase trabajadora. Un ejemplo de ello es la aplicación de reformas laborales regresivas, que han mermado las condiciones de vida de los trabajadores a la par que aumentaban los beneficios empresariales. Ante esta situación, la principal respuesta de los países ha sido cubrir las deficiencias de sus sistemas públicos sanitarios a base de comprar material para curar a los enfermos y proteger a los profesionales del sector (Navarro, 2020). Esta medida resultó ser insuficiente durante los primeros meses de la pandemia, al hacerse patente la escasez de Equipos de Protección Individual (EPIs) que se pudieron suministrar a los trabajadores esenciales. De hecho, se observa cómo aquellos países que lograron controlar de una forma más efectiva la pandemia durante los primeros meses fueron los que consiguieron distribuir mascarillas a la mayor parte de su población.

Esta escasez se generó porque el modelo productivo mundial no estaba preparado para afrontar este tipo de situaciones. La escasez provocó un aumento de los precios de una forma desorbitada. Además, se generaron malas prácticas de todo tipo: devolución masiva de productos defectuosos ya adquiridos, en su mayoría provenientes de países como China, el aumento de la competencia internacional e interregional para apropiarse del material que llegaba y otros como la compra de productos sustitutivos no homologados (Navarro, 2020). Como consecuencia se generó una gran protesta social para reivindicar que el Estado garantizará a los trabajadores esenciales unas condiciones de trabajo seguras.

Estas respuestas estatales han sido de lo más diversas. Por ejemplo, China apostó por medidas de control social y confinamientos rigurosos. Otros países como Estados Unidos o Brasil (e incluso el Reino Unido durante los primeros meses) optaron por un modelo de inacción basados en la “inhibición neoliberal”. Finalmente, países como los perteneciente a la Unión Europea decidieron llevar a cabo un modelo mixto, basado en la aplicación de medidas sanitarias que limitaba (temporalmente) nuestros modelos de trabajo y consumo (Alba Rico, 2021). En todo caso, todos los procesos de decisión para alcanzar estas soluciones han sido cuestionados por ser una especie de debate entre políticos y científicos.

Realmente, y pese a que existe un claro debate sobre las esferas de la salud y la economía, lo cierto es que ambas obedecen a los intereses del sistema económico y, por tanto, cada solución ha sido la adaptación a un país determinados de las medidas que más interesaban a los grandes capitales (Alba Rico, 2021). Sin embargo, esto no implica que ambos modelos (o un modelo mixto) deban tener la misma consideración. Según Vicenç Navarro (2020), aquellos que se posicionan “a favor de la economía”, y contra las medidas sanitarias, realmente se están posicionando a favor de la economía neoliberal. Esta es, en última instancia, la que, a través de sus políticas basadas en la austeridad, la privatización y la merma de las capacidades del Estado, nos han conducido a esta situación. En definitiva, el alegato que se lanza para “salvar la economía”, no es más que una defensa a ultranza de los intereses del mundo del capital.

Según el Informe sobre Desigualdad provocado por el Covid-19 de Intermón (2021), la acumulación de riqueza en manos de los más ricos no ha dejado de aumentar desde que comenzó el siglo XXI. El periodo más significativo fue entre 2008 y 2018, en el que el número total de multimillonarios a nivel mundial se duplicó. Sin embargo, la brecha creciente entre ricos y pobres también se debió al empeoramiento de las condiciones materiales de vida del resto de la población de clase trabajadora. Esto se debió a tres razones: la reducción de las políticas sociales, el traspaso de la carga fiscal de empresas hacia las familias y un empeoramiento de las condiciones laborales (Navarro, 2020; Intermón, 2021).

La aparición del virus ha provocado un empeoramiento de este problema. En el caso de la riqueza de los multimillonarios, vemos cómo entre el 18 de marzo y el 31 de diciembre de 2020 se vio aumentada en 3,9 billones de dólares. Para colmo, muchas de las grandes empresas de estos multimillonarios se han beneficiado de ayudas y subvenciones por valor de 251.000 millones de dólares en concepto de daños causados por la pandemia. Por otro lado, el virus ha dejado al descubierto la extrema precariedad de los medios de vida de la mayor parte de los habitantes del planeta. Se estima que en torno al 56% de la población mundial vive con un salario de tan solo entre dos y diez dólares al día. Asimismo, ha aumentado el número de personas que se ven arrastradas al

sector informal de la economía y, por tanto, obligados a aceptar peores condiciones de trabajo por un salario menor (Intermón, 2021).

No obstante, no solo ha provocado una brecha por el crecimiento masivo de su riqueza, sino también porque los más ricos se han librado de los peores efectos de la pandemia a nivel sanitario (Intermón, 2021). Esto no ocurre únicamente en países pobres o del sur global, también ocurre en países como España. Un ejemplo muy significativo lo encontramos en Barcelona, donde la diferencia en la incidencia del virus entre los barrios obreros y los barrios ricos es hasta siete veces superior (Padilla & Gullón, 2020). Lo cierto es que el grado de exposición a las enfermedades infecciosas es mayor para la clase trabajadora. Las personas que viven en barrios obreros tienen más probabilidades de contagiarse en dos sentidos. Por un lado, el tamaño de los hogares, su calidad y las condiciones de los barrios impiden en muchas ocasiones cumplir con los requisitos de distanciamiento social. Por otro lado, la parte de la clase trabajadora que puede teletrabajar es menor en comparación con las clases más altas y trabajan más en sectores esenciales que no cerraron durante los confinamientos.

Pero como hemos dicho, existe una marcada cuestión de clase con respecto al funcionamiento del sistema de salud. En muchos países, las clases populares no tienen un acceso garantizado a muchos servicios sanitarios. Esto provoca una gran desigualdad, que se ha visto claramente incrementada con la aparición del coronavirus. Además, en países como España, en el que sí existe un sistema de sanidad casi universal, también existen determinados problemas. Un ejemplo muy claro es que durante la pandemia se canalizaron los recursos del sistema sanitario hacia los hospitales, desprotegiendo los servicios de atención primaria. Esto genera un impacto mayor en tanto que son aquellas personas pertenecientes a la clase trabajadora las que más uso hacen de este tipo de atención, especialmente las que se encuentran en zonas rurales (Padilla & Gullón, 2020).

Este problema afecta aún más a todas aquellas personas que viven en países del sur global. Las principales consecuencias directas de la crisis económica y sanitaria provocada por la Covid-19 han provocado un aumento de los precios, del paro y la caída en los suministros de alimentos, vacunas y medicamentos. Todo ello afectando especialmente a niños y mujeres. De hecho, según los datos de ACNUR (2020), se estima que en torno a 117 millones de niños podrían dejar de recibir la vacuna del sarampión y que los casos de violencia contra las mujeres podrían aumentar hasta un 25%. En el caso de las mujeres de estos países, se calcula que tan solo en el primer mes de pandemia habrían perdido en torno al 60% de sus ingresos.

A su vez, es importante destacar la situación a la que se enfrentan los Pueblos Indígenas y las personas afrodescendientes, especialmente en los países de América Latina, ya que son las que, en mayor medida, están sufriendo la pobreza provocada por la pandemia (Intermón, 2021). En México el número de personas indígenas que viven con menos de 5,50 dólares al día ha crecido más de un 5% hasta situarse en el 71%. En el caso de Brasil, esta situación se ha incrementado más de un 6%, situándose en un 38%.

En definitiva, el sistema económico ha generado grandes desigualdades sociales y económicas que se retroalimentan entre sí, provocando que la pandemia de Covid-19 dejara al descubierto los grandes fallos de nuestros sistemas de protección social (Intermón, 2021). Uno de los grandes fallos de nuestro sistema ha sido el abandono crónico de los sistemas de salud públicos. Como explicamos, las políticas de austeridad y las desinversiones en los sistemas públicos han provocado un gran deterioro de las

infraestructuras que usan, en su mayoría las personas de clase trabajadora. No olvidemos que aquellas personas con más nivel adquisitivo suelen emplear un sistema de servicios de salud privados, a menudo mejor equipados y con mayores dotaciones de personal por paciente. Así, vemos cómo la pandemia ha tenido un doble efecto en tanto que la clase trabajadora está expuesta a mayor desigualdad socioeconómica, además de haber contado con menores medidas de protección social.

De nuevo, las más afectadas han sido las mujeres. Antes de la pandemia las mujeres realizaban tres cuartas partes del trabajo no remunerado fuera del mercado. A medida que se ralentizaba la economía de mercado como consecuencia de los confinamientos, este tipo de trabajos no remunerados se han disparado. Sin embargo, según datos de Intermón (2021), la estructura de género de quienes realizan estos trabajos no ha cambiado. Claramente, en un sistema de trabajo de cuidados altamente feminizados se ha sobrecargado a las mujeres, especialmente de clase trabajadora. Lo más destacable es que este tipo de trabajos siguen siendo invisibles para la mayoría de las políticas públicas, incluso tras el estallido de la pandemia. La consecuencia directa ha sido que el coste y el esfuerzo que supone el trabajo de cuidados en un contexto de confinamiento, aislamiento social y pandemia ha recaído de nuevo sobre las mujeres trabajadoras.

En el caso de España, este tipo de servicios de atención a las familias y a los cuidados han estado infrafinanciados. Una de las explicaciones de todo ellos, según Navarro (2020), es el escaso poder de la mujer trabajadora en nuestro país, que se ve obligada no solo al cuidado de hijos, sino también de las personas mayores y de llevar a cabo la mayoría de las tareas domésticas. Todo ello teniendo en cuenta de que el 61% de estas mujeres cuentan, además, con un trabajo externo en el mercado laboral. Con todo, podemos decir que la mujer de clase trabajadora española no es una excepción en el contexto mundial. En general, como vimos con antelación, esta situación es muy generalizada en todo el mundo, provocando efectos directos sobre la salud. Entre ellos, vemos cómo la mujer tiene tres veces más enfermedades derivadas del estrés que los hombres.

Adicionalmente, otros de los efectos que ha provocado la pandemia ha sido una verdadera crisis de salud mental. En este sentido, los datos del Centro de Investigaciones Sociológicas son demoledores. En primer lugar, destacamos que un 23,4% de los españoles reconoce haber tenido miedo a morir debido al Covid-19. Con respecto al miedo a que pueda morir un ser querido, este porcentaje aumenta a un 68,6%. Esto crea una verdadera situación de estrés y angustia que ha degenerado en un aumento de enfermedades derivadas. El caso de estas enfermedades mentales ha sido especialmente significativo para la población joven de entre 18 y 24 años. Un 42,8% admite haber llorado por la situación de la pandemia, además de que un 51,9% se ha sentido cansado y con pocas energías. El dato más significativo es que un 38,7% ha desarrollado dolores de cabeza, taquicardias, mareos o desmayos (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2021).

Como conclusión, podemos decir que el sistema socioeconómico y su lógica expansiva de la acumulación han estimulado aquellos factores desencadenantes de esta pandemia. Con todo, no se han creado las estructuras necesarias para hacerle frente, disminuyendo, además, aquellas prestaciones más básicas que sirven como barrera de protección social. Este tipo de acciones han afectado especialmente a las personas de clase trabajadora y, específicamente a las mujeres y los jóvenes. Las perspectivas de desigualdad a futuro no hacen más que aumentar (Navarro, 2020; Intermón, 2021). Vemos cómo los sistemas de salud han priorizado el tratamiento de enfermedades y no la

concepción holística de la salud, a través de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. En este sentido, las grandes empresas del planeta, y las grandes fortunas dependientes de ellas, han creado un sistema desigual tanto en el acceso cómo en los procesos de salud.

3.2. La industria farmacéutica ante la Covid-19

Una de las industrias más beneficiadas a causa de la pandemia ha sido la industria farmacéutica, de la que hablamos en el apartado anterior. Las empresas farmacéuticas se caracterizan por ser grandes empresas multinacionales con una posición de privilegio en el mercado. Fundamentalmente, esto se explica por el gran número de acuerdos entre estas empresas y gobiernos, además de con multitud de organismos internacionales. Teniendo en cuenta que la demanda de los medicamentos, tanto en pandemia como sin ella, es casi inelástica, las grandes farmacéuticas son capaces de gestar grandes beneficios. En muchas ocasiones estos grandes beneficios se obtienen gracias a la utilización de grandes inversiones y recursos públicos (Jaén, 2021). El caso de las vacunas para combatir la Covid-19 no es una excepción.

Pese a que desde el comienzo de la pandemia se ha intentado convencer a la opinión pública de que las vacunas contra la Covid-19 han sido financiadas por inversiones privadas, lo cierto es que la mayor parte de la inversión, especialmente en investigación básica ha sido de carácter público. Este tipo de empresas dedican más recursos a obtener rentabilidad financiera que a la innovación (Mazzucato, 2019). Por ejemplo, entre los años 2017, 2018 y 2019, dedicaron 28.600 millones de dólares a recompras de acciones y 10.000 a I+D (Torres López, 2021). El resto de los recursos necesarios para la investigación se sostienen con fondos públicos, fundamentalmente a través de planes de colaboración científica que permite a estas grandes empresas apropiarse de todos los rendimientos económicos que se generan en el mercado (Jaén, 2021; Mazzucato, 2019).

Sin embargo, no solo se apropian de los beneficios económicos, sino que también se adueñan del conocimiento científico (Hooker & Palumbo, 2020). Gracias al sistema de patentes, estas empresas gozan de la exclusividad plena en el desarrollo, la producción y la comercialización de las vacunas a lo largo de los próximos veinte años. Por supuesto, este sistema de patentes impide a cualquier otro organismo, público o privado, fabricar fórmulas similares a las vacunas ya existentes. No debemos olvidar que las patentes no protegen únicamente el producto, sino que también protegen los procesos y las modificaciones moleculares, lo que a su vez impide el desarrollo de genéricos (Jaén, 2021). El hecho de que puedan controlar todos estos procesos les permite que las estrategias de vacunación internacionales siempre se ligen a sus intereses. Esta es la principal razón por la cual los países del norte global acceden antes que los del sur a este tipo de vacunas, garantizándoles más beneficios.

El principal problema es que el acceso a este tipo de vacunas es muy limitado en los países del sur global. Según la Fundación Salud por Derecho, se estima que nueve de cada diez personas en estos países no tendrán acceso a la vacuna en 2021 (La Marea, 2020). En este sentido, los países del norte han tomado una posición muy cerrada con respecto a compartir la vacuna o liberar las patentes. En el caso de la Unión Europea y Estados Unidos la estrategia inicial ha sido un “sálvese quién pueda” que ha antepuesto

en todo momento los intereses financieros a los sanitarios. No cabe duda de que este proceso ha generado una gran falta de transparencia y, con ello, errores en las estrategias de vacunación. En el caso de la Unión Europea esto ha conducido a un gran despilfarro de recursos, el retraso de la respuesta sanitaria y, lo que es más importante, mayores costes de vidas (Torres López, 2021).

Una de las pocas respuestas, que se ha demostrado cómo insuficiente, ha sido la estrategia COVAX, financiada por un conjunto de filántropos que han tratado de hacer llegar remesas de vacunas a los países del sur global. Esta estrategia prevé que, en el mejor de los casos, una de cada cinco personas en este tipo de países estará vacunada en 2021, lo cual es contradictorio con los datos que mencionamos con anterioridad. Además, esta estrategia no pretende cuestionar el poder de las grandes farmacéuticas, de las que muchos de estos filántropos tienen intereses económicos. De hecho, la estrategia COVAX es la que determina qué vacuna llega a cada país (La Marea, 2020).

Finalmente, debemos tener en cuenta una tercera vía, solicitada ya por muchos países. Esta pasaría por la liberalización de las patentes de las vacunas. Desde el inicio de la fase de distribución de las vacunas a nivel mundial han surgido iniciativas para suspender los derechos de propiedad con respecto a las vacunas. Destaca especialmente la iniciativa presentada por India y Sudáfrica que, en primer lugar, fue apoyada por noventa y nueve países de los ciento sesenta y cuatro que forman parte de la Organización Mundial de Comercio (La Marea, 2020). En los últimos meses se han sumado países como EE. UU. que ha propuesto suspender la patentes temporalmente, fundamentalmente por presiones ante la extensión de la pandemia en países de América Latina e India. A raíz de esta respuesta, otros países del norte global se han posicionado también a favor, como es el caso de España (Kaplan & Stolberg, 2021). Sin embargo, esta nueva estrategia de liberalización de las patentes por parte de EE. UU. y otros países del norte global ha surgido una vez estos países han contado con una cota amplia de población vacunada, y una vez que las empresas farmacéuticas han obtenido grandes beneficios derivados de esas ventas.

Debemos destacar que la estrategia de vacunación es determinante para acabar con la Covid-19. Así lo muestra un estudio de la Universidad de Northeastern, que determina que el acceso a la vacuna podría salvar millones de vidas. Los investigadores trabajan con dos escenarios. En el primero, los cincuenta países más ricos del mundo comprarían las primeras 2.000 millones de dosis. En el segundo, la vacuna se repartiría en función del número de habitantes, sin tener en cuenta la capacidad adquisitiva. Con la primera opción, el número de fallecidos podría descender hasta un 33% y hasta un 61% en el caso de tomar el segundo escenario (La Marea, 2020).

4. Propuestas alternativas: la Salud como Derecho Humano

4.1. Conceptualización de la propuesta

En este apartado pretendemos mostrar una propuesta alternativa, a través de una síntesis de distintos enfoques de la economía heterodoxa, al modo en el que se concibe y, por tanto, se gestiona la salud. Para ello, se establecerá en primer lugar el marco teórico económico del que partirá la propuesta. A su vez, trataremos de explicar el aporte que cada una de las corrientes elegidas hacen a esta concepción de la salud. Finalmente, se

articulará una propuesta basada en dichas corrientes de pensamiento económico. El objetivo de este apartado es el de mostrar una propuesta económica novedosa, que incorpora ideas de corrientes críticas con el sistema actual para, así, determinar una nueva forma de gestionar la salud, partiendo de la consideración de la misma como un bien básico y fundamental para todo ser humano.

En primer lugar, debemos repetir la idea de que, bajo el sistema económico actual, la salud es un bien de mercado. Esto significa que son los mecanismos de mercados los que determinan en última instancia cómo se realiza la provisión de la salud. Hemos destacado también que, al ser considerada como un bien preferente, el Estado ocupa un rol fundamental en la gestión de la sanidad, aunque a lo largo de la historia no siempre lo haya hecho en todas las esferas y de la misma forma.

Al principio de este trabajo mencionamos que la definición de salud que encontramos en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud es la de “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones y enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2021). De esta forma, podemos extraer algunas conclusiones de esta definición. La primera es que la salud no se refiere únicamente a la ausencia de enfermedades. Como hemos visto a lo largo del trabajo, el sistema económico actual aprovecha la gestión sanitaria como forma de eliminar los síntomas de las enfermedades, pero no suele prestar atención a la cura o a las raíces que la generan. La ausencia de síntomas, independientemente de lo que suceda con la enfermedad en sí, es lo que determina que la clase trabajadora pueda ser útil a la acumulación de capital, ya sea en forma de trabajo asalariado o en forma de trabajo de cuidados (realizado mayoritariamente por mujeres y sin ningún tipo de remuneración).

La concepción de la que partimos en este trabajo es la de que la salud tiene un carácter holístico, y está determinada por condicionantes sociales y medioambientales. No podemos separar cómo estos condicionantes influyen directamente en la salud ni cómo los procesos relacionados con la salud no se reducen a la simple sintomatología médica. La consecuencia de esta concepción es aceptar que la salud es, tal y como indica la definición de la OMS, un estado de bienestar físico, mental y social completo. Consecuentemente, nuestra propuesta se centrará en un concepto tan importante como es el de “Soberanía Sanitaria”. Este concepto supone una aplicación práctica al campo de la salud de una de las propuestas de transformación económica y social más amplias e interesantes de nuestro tiempo (VV.AA., 2018). Este proceso pretende conseguir un modelo socioeconómico alternativo. Los principios, que han de servir como “brújula para el proceso de transformación”, pasan por avanzar hacia formas de propiedad fundamentalmente cooperativas desde el ámbito regional, local y estatal.

Partiendo desde aquí, un segundo criterio hace referencia a las relaciones de producción. Estas no deberán basarse en la explotación a través del trabajo asalariado, las relaciones patriarcales y expoliadoras de la naturaleza. El tercer criterio ha de ser el de establecer los mecanismos redistributivos necesarios para que se garantizara el acceso de toda la población a aquellos recursos necesarios para asegurar su bienestar. Junto con ello, sería necesario implantar un sistema de decisiones democráticas multinivel que permita gestionar el poder de una manera eficaz, descentralizada y a través de un sistema de planificación social en todos los niveles de gestión. Finalmente, el último criterio para “utilizar esta brújula” ha de ser el de construir unos valores nuevos que supongan una ruptura con el paradigma ético de la sociedad actual. De esta forma, se debería transformar la conciencia individual en una nueva conciencia colectiva, creando nuevas

formas de organización política, económica, social y cultural que potencien valores como el bien común. Entre esos valores habrán de estar el trabajo por la colectividad, la importancia del tiempo libre y la superación del consumismo (VV.AA., 2018).

Basándonos en esta propuesta, como guía para explicar la articulación de un nuevo modelo de gestión de la salud, emplearemos las principales aportaciones de tres corrientes de pensamiento económico muy ligadas entre sí: el marxismo, la economía feminista y el ecosocialismo. Por tanto, nuestra propuesta parte de un concepto de soberanía sanitaria que se vertebra en propuestas económicas que tienen en cuenta la cuestión de clase, de género y la cuestión medioambiental.

4.2. Alternativas económicas y su aplicación en el proceso de transformación

4.2.1. Marxismo

La concepción marxista de la salud parte de que la enfermedad no es solo un hecho biológico, es también un hecho social (Sartelli, 2014). Ya hemos explicado cómo la clase social es un determinante muy claro de la salud. En este sentido, el análisis marxista nos ayuda a comprender por qué esto es así. El proceso de acumulación del capital es un proceso que no sólo expropia la riqueza colectiva, sino que la corrompe y la pone al servicio de una élite muy reducida. Este proceso de acumulación por desposesión crea grandes dificultades para la clase trabajadora, que se ve desprovista de medios para su subsistencia y queda condicionada por el trabajo asalariado. Este trabajo asalariado ocupa de media dos tercios de la vida consciente de la clase trabajadora. En este sentido, la mayor parte de la humanidad está expuesta a un modelo económico que se basa en la explotación sistemática de los trabajadores.

Desde el campo de la salud, el marxismo ha formulado un gran número de críticas que toman cada vez más vigencia. Los análisis marxistas se han centrado en analizar tendencias como la privatización de la sanidad, el poder y la corrupción de las élites, los factores políticos sobre la salud, las tendencias expoliadoras sobre los sistemas públicos de salud y la exclusión de comunidades estigmatizadas en nuestra sociedad (Horton, 2017). Tal es la vinculación del análisis marxista con la salud que Ken Rogoff, ex economista del Fondo Monetario Internacional escribiría en 2005 que “la próxima gran batalla entre el socialismo y el capitalismo se librará en torno a la salud humana y la esperanza de vida”.

Esta “batalla” a la que se refiere Rogoff, entre dos modelos económicos contrapuestos, nunca ha dejado de ser relevante. Según Eduardo Sartelli (2014), los datos muestran que en aquellos lugares en los que la clase trabajadora está más explotada, sus expectativas de vida son peores. Esto no solo ocurre en países del sur global, si no también en los países del norte global. En el caso de Estados Unidos, las condiciones laborales se han degradado cada vez más y la diferencia entre el grupo de población más rico y pobre no ha dejado de acrecentarse en los últimos 20 años. Estas diferencias han venido motivadas por la pérdida total o parcial de los seguros médicos. Esto no sucede únicamente en empresas pequeñas o improductivas; los datos recogen que a principios de la década de los 2000, el 32% de los trabajadores no asegurados pertenecían a una gran empresa. En cuanto los países con un modelo de protección social más fuerte, aunque en menor medida que en EE. UU., vemos que siguen dándose datos similares. Por ejemplo,

en el caso de Francia la tasa de mortalidad prematura de los obreros a principios de la década de 2010 era 2,7 veces más elevada que la de los burgueses (Sartelli, 2014).

Los datos de la Organización Internacional del Trabajo indican otra característica demoledora de las condiciones de vida de la población trabajadora. Según su último informe sobre *Perspectivas Sociales y de Empleo en el Mundo* (Organización Internacional del Trabajo, 2020), 55 millones de trabajadores vivían en la extrema pobreza y 71,1 millones en una situación de pobreza moderada. La suma de ambas categorías representa al 29,4% de los trabajadores a nivel mundial, destacando los países de ingresos bajos e ingresos medianos-bajos especialmente. Lo determinante de este informe es que sitúa la pobreza extrema en un salario menor a 1,9 dólares de EE. UU. al día (PPA) y la pobreza moderada como un salario menor a 3,20 dólares diarios (PPA). Es bastante significativo que el límite de la pobreza esté en umbrales tan bajos ya que, si consideramos pobres a todas aquellas personas que no ven cubiertas ni sus necesidades de subsistencia ni sus necesidades de carácter social, estaríamos hablando de unas cifras mucho más altas (y no únicamente en países de ingresos bajos).

Está claro que la mayoría de estas personas no tienen acceso a unas condiciones de vida dignas, lo que implica que tampoco tendrán acceso a sistemas de salud que les provean una asistencia sanitaria de calidad (Sartelli, 2014). Por supuesto, los salarios tan bajos implican peores condiciones de vida y, como ya hemos visto, una salud mucho más expuesta a determinadas enfermedades, accidentes, etcétera. El análisis marxista centrará sus esfuerzos en un cambio radical del sistema de salud, que deberá pasar obligatoriamente por un cambio en el orden social en general (Horton, 2017).

Lo que nos interesa del marxismo para nuestra propuesta es la base transformadora que propone para cambiar el orden social, generando nuevas propuestas de articulación social basadas en acabar con las desigualdades de clase, la concepción de salud universal y gratuita, la participación directa de la población en los procesos efectivos de toma de decisiones y los modelos de provisión, gestión y titularidad 100% pública y enfocada a los intereses generales. En este sentido, nuestra propuesta utilizará la base de una economía en la que los servicios sanitarios estén planificados a partir de la socialización de los medios de producción necesarios para conseguirlo.

4.2.2. Economía Feminista

La economía feminista se caracteriza por un enfoque que pone en el centro la sostenibilidad de la vida. Es por ello una corriente económica que propone una ruptura con el orden social existente en la actualidad. Su propuesta se fundamenta en tres principios. En primer lugar, aboga por ampliar la noción de economía, de forma que se incluyan todos los procesos de aprovisionamiento social, pasen o no por el mercado. A su vez, pretende dar importancia al estudio de las relaciones de género como un elemento constitutivo del sistema económico. En último lugar, parte de la convicción de que el conocimiento es un proceso social que, específicamente en nuestro sistema económico, sirve a unos intereses políticos y económicos concretos (Pérez Orozco, 2014). De esta forma, la economía feminista se consagra como una corriente rupturista basada en una ruptura a nivel teórico y una ruptura a nivel político.

Uno de los planteamientos básicos de la economía feminista es que la economía convencional se ha centrado en analizar las relaciones que ocurren en la esfera del mercado y en lo público. Sin embargo, ha olvidado analizar la esfera de lo privado-doméstico, donde el trabajo que se lleva a cabo afecta de forma determinante a la economía. Este trabajo doméstico, basado en los cuidados, es llevado a cabo de forma sistemática por las mujeres. Según Amaia Pérez Orozco (2014), mientras que en el mercado se lleva a cabo una explotación basada en la clase, la explotación en esta esfera privada es fundamentalmente de género. Esto, por supuesto, no quiere decir que no exista una desigualdad de género muy marcada en el mercado. Para la economía feminista, estos dos sistemas de explotación son parcialmente independientes, pero coexisten, produciéndose entre ellos una interrelación que les permite reforzarse. Este análisis de las relaciones socioeconómicas hace que sea necesario estudiar el punto de unión entre trabajo productivo y trabajo reproductivo, es decir, trabajo monetizado y trabajo no monetizado. Esto implica directamente que no puede estudiarse la economía como un campo aislado del resto del sistema social y político (ni por supuesto medioambiental). Por eso, la economía feminista plantea que existe un conflicto socioeconómico, político y medioambiental determinante para la humanidad: la imposibilidad de sostener la vida y, a la vez, los procesos de acumulación de capital. De esta forma, el patriarcado se convierte en una herramienta para acallar este conflicto.

La economía feminista parte, al igual que el marxismo, de una visión estructuralista de la economía. Por ello, una de sus premisas es que para los procesos de acumulación hay vidas que no es posible rentabilizar. En términos de la propia economía feminista: existen vidas sobrantes. Los aspectos que pueden configurarse como nichos de mercado dependerán de varios factores, principalmente de las dimensiones de la vida que socialmente sean aceptadas como éticamente rentabilizables y del poder adquisitivo de la población. Esto significa que, socialmente, el mercado puede encontrarse con barreras de carácter ético. Por tanto, le será difícil introducir la lógica de la rentabilidad en ciertos aspectos de la vida, aunque estos sean cada vez menores (Sandel, 2013). Esto depende, a su vez, de factores no únicamente económicos, sino también políticos, sociales y culturales. Por supuesto el mercado está siempre en proceso de cambio, y esto le ha permitido adentrarse y crear nuevos mercados que hasta entonces habían estado apartado de su influencia. La atención sanitaria es un claro ejemplo de ello.

La economía feminista se centra en analizar todos estos factores que hacen que los mercados puedan condicionar las relaciones de desigualdad de género. Por ello, hemos de pasar a valorar qué entiende esta por salud y cuál es su propuesta económica (y política, social y cultural) sobre sus posibles formas de gestión. Una de las premisas de la economía feminista es que los seres humanos individualmente somos seres vulnerables (Herrero, y otros, 2020). Esto significa que para poder sobrevivir necesitamos cuidados materiales y afectivos. Por ello, vivimos en sociedad y producimos bienes y servicios que satisfagan nuestras necesidades. Sin embargo, esta producción de bienes puede llevarse a cabo de muchas formas (Pérez Orozco, 2014). Como ya hemos visto, el sistema actual se compone de trabajo productivo y trabajo reproductivo. El trabajo productivo está remunerado pero el reproductivo no. Este último recae fundamentalmente sobre las mujeres. En este sentido, las mujeres han sido obligadas a mantener los trabajos relacionados con los cuidados y el bienestar. Decimos obligadas porque el patriarcado, como estructura socioeconómica y política, socializa a las mujeres para que se encarguen de estas esferas de la vida social.

Sin embargo, que los trabajos de cuidados no estén remunerados no significa que el capital no se aproveche de ellos para continuar sus procesos de acumulación. Más bien es todo lo contrario (Herrero, y otros, 2020). Gracias a que existe una inmensa cantidad de población que realiza de forma gratuita estas tareas, la clase trabajadora puede asegurar sus procesos de reproducción social y mantener así su rentabilidad para el proceso de acumulación. Hay que destacar que el Estado ha asumido, especialmente a raíz de la construcción del Estado del Bienestar, muchas de las funciones que antes correspondían a la esfera privada, entre ellas la atención sanitaria o la atención a la dependencia.

Pese a que esto pueda parecer beneficioso para las mujeres, lo cierto es que las razones no han sido aliviar la carga de este trabajo no remunerado y feminizado. En primer lugar, el Estado ha garantizado estos cuidados para asegurarse de que las mujeres pudieran incorporarse a los procesos de producción (Herrero, y otros, 2020). Ante la necesidad de los mercados de más mano de obra, el Estado comenzó a gestionar ciertos servicios para incentivar que las mujeres vendieran su fuerza de trabajo y se convirtieran en mano de obra asalariada (y más barata, de ahí los sueldos más bajos) (Pérez Orozco, 2014). Por otro lado, vemos cómo las empresas privadas, especialmente a partir de la década de 1980, han comenzado a hacerse cargo de esta nueva “industria de los cuidados”. Cuando comienza la edad de oro del neoliberalismo y la globalización, y con ello el debilitamiento de los Estados, surgen una gran cantidad de empresas dispuestas a asumir estos trabajos de cuidados. Los efectos del surgimiento de esta nueva industria de los cuidados han provocado una gestión basada en criterios de rentabilidad. Con ello, se ha deteriorado gravemente la atención y el bienestar (Pérez Orozco, 2014). Ya hemos visto lo ocurrido con la gestión de la sanidad por parte de empresas privadas. Pero, además, otros muchos servicios se han visto mermados y las personas han dejado de recibir una atención de calidad basada en la satisfacción de sus necesidades materiales y afectivas.

La propuesta de la economía feminista ante esta situación consiste en una ruptura con las estructuras socioeconómicas actuales y la creación de un nuevo marco económico centrado en la realización humana y el buen vivir. Al igual que el marxismo, propone la abolición del trabajo asalariado y reconstruir los nexos entre las actividades económicas y los procesos de bienestar social y medioambiental. Por supuesto, promueve acabar con la división sexual del trabajo. Esto pasa por cuestionar la adscripción de los trabajos a la masculinidad y la femineidad (Pérez Orozco, 2014). En términos de salud, parte también de la visión holística a la que nos hemos referido en varias ocasiones. Por tanto, la economía feminista propone reducir las horas del día dedicadas al trabajo (concepto nuevo de trabajo no asalariado), mejorar los sistemas de cuidados y una redistribución efectiva del bienestar y, por tanto, de los recursos. A su vez, el Estado ha de garantizar criterios basados en la universalidad de la atención sanitaria y la articulación de un sistema basado en la prestación de servicios de calidad, dejando atrás la lógica del beneficio y tomando una nueva lógica basada en criterios de bienestar social. Esto habrá de pasar por mejorar los procesos de democracia directa, basados en la autogestión y la participación comunitaria.

4.2.3. *Ecosocialismo*

Para Marx, la naturaleza tiene una doble función para la especie humana: “Es su medio vital y, al mismo tiempo, la materia en la que se desarrolla como una segunda piel”

(Herrero, y otros, 2020). Esta doble función de la naturaleza nos permite comprender que el medio físico en el que los seres humanos vivimos y nos desarrollamos establece una relación directa con las actividades económicas humanas. La relación entre naturaleza y economía es una relación de tipo metabólico, pues la economía aprovecha los recursos del medio físico para satisfacer las necesidades humanas. Sin embargo, esta relación metabólica parece estar llegando al máximo de su capacidad dentro del sistema económico actual. Esto se debe fundamentalmente al desbordamiento de los límites del medio para sostener las necesidades del sistema productivo. Muchos son los síntomas de esto: la crisis climática, sequías extremas, escasez de materias primas, crisis alimentarias (Herrero, y otros, 2020). Ante esta situación, el ecosocialismo trata de aunar la crítica de la Economía Política de Marx, eliminando su orientación productivista, y el Ecologismo Político.

Según Marx, “la forma económica específica en la que se le extrae el plus trabajo impagado al productor directo determina la relación de dominación y servidumbre” (Marx, 2010). En este sentido, si la clase trabajadora, encargada de la producción efectiva de los bienes y servicios, ve que no puede satisfacer sus procesos de reproducción social por falta de recursos y, sin embargo, la actividad extractiva sobre el medio se mantiene o se incrementa para mejorar la acumulación del capital, es más probable que la clase trabajadora se subleve. De esta forma, el Ecologismo Político se vincula directamente con la tesis de Marx sobre la explotación y la lucha de clases y surge una primera hipótesis sobre una teoría marxista del conflicto social provocada por alteraciones medioambientales.

Por tanto, vemos como el ecosocialismo se vertebra en torno a dos factores clave: el conflicto de clase y la crisis medioambiental. La propuesta ecosocialista pasa por defender una concepción multidimensional y transversal de la economía. De esta forma, pone foco en la relación que existe entre los fenómenos económicos y los fenómenos físicos, y propone transformar la realidad para adaptar la sociedad a los ritmos biológicos naturales. En este sentido, el ecosocialismo defiende supeditar la economía y la actividad humana a la sostenibilidad del medio. Este planteamiento, duramente criticado por la economía ortodoxa, no es más que la articulación de una propuesta que pretende que los recursos con los que se sostiene la actividad humana permitan satisfacer las necesidades de todos los seres humanos bajo criterios de justicia social, sostenibilidad ecológica y una redistribución efectiva de los recursos (Herrero, y otros, 2020).

Es muy probable que surja la duda del por qué incluir una propuesta como el ecosocialismo en un trabajo centrado en la salud. Hemos visto que la salud humana está condicionada por un gran número de determinantes sociales, fundamentalmente la clase y el género. De esta forma existe una relación entre medio físico y estos condicionantes sociales. En general, en aquellas áreas geográficas que cuentan con una mayor privación material de recursos y peores condiciones medioambientales existen mayores problemas asociados a la salud (Borrell, García-Calvente, & Martí-Boscà, Informe SEESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social, 2004). Este fenómeno se reproduce a escala local, regional y mundial, afectando especialmente a la población de clase trabajadora.

Según la OMS (2017), la población trabajadora y con menos ingresos de los países del norte global y la población general de los países del sur global se ven expuestos de forma directa a riesgos generados por las condiciones medioambientales. Entre ellas destacan la contaminación del aire, del agua o de los alimentos, especialmente en entornos

urbanos. A su vez, estos países del sur global están expuestos a mayores daños y enfermedades provocadas por fenómenos meteorológicos extremos generados por el cambio climático. Como consecuencia se producen todo tipo de problemas en la salud: desnutrición, estrés, enfermedades mentales y problemas asociados a los desplazamientos de la población para huir de esas condiciones infrahumanas.

Como vemos, existe una clara desigualdad de la afección de determinadas enfermedades en función del lugar del que procedamos, como consecuencia directa de la crisis climática, económica y social en la que nos encontramos (Herrero, y otros, 2020). Son dos las tendencias que contribuyen a empeorar estas condiciones: un crecimiento del productivismo económico a escala mundial y un aumento de los fenómenos de urbanización, especialmente acelerados en el sur global. Vemos que estos dos fenómenos contribuyen, a su vez, a acrecentar la crisis climática, la división social y la desigualdad en el territorio. De nuevo, esto supondrá un empeoramiento en las condiciones materiales de vida de las personas más vulnerables en todo el mundo y un empeoramiento en sus condiciones de salud.

El ecosocialismo se ha dedicado a investigar estos problemas tan complejos entre economía y medio físico. En definitiva, el análisis ecosocialista comparte con los anteriores que el proceso de acumulación capitalista es lo que ha contribuido a generar y acrecentar esta problemática. Por un lado, los procesos de acumulación del capital se han podido mantener gracias a la extracción y transformación masiva de recursos naturales, superando ampliamente los límites biofísicos de los ecosistemas. Esto ha generado un impacto climático devastador, que ha afectado especialmente a los países expoliados del sur global. No debemos olvidar que el propio Covid-19 tiene origen zoonótico que, como vemos, está directamente relacionada con estos procesos de alteración de los ecosistemas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Asimismo, el ecosocialismo critica la articulación de los procesos de desarrollo espaciales actuales. La articulación de las ciudades, dominadas por la lógica del modelo neoliberal, se basa en un modelo fuertemente financiarizado y globalizado. Estos espacios urbanos se caracterizan por la alta segregación social (ciudades duales, divididas en función de la clase social), la mercantilización del derecho a la vivienda y los nuevos procesos de gentrificación y turistificación urbanas que desplazan a los residentes (Herrero, y otros, 2020). En definitiva, una actividad humana concentrada en grandes núcleos de población y desconectada de la propia naturaleza y sus ritmos biológicos. Por ello, no es de extrañar que la propuesta ecosocialista se centre en la reconexión entre actividad económica y límites físicos naturales.

Por tanto, los principios ecosocialistas de los que partiremos para formular nuestra propuesta pasarán por la eliminación del negacionismo ecológico, el productivismo y la adaptación elitista a los cambios del entorno. Nuestro modelo de salud estará centrado en cubrir las necesidades sanitarias de la población, lo que pasa por reducir ese modelo productivista, basado en la extracción masiva de recursos naturales. Por supuesto, a nivel local, se deberá reconfigurar la división espacial del entorno urbano, favoreciendo la proximidad, la arquitectura bioclimática y la renaturalización del medio. Esto supone que la salud ha de estar centrada en la mejora de la atención primaria y la mejora de las condiciones ambientales. Será importante equilibrar el territorio, promoviendo una mejora de la distribución geográfica de la población, lo que implica mejorar también las estructuras sanitarias de los entornos rurales. Asimismo, otro principio determinante será

el de establecer un modelo sanitario democrático, que permita la planificación descentralizada de los procesos de gestión de la salud.

4.3. Articulación del nuevo modelo de gestión de la salud

Partiendo de las propuestas de la economía heterodoxa, nos centraremos en cómo puede concebirse un nuevo modelo de salud. Este nuevo modelo parte de lo que se conoce como soberanía sanitaria. La soberanía sanitaria utiliza un concepto de salud basado, no solo en la ausencia de enfermedad, sino también en el bienestar físico, mental y social de todas las personas. Por ello, una de sus características esenciales es que defiende la universalidad de la atención sanitaria y el establecimiento de un sistema integrado, basado en la transparencia y la rendición de cuentas. Todo ello encaminado a la construcción de un modelo descentralizado y democrático que permita un desarrollo integral de la persona, a través de la planificación, definición, provisión y control de la asistencia sanitaria (VV.AA., 2018).

En primer lugar, este modelo de salud extrae de las propuestas anteriores ciertos aspectos básicos, como el predominio de la propiedad colectiva de los medios de producción, las prácticas androcéntricas y patriarcales y las desigualdades relativas a la clase y al género, además del respeto por los límites medioambientales y una concepción holística de la salud, atendiendo a todos sus condicionantes. Desde este punto de vista, se comparte lo establecido en la Carta de Ottawa (1986) en la que se entiende que “la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana” (VV.AA., 2018). Por esta misma razón, la gestión democrática y pública de la salud cobran tanta importancia. Sin una gestión sanitaria que permita que todos los ciudadanos tengan cubiertas sus necesidades, difícilmente se podrá construir un modo de vida en el que prevalezcan valores como la igualdad, la justicia y la libertad real de las personas.

Esto no quiere decir que la política sanitaria se circunscriba únicamente a las políticas relacionadas con la atención sanitaria. Si consideramos que la salud tiene un carácter holístico y que, por tanto, depende del bienestar físico, mental y social, tendremos que asegurar que los condicionantes sobre la misma permitan la realización plena de las personas. Esto quiere decir que todas las políticas en general han de estar encaminadas hacia la consecución de este estado de bienestar general. Por ello, no basta con establecer un modelo de titularidad pública, sino que es necesario abordar la salud desde un marco conjunto e interconectado de decisiones colectivas. Esto pasa por transformar los principales elementos que, como hemos visto, influyen directamente en los condicionantes sociales sobre la salud. Entre ellos destacamos las políticas encaminadas a la transformación del contexto socioeconómico y político, la estructura social y lo que se denominan condicionantes intermedios (Borrell & Malmusi, 2010). Esto implica transformar los distintos ejes de desigualdad que determinan jerarquías en la sociedad (principalmente la clase y el género, pero también otros como la etnia, la edad, etcétera), el reparto de poder y su distribución social y finalmente, actuar sobre los procesos psicosociales y las conductas que influyen en la distribución de los recursos materiales (como, por ejemplo, la corrupción).

Con el objetivo de llevar a cabo todas estas transformaciones es necesario que se consolide un sistema fiscal justo y verdaderamente redistributivo, una política económica destinada a garantizar un nivel de vida digno para toda la población y políticas que, en

general, permitan a las personas el acceso a la satisfacción de sus necesidades, tanto materiales como inmateriales. Como no puede ser de otra forma, esto habrá de pasar por una mejora de la calidad ambiental, una redistribución espacial de la población, la transformación de la vida urbana hacia un entorno verdaderamente sostenible y el acceso a políticas culturales y de ocio bajo patrones no consumistas. Por supuesto, todo ello ha de estar acompañado de una redistribución del trabajo efectivo que permita una verdadera conciliación y una mejora del tiempo libre. Todas estas políticas tienen como objetivo último mejorar la salud a través de la mejora en la calidad de vida de la población.

La construcción de un nuevo modelo de atención sanitaria deberá basarse igualmente en los principios de los que partíamos al comienzo del apartado. Por esto mismo, no podemos reducir el cambio de modelo a una simple “nacionalización” del sector sanitario al completo. Este cambio ha de pasar por una transformación integral de lo que entendemos por atención sanitaria. Como hemos recogido, es imprescindible que se transformen, no solo las estructuras, sino también los principios funcionales del sistema. Por ello, el eje central del sistema ha de ser la mejora de la atención primaria, permitiendo la creación de un sistema cercano, democrático, público y basado en la concepción holística de la salud.

La creación de un sistema de salud basado en la proximidad permite contribuir doblemente a su mejora (VV.AA., 2018). En primer lugar, porque este tipo de sistemas de salud permite tomar conciencia del verdadero impacto que tienen en nuestra salud los condicionantes sociales y medioambientales del entorno. Como consecuencia directa de ello, se produce un empoderamiento colectivo que se canaliza hacia la transformación de las condiciones de vida de la población. Aquí entra en juego el segundo punto en el que la proximidad permite mejorar el sistema de salud: la participación democrática. Cuando la población aprecia de forma directa el impacto del entorno sobre su salud y toma conciencia sobre los cambios que este necesita, aumenta la participación en los modos de gestión a través de procesos de democracia directa, basados en principios comunitarios. Esto implica que la proximidad permite a la población llevar a cabo cambios sobre el modelo de gestión a nivel local cuando detecten problemas o decidan que es necesario articular el modelo sanitario de otro modo distinto.

La gestión democrática y comunitaria de la atención sanitaria ha de consistir en tres principios elementales: mejorar la promoción de la salud, establecer mecanismos para prevenir la enfermedad e incorporar procesos democráticos en la fase de planificación y recolocación de los recursos (VV.AA., 2018). De esta forma, se pretende acabar con la relación paternalista que suele surgir entre médico y paciente, haciendo que el propio paciente tenga a su disposición toda la información sobre los procedimientos sanitarios y alternativas de las que dispone y, en todo caso, prevalezca su autonomía, previa recomendación del profesional. En los últimos años, muchas leyes han tratado de conceder esta autonomía a los pacientes y han mejorado los procesos de información y sensibilización sobre la salud. Este último punto es crucial. No podemos entender que exista una verdadera autonomía del paciente si este no tiene acceso a conocimientos básicos de carácter sanitario. Por lo que uno de los ejes fundamentales para lograrlo es la promoción de la salud, especialmente de conocimientos sobre salud pública, desde una edad temprana. El acceso a este conocimiento permitirá dotar de poder político a las comunidades y evitará una concentración elitista del saber sobre la salud.

La importancia sobre el conocimiento sanitario también ha de llevarnos a cuestionar los sistemas de investigación técnicos, científicos y profesionales actuales. De

nuevo, si pretendemos eliminar todo signo de elitismo y, por tanto, de desigualdad, es necesario democratizar los procesos de investigación médica y suscribirlos a principios bioéticos que no se basen en la lógica de la rentabilidad (VV.AA., 2018). Por tanto, la investigación médica y farmacéutica no pueden perseguir fines relacionados con la rentabilidad, sino fines encaminados a la mejora de la salud de las personas. Por ello, es imprescindible eliminar los mecanismos de mercado sobre los bienes relacionados con la investigación en ciencias de la salud. La investigación ha de tener como objetivo la mejora de la salud y, en ningún caso, criterios monetarios y mercantiles. El ejemplo de ello es que actualmente vemos como la investigación no tiene ningún interés por las necesidades de aquellas personas que sufren lo que se conocen como “enfermedades raras”, por el hecho de no ser una parte rentable de la demanda.

Actualmente, existen métodos para lograr que estos procesos democráticos y participativos lleguen a todas las fases de la investigación y la experimentación. Los métodos de investigación comunitaria conocidos como *Community-Based Participatory Action Research* (CBPR) son un claro ejemplo de ello. Estos métodos consisten en investigaciones de carácter cualitativo o mixto que pretende incorporar la participación y el liderazgo de pacientes y de la población en todos los procesos de investigación. Esto pasa por su contribución desde la fase del diseño de la experimentación, pasando por la generación y recogida de datos, hasta los procesos de validación y difusión (VV.AA., 2018). Estos mecanismos serán más efectivos en tanto la participación de la población sea mayor. Esto permitirá una mayor interacción y colaboración entre los procesos de investigación y la toma de decisiones políticas, permitiendo una verdadera transformación de las políticas públicas en favor de las mejoras que requieran los diferentes grupos que componen la comunidad. Asimismo, la democratización permite la articulación de procedimientos abiertos y transparentes, que reduzcan la corrupción en los procesos de investigación. Esto permitirá, por tanto, eliminar los incentivos que existen en la actualidad para que los profesionales, por motivos económicos, prescriban determinados procedimientos y medicamentos en favor de determinadas empresas privadas.

En cuanto a los sujetos protagonistas de este modelo de gestión de la salud, podemos destacar que son los propios usuarios quienes vertebran el sistema de atención sanitaria (Antequera Vinagre, Gallego Riestra, Maestro Iturriaga, & Sánchez-Caro, 2006). La incorporación de la población en los procesos de decisión implica una dirección clínica y médica centrada en gestionar los derechos y obligaciones de los pacientes, respetando sus derechos fundamentales y fomentando la creación de espacios de distensión entre profesionales y pacientes. Entre estos derechos han de quedar especialmente protegidos los relacionados con el respeto de la dignidad y autonomía de la persona, los derechos de carácter prestacional y de calidad en el servicio, aquellos relacionados con el resarcimiento de daños y, finalmente, los relacionados con la propia participación y relación de los pacientes con los organismos de gestión sanitaria. En este sentido, para garantizar todos estos derechos la Administración pública habrá de ocupar una posición fundamental en el sistema. Su principal función ha de ser la de garantizar el correcto funcionamiento de los sistemas de salud y de sus objetivos básicos.

Es importante destacar que la Administración pública debe deshacerse de todos aquellos sesgos elitistas por los que actualmente se caracteriza (VV.AA., 2018). Esto no pasa únicamente por permitir el acceso de la clase trabajadora, en general, y de las mujeres en particular. El verdadero cambio ha de implicar una transformación radical de las propias administraciones públicas. Esto implica la regeneración de un Estado que pueda

gestionar con plena autonomía y soberanía su economía, sin estar tan fuertemente condicionado por los mecanismos del mercado, como para que desvirtúe su fin básico, que es el bien común. Pese a que esta cuestión no nos ocupa en este trabajo, es importante destacar que el Estado habría de regirse por principios estrictamente democráticos y para ello, es necesario mejorar también los procesos de transparencia y rendición de cuentas. Lo que sí es relevante para la cuestión que estamos tratando es la forma en la que las Administraciones públicas planificarán la gestión de la salud.

Cómo hemos explicado, la base de la gestión es la participación comunitaria democrática, a través de un sistema basado en la atención primaria. Sin embargo, que el Estado lleve a cabo una planificación descentralizada no implica que se puedan reducir los procesos de decisión a meras decisiones atomizadas (Herrero, y otros, 2020). Los procesos de toma de decisiones han de tener un enfoque transversal y multinivel, con el objetivo de llevar a cabo una gestión que permita la mejora de la atención de toda la población y su gestión a través de instituciones democráticas. Por tanto, bajo la construcción de un modelo sanitario gestionado por la comunidad, se hace necesario crear estructuras regionales, nacionales y mundiales que permitan la coordinación y la democracia “de abajo a arriba”.

La atención primaria, a diferencia de lo que ocurre con la atención especializada, se asocia a una distribución más equitativa de la salud en las poblaciones. Por tanto, la intención de nuestro modelo de salud pasa por resignificar la atención sanitaria primaria y dotarla de mejores capacidades. El término resignificar implica construir una nueva visión sobre el modo de funcionamiento de la atención primaria. Hasta ahora, en el contexto popular, la atención primaria y la medicina de familia han sido términos asociados a un modo de atención simple o elemental, que supuestamente comporta servicios de bajo valor y con un bajo prestigio social en relación con los servicios especializados. Sin embargo, los datos nos indican que los sistemas sanitarios que cuentan con un mejor primer nivel asistencial obtienen mejores resultados de salud, mayor equidad, menor gasto y mayor satisfacción (VV.AA., 2018). Por tanto, el resignificar la atención primaria ha de ser un proceso que permita mejorar el conocimiento de la población sobre su efectividad. No obstante, que el prestigio de la atención primaria se encuentre tan mermado ha sido consecuencia de la escasa financiación que tradicionalmente ha recibido. Por esta misma razón, es necesario dotarla de mejores capacidades que permitan la reconstrucción de un sistema, hoy en día, desarticulado.

Los pilares básicos de la atención primaria han de ser cuatro. Esta ha de ser la atención de primer contacto. Esto implica la canalización del flujo de pacientes a través de una red cercana, próxima y conocida, lo que permite no solo un mejor trato a nivel personal, sino la mejora de la calidad del servicio asistencial y personal. Además, esto se ve reforzado con la continuidad longitudinal a través del tiempo, lo que permite al paciente familiarizarse y conocer las estructuras del funcionamiento del sistema, mejorando así el control sobre la calidad y, por ende, los procedimientos democráticos. Asimismo, es necesario que la atención primaria se base en la integralidad, es decir, de la capacidad para atender a la mayoría de los procesos de salud. Por ello, es necesario mejorar las condiciones de los profesionales, facilitando su labor y mejorando las capacidades de las que disponen. Finalmente, la atención primaria habrá de coordinarse con el resto de las partes del sistema de salud (VV.AA., 2018).

Igual de importantes para configurar el nuevo modelo de salud son la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. A menudo estos dos aspectos relacionados

con la salud pública han estado claramente desvinculados del funcionamiento del resto del sistema de atención sanitaria (VV.AA., 2018). Como hemos visto, la salud pública juega un papel determinante en los sistemas de salud. Gracias a ella han podido establecerse las relaciones entre determinantes de tipo social y medioambiental con la salud. Esto nos ha permitido conocer cómo la mejora de las condiciones materiales de vida de la población puede suponer un verdadero cambio en la salud. Prevenir y evitar los factores sociales y medioambientales relacionados con la enfermedad es la manera más económica y ecológica de reducir la mortalidad y la morbilidad.

Asimismo, la salud pública se ha ocupado de la vigilancia, monitorización y promoción de la salud, permitiendo una respuesta efectiva, eficiente y de calidad de los sistemas de salud para mejorar los intereses colectivos. En cualquier caso, al igual que la atención primaria, la salud pública ha sido abandonada y separada del resto del sistema sanitario. Esto tiene que ver con la visión de la economía convencional sobre los sistemas sanitarios, y con su visión en la que solo se ha de hacer frente a los síntomas de las enfermedades. Por ello mismo, hace falta también resignificar lo que entendemos por salud pública y dotarla de suficientes capacidades.

En cualquier caso, la transición implica pasar de un modelo de gestión mixta hacia un modelo en el que la titularidad de los medios de producción y la provisión sean públicas o colectivas. Lo que significa la transformación de la salud como bien de mercado, en un verdadero derecho fundamental. No debemos olvidar que tras este proceso existe un cuestionamiento al funcionamiento y la lógica del modelo productivo y a las dinámicas que subyacen tras él. Por tanto, la construcción de un modelo sanitario basado en la soberanía sanitaria ha de sustentarse en principios económicos como los expuestos por el marxismo, la economía feminista y el ecosocialismo. Esto implica un cuestionamiento sobre dogmas mantenidos por la economía convencional como pueden ser la primacía de la propiedad privada de los medios de producción, la desigualdad de clase y género, la fascinación tecnológica y un modelo productivista basado en el crecimiento continuo sobre los límites biofísicos del planeta.

En definitiva, el modelo de soberanía sanitaria no solo es complementario a las propuestas económicas del marxismo, la economía feminista y el ecosocialismo, sino que es la consecuencia natural de su aplicación directa sobre los sistemas de salud. De ahí la importancia de las tres propuestas para entender los factores de clase, género y medioambientales sobre la salud. Es importante resaltar que la desigualdad en el campo de la salud no suele generarse por razones biológicas, sino por razones fundamentalmente relacionadas con las condiciones materiales de vida. Por eso mismo es imprescindible cuestionar el propio funcionamiento de la economía ortodoxa, y de las doctrinas que, según ella, explican cómo surgen las diferencias en la salud a través de factores individualizantes (VV.AA., 2018).

Actualmente, ya existen movimientos sociales que pretenden realizar cambios en la estructura del sistema sanitario, fundamentalmente encaminados a detener los procesos de privatización y fomentar la democracia directa desde el municipio (VV.AA., 2018). También existe un movimiento reciente y muy marcado para mejorar las infraestructuras públicas de atención sanitaria, especialmente las de atención primaria y salud pública. Por tanto, vemos como ya existen procesos que pretenden la transformación de lo que entendemos por salud. El objetivo para construir un modelo que pueda denominarse soberano habrá de garantizar que estas luchas sociales, políticas y económicas no acaben únicamente con el fin de las privatizaciones o la mejora de fondos para la atención

primaria, sino que impliquen una verdadera resignificación del concepto de salud, de economía y de democracia.

5. Conclusiones

El objetivo de este trabajo ha sido analizar los problemas del sistema de salud actual para comprender las dificultades a las que se enfrenta. A lo largo del trabajo se han analizado los principales aspectos y características del sistema de salud, destacando el impacto y las consecuencias de la pandemia de Covid-19. Con ello, se ha pretendido entender el alcance de los problemas actuales y, consecuentemente, proponer soluciones desde la Economía Heterodoxa.

En definitiva, la propia articulación y estructura de este modelo, la insuficiente inversión pública provocada por la creciente mercantilización y financiarización del sistema sanitario, las mayores desigualdades sociales y el colapso medioambiental están produciendo que, ante necesidades sanitarias cada vez más crecientes, el sistema actual se vuelva insostenible tanto a nivel económico como financiero, político y social. Como consecuencia de enfermedades emergentes, como la Covid-19, estos problemas han quedado al descubierto y se han agravado profundamente. Los datos que se han expuesto en este trabajo muestran cómo la salud de determinados grupos sociales está más expuesta a determinadas enfermedades, además de contar con mayores niveles de desprotección. Por tanto, es imposible negar que nos encontramos ante un sistema sanitario inestable y desigual que pone en riesgo la supervivencia de un gran número de personas en todo el mundo.

De nuevo, cabe destacar que el modelo actual se basa en una concepción muy limitada de salud, lo que implica que le será muy difícil atajar aquellos problemas como la desigualdad, el impacto del medio físico sobre la salud y problemas políticos como la corrupción. Por ello, a lo largo del trabajo se ha hecho hincapié en la necesidad de redefinir lo que entendemos por salud y sistema de salud. Contemplar la salud desde un punto de vista holístico permite comprender el alcance y las limitaciones de los modelos actuales para poder transformarlos.

A partir de todo lo anterior, nos hemos centrado en construir una propuesta distinta al modelo de salud actual, partiendo de un enfoque más sostenible, democrático y equitativo. La síntesis que se ha elaborado en este trabajo incluye ideas de tres corrientes del pensamiento económico heterodoxo, con el objetivo de articular un modelo basado en la soberanía sanitaria. La intención es argumentar cómo, bajo una concepción de salud diferente, es posible crear un modelo sanitario basado en la salud como derecho, frente a la salud como privilegio. Esta propuesta supone la búsqueda de la realización plena de las personas, a partir de la consideración de su bienestar físico, mental y social como una prioridad.

Finalmente, podemos concluir que existen cada vez más desafíos para la salud pública. Estos retos de futuro no se circunscriben únicamente a los problemas generados por la Covid-19. No debemos olvidar que esta enfermedad ha surgido como consecuencia de un modelo socioeconómico que antepone las necesidades de un reducido grupo de personas al bienestar de la mayoría social. El verdadero desafío del sistema de salud será acabar con la lógica de la rentabilidad y el beneficio, con el objetivo de eliminar cualquier

privilegio que ponga en riesgo la supervivencia de la sociedad en su conjunto. Con ello, cabe preguntarnos hasta qué punto es esto posible dentro del sistema económico actual y qué implicaciones tendría una nueva forma de concebir la economía.

6. Bibliografía

- ACNUR. (8 de mayo de 2020). *UNHCR/ACNUR: Comité Español*. Obtenido de Pobreza y pandemia: el Covid-19 en los países más pobres del mundo: <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/emergencias/covid-19-coronavirus-paises-pobres>
- Alba Rico, S. (4 de enero de 2021). Capitalismo pandémico. *Contexto y Acción (CTXT)*.
- Albi, E., González-Páramo, J. M., Urbanos, R. M., & Zubiri, I. (2017). *Economía Pública I*. Barcelona: Ariel.
- Antequera Vinagre, J. M., Gallego Riestra, S., Maestro Iturriaga, B., & Sánchez-Caro, J. (2006). *Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica: Derecho Sanitario y Sociedad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Borrell, C., & Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en la salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 101-108.
- Borrell, C., García-Calvente, M. D., & Martí-Boscà, J. V. (2004). Informe SESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria Vol. 18*, 2-4.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (4 de marzo de 2021). Salud mental durante la pandemia. *Nota de prensa*. Madrid.
- ESS. (2014). Gaps comparing likelihood of most extreme outcome for top and bottom categories. *Bad mental health, Spain 2014*.
- Feliu, G., & Sudrià, C. (2013). *Introducción a la historia económica mundial*. Valencia: Universitat de València.
- Fundación IDIS. (2020). *Fundación IDIS*. Obtenido de fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada
- Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. (1995). *La medición de la Clase Social en Ciencias de la Salud*. Barcelona: SG Editores.
- Herrero, Y., Vivas Esteve, E., Garí, M., Riechmann Fernández, J., Pascual, M., Barcena, I., & Vindel, J. (2020). *Como si hubiera un mañana: Ensayos para una transición ecosocialista*. Madrid: Sylone.
- Himmelstein, D., Thorne, D., Warren, E., & Woolhandler, S. (2009). Medical bankruptcy in the United States, 2007: Results of a national study. *The American Journal of Medicine* (122), 741-746.
- Hooker, L., & Palumbo, D. (18 de diciembre de 2020). Covid vaccines: Will drug companies make bumper profits? *BBC Business*.
- Horton, R. (2017). Offline: Medicine and Marx. *The Lancet*, 2026.
- Jaén, J. (16 de enero de 2021). Un poder en la sombra. *Viento Sur*.
- Jiménez, P. (18 de enero de 2021). Crisis ecológica, pandemias y tratados de comercio e inversión. *Público*.
- Kaplan, T., & Stolberg, S. (5 de mayo de 2021). Estados Unidos, a favor de suspender las patentes de las vacunas para la Covid. *The New York Times*.

- La Marea. (22 de diciembre de 2020). ¿Se puede patentar el Sol?: Así se está repartiendo la vacuna para la Covid. *La Marea*.
- Marx, K. (2010). *El Capital: Antología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Massó Guijarro, E. (21 de noviembre de 2020). Infancia, crianza y pandemia: malos tiempos para ser niño. *El Salto Diario*.
- Mazzucato, M. (2019). *El valor de las cosas: Quién produce y quién gana en la Economía Global*. Barcelona: Penguin Random House.
- Navarro, V. (2020). *Pandemia, economía y Estado del bienestar: Causas, consecuencias y alternativas posibles ante la pandemia de coronavirus*.
- Organización Internacional del Trabajo. (2020). *Perspectivas Sociales del Empleo en el Mundo - Tendencias 2020*. Ginebra: Publicaciones OIT.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Marco operacional para el desarrollo de sistemas de salud resilientes al clima*. Ginebra: Publicaciones OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Acerca de la OMS*. Obtenido de Constitución: who.int/es/about/who-we-are/constitution
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global Study of Origins of SARS-Cov-2: China Part*. Ginebra: Publicaciones OMS.
- Intermón. (2021). *El virus de la Desigualdad: Cómo recomponer un mundo devastado por el coronavirus a través de una economía equitativa, justa y sostenible*. Oxford: Publicaciones Oxfam International.
- Padilla, J., & Gullón, P. (3 de septiembre de 2020). Epidemocracia: ¿Entienden las epidemias de clases sociales? *Ethic*.
- Pérez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- PNUMA. (2020). *Prevenir próximas pandemias. Zoonosis: Cómo romper la cadena de transmisión*. Nairobi: Publicaciones PNUMA.
- Riechmann, J. (9 de junio de 2020). La crisis del coronavirus como momento del colapso ecosocial. *Viento Sur*.
- Rubio Jiménez, M. (2014). *Tu salud, nuestro negocio*. Madrid: Ediciones Akal.
- Ruiz Cantero, M. T. (2021). Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de Covid.19. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 35, 95-98.
- Sánchez Bayle, M. (2014). *La privatización de la asistencia sanitaria en España*. Madrid: Laboratorio de Alternativas.
- Sandel, M. J. (2013). *Lo que el dinero no puede comprar: Los límites morales del mercado*. Barcelona: Debate.
- Sartelli, E. (2014). *La cajita infeliz: Un viaje marxista a través del capitalismo*. Madrid: Akal.
- Tafari, R. (2015). *Medicina privada y salud pública: La lógica del capital y el deterioro público de la atención médica*. Córdoba: Brujas.
- Tafunell, X., & Carreras, A. (2016). *Historia económica de la España contemporánea (1789-2009)*. Barcelona: Crítica.
- Torres López, J. (29 de enero de 2021). Los culpables no son las farmacéuticas, sino la Comisión, el Parlamento y los gobiernos europeos. *Público*.
- VV.AA. (2018). *Soberanías: una propuesta contra el capitalismo*. Zambra-Baladre.