

RELATORÍA

JORNADAS CRISIS DEL NEOLIBERALISMO Y DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

**XXI JORNADAS DE DEBATE SOBRE SANIDAD PÚBLICA FADSP
X JORNADAS SOBRE DESIGUALDADES SOCIALES Y SALUD ADSP ANDALUCIA**

Cádiz, 28 y 29 de mayo de 2010

Josefa Ruiz Fernández, Secretaria General de Salud Pública y Participación de la Junta de Andalucía **inauguró** las Jornadas con una breve introducción de la situación de las desigualdades sociales en salud en la Comunidad Autónoma, desde tres miradas: (1) hacia indicadores de población dispersa; (2) desigualdades territoriales y (3) hacia colectivos con diferencias sociales en la salud. En el primer enfoque se presentaron indicadores por nivel socioeconómico de: prevalencia de tabaquismo, caries, obesidad y percepción de salud. En cuanto a grupos con necesidades específicas, presentó diversas actuaciones que la administración andaluza ha puesto en marcha con un enfoque de reducción de desigualdades en varios campos: deshabituación tabáquica en enfermos mentales y personas privadas de libertad; programas específicos en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, reproducción asistida, acceso gratuito a IVE; o anticoncepción de urgencias); convenio con 54 organizaciones para intervenciones con mujeres que ejercen la prostitución. Destacó actuaciones como la Tarjeta sanitaria gratuita para todos los inmigrantes desde hace 12 años, o el servicio de traducción simultánea en 64 idiomas, así como el trabajo de forma integrada con otras Consejerías y Ayuntamientos en las denominadas Zonas con Necesidad de Transformación Social, que contempla, entre otras estrategias, incentivos para los profesionales de atención primaria.

La segunda parte de la intervención de Josefa Ruiz estuvo centrada en una revisión de los principios, estrategias y propuestas

sobre desigualdades sociales en salud que recoge el proyecto de Ley de Salud Pública de Andalucía, de próxima aprobación, en el cual se incorporan los principios de equidad y solidaridad como guías. Como innovación, el proyecto contempla la obligatoriedad de evaluación del impacto sobre la salud de cualquier política, programas o realizaciones públicas y privadas y destaca la necesidad de asegurar recursos y elaborar estudios periódicos y planes específicos para corregir las desigualdades; reconoce los derechos de todas las minorías en el ámbito de la salud con programas específicos para las personas de especial vulnerabilidad; el derecho a conocer los informes y estudios sobre desigualdades; y determina como prestación de salud pública el seguimiento y la vigilancia de las desigualdades de salud.

El filósofo **Francisco Vázquez García**, Profesor Universidad de Cádiz, nos habló de **Biopolítica y Salud**. Nos aproximó al concepto de Biopolítica, desarrollado principalmente por Foucault, como un proceso histórico que analiza el poder de gobernar a los seres humanos, no como sujetos jurídicos, sino en tanto que organismos vivos que habitan en un territorio determinado y que precisan de recursos para sobrevivir. El biopoder tiene una lógica productiva, al contrario del poder basado en la lógica subtractiva (restricción de la libertad, prohibiciones, etc.) y lo ejecuta a través de dos mecanismos:

-Disciplinarios: actuando sobre las conductas para encauzar, para corregir, generando individuos dóciles que puedan producir mejor. Como ejemplo están las fábricas, cárceles, cuarteles, hospitales, etc.

-Regulaciones: gestionando riesgos colectivos manteniéndolos en intervalos aceptables, por ejemplo, evitar la criminalidad mediante subsidios a los desempleados, o evitar abortos mediante programas de planificación familiar.

El biopoder surge paralelamente a dos conceptos: (1) al capitalismo industrial, para resolver el problema de ajustar el crecimiento de los bienes de equipo al crecimiento demográfico (por el hacinamiento en ciudades y epidemias asociadas a las condiciones de vida) y (2) a la creación del Estado Nación, cuando la salud deja de ser un problema personal-doméstico y pasa a ser colectivo.

Paco Vázquez continuó su ponencia desarrollando las etapas históricas de la Biopolítica: (1) Biopolítica absolutista (1600-1820): predominio de mecanismos disciplinarios, del Estado de "Policía", como por ejemplo la "policía médica" que nace en Alemania; (2) Biopolítica naturalista (1820-1870): El desarrollo del mercado y el comportamiento de la población son procesos, en los que el Estado tiene un papel mínimo. En esta biopolítica liberal el poder radica en parte de los ciudadanos con capacidad de decisión y voto, lo que supone una democracia limitada. El poder pretende la moralización de la gente para que se haga responsable de su salud; (3) Biopolítica interventora (1870-1945): Pretende actuar sobre los problemas de hacinamiento, prostitución, criminalidad, o peligro de revolución asociados a las condiciones de concentración de la clase obrera, ampliando las intervenciones del Estado. Comienza el aseguramiento social, y despegan la medicina social, la bacteriología, así como la esterilización de los criminales. En esta situación la salud es obligación del individuo hacia la colectividad, asociada al "racismo de Estado" que fragmenta la sociedad en poblaciones sanas y degeneradas; (4) Biopolítica totalitaria (1920-1945): La soberanía procede de una entidad supraindividual (raza aria, proletariado, la hispanidad, etc.) que se encarna en un líder

o una organización (Hitler, el partido comunista). Los seres humanos son material biológico optimizable a defender de enemigos biológicos, como las razas inferiores; (5) Biopolítica Social (1945-1973): La población es un conjunto de necesidades a satisfacer. El Estado del Bienestar es un agente que regula los mercados. La atención sanitaria es un derecho y un deber del Estado que presta mediante burocracias financiadas por cotizaciones a la Seguridad Social. Estas burocracias están sustraídas al control de los ciudadanos y son criticadas por la derecha conservadora que alega que se inmiscuyen en la libertad individual y de las familias y que incrementan el gasto público y el poder del Estado. También es criticada por la izquierda marxista por su paternalismo, por coartar la libertad del individuo, por amortiguar las contradicciones que deberán favorecer la revolución, y desde el feminismo porque subordina la autoridad de las mujeres a los médicos varones; y (6) Biopolítica liberal avanzada (1980-2009): con la llegada al poder del Neoliberalismo (aparece un nuevo paradigma en el Biopoder que considera a la población como un conjunto de energías y potencialidades. Se pasa del ciudadano-paciente al cliente, consumidor de servicios que prestan empresas que compiten entre sí en un mercado artificial de proveedores públicos, privados y mixtos. La noción de salud pasa de derecho colectivo a individualizado (por ejemplo, diagnóstico genético), de lo cual debe hacerse cargo el individuo como empresario de sí mismo (estilos de vida, aseguramiento privado, etc.). El objetivo no es restaurar el estado normal de salud sino optimizar el estado del cliente, valgan como ejemplo los vigorizantes sexuales o la maternidad en edades muy avanzadas.

Vázquez resaltó el efecto de la lógica del mercado aplicada a lo público sobre el incremento de las desigualdades e insistió en la importancia de realizar análisis de la realidad que capten mejor las complejidades de la situación actual.

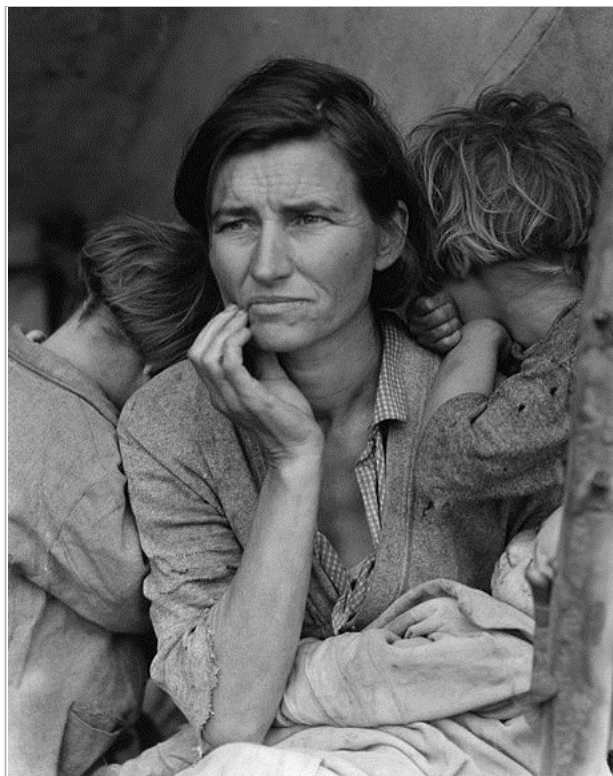
Antonio Vergara Campos, Presidente de la ADSP de Cádiz hizo un **balance de los 10 años de Jornadas** de Desigualdades Sociales y Salud que la ADSP Andalucía organiza, en el cual resaltó el estilo de las mismas que, en consonancia con su contenido, han sido abiertas a organizaciones sociales, profesionales, estudiantes, políticos, y con un elemento esencial, ser espacio para el debate en profundidad, algo infrecuente en muchos foros científicos. Destacó Vergara en su evaluación el alto grado de cumplimiento de los objetivos que se marcaban desde la primera edición, esto es, “incentivar la investigación y el debate sobre las causas de las desigualdades y las intervenciones para corregirlas, con el propósito de inspirar la implementación de políticas sociales y de salud que incidan en la reducción de inequidades”.

En este punto sobresale la edición del primer INDESAN, INforme sobre DEsigualdades de Salud de Andalucía (<http://adsp.andalucia.googlepages.com>). Concluyó agradeciendo diversas colaboraciones institucionales y las personales de José Chamizo, Carlos Álvarez-Dardet y Antonio Escolar, y la participación activa de todas y todos los asistentes.

En la mesa redonda de la mañana **Juan Antonio Córdoba Doña**, técnico de la Delegación de Salud de Cádiz, presentó un trabajo de investigación sobre **“Desigualdades sociales en la tuberculosis en el Campo de Gibraltar”**. El trabajo aplica el prisma de las desigualdades sociales para desvelar la relación entre incidencia de tuberculosis y nivel socioeconómico de la sección censal, en los casos ocurridos entre 1997 y 2007 en la zona urbana de Algeciras y La Línea. Los resultados del análisis bivalente y multinivel detectan la influencia del nivel socioeconómico en el riesgo de tuberculosis, ajustando por el efecto del VIH, del sexo y de la edad. Asimismo se apunta un efecto de la variable contextual “zona puerto”, en relación con hacinamiento y concentración

poblacional en una zona de alta densidad y elevado tránsito internacional.

Los autores del trabajo recomiendan incorporar la perspectiva de la desigualdad en los estudios epidemiológicos de enfermedades infecciosas, la necesidad de que se establezcan metas en términos de salud, reforzar los instrumentos de vigilancia epidemiológica, mejorar la formación del personal sanitario en esta perspectiva,



“La madre inmigrante”. Recolectores de guisantes en la indigencia, Nipomo, California 1936. Autora: Dorotea Lange

incrementar la investigación, promover estudios en subpoblaciones expuestas, buscando estrategias de actuación sobre los determinantes de estas enfermedades. En el marco del lema de la Jornada se propone monitorizar las consecuencias de la crisis sobre la incidencia de la tuberculosis.

Las dificultades para llegar a fin de mes y desigualdades en salud en Andalucía fue el tema desarrollado por **Antonio Escolar Pujolar**, técnico de la Delegación Provincial de Salud de Cádiz. La variable “Dificultad para llegar a fin de mes” (DILLFM) es usada en diversas encuestas de salud españolas y europeas, y se trata de un buen indicador de pobreza, sin embargo

poco empleado en los estudios de desigualdades sociales en salud. Se trata de un determinante intermedio como nivel de ingresos, condiciones de trabajo o vivienda. Se trata de un indicador subjetivo, relacionado con privación material /empobrecimiento y estrés /incertidumbre.

En la Encuesta de Salud de Andalucía la variable se asocia a mayor desempleo, mayores niveles de contaminación, menor nivel de estudios, o menos apoyo afectivo, todos ellos determinantes sociales de salud. Asimismo se asocia con mayores niveles de tabaquismo en hombres y obesidad en mujeres. Igualmente se aprecian asociaciones significativas entre la Dificultad para llegar a fin de mes y Desigualdades en el acceso a servicios sanitarios, como consultas odontológicas, ginecológicas y doble aseguramiento (mayor en los de menor dificultad para llegar a fin de mes).

Una posible limitación del uso DILLFM es su transversalidad. En cuanto a la perdurabilidad del efecto, no supone obstáculo para su utilización, ya que otros estudios confirman que casi un 80% de las personas pobres pertenecen a hogares con alguna DILLFM. Escolar concluye que es importante incorporar esta variable en los estudios de desigualdades, contrastándola con variables de tipo objetivo. La DILLFM a fin de mes debería ser considerada como variable de posición socioeconómica en las encuestas de salud periódicas, muchas de las cuales aún no la incluyen.

Vicente Navarro López, profesor de la Universidad Pompeu Fabra, presentó mediante videoconferencia la ponencia "**Crisis y desigualdades**". Comenzó haciendo una revisión de la situación de las desigualdades de salud en el mundo, entre países y dentro de cada país, y su relación con las políticas neoliberales implantadas desde los 80, a través de la desregulación de los mercados laborales y financieros, y que en el ámbito de las políticas de salud se traducen en el incremento de las privatizaciones de la atención, la

transformación de los pacientes en clientes, centrando la prevención en cambios de comportamientos y estilos de vida de responsabilidad individual.

Aunque estrictamente el neoliberalismo no ha conseguido reducir el sector público ni la disminución de impuestos en los países de la OCDE (por ejemplo en EE.UU.), lo que sí ha ocurrido es que la distribución del gasto público se ha trasladado hacia los gastos militares y hacia las empresas, reduciendo el gasto en las personas, que pasó del 38% al 32%, entre 1980 y 2007 reflejando el cambio de las relaciones de poder dentro de este país

A nivel mundial el sector sanitario ha incrementado la privatización de servicios, gracias a políticas fiscales que apoyan la contratación de pólizas privadas, la gestión privada, mayor inversión en la industria farmacéutica, y el énfasis en el modelo biomédico. Esto ha favorecido la polarización social de los servicios sanitarios ya que entre el 30%-35% ciudadanos utilizan servicios privados y entre el 60% a 65% público. Las clases pudientes van a la privada subvencionadas por el sector público.

El profesor Navarro insiste en que la clase social es la variable crítica. Los más ricos del mundo están empeñados en eliminar los servicios públicos de salud para sustituirlos por seguros privados, mientras que la clases trabajadoras del norte no sacan ningún provecho del dominio de los países, de esa alianza entre la clase dominante del norte y la clase dominante del sur contra las dominadas del sur (y del norte). Los países no son pobres o ricos sino que las desigualdades de clase se expresan dentro de los mismos.

Concretando en Europa, se observa que la clase trabajadora ha empeorado su situación en los últimos años: los beneficios laborales se han reducido y se han incrementado los beneficios empresariales (los costes laborales se incrementaron sólo

un 18% frente al 33.2% de crecimiento de los beneficios de las empresas). Por ejemplo el paro en la Europa de los-15 supera al de EEUU sólo desde mediados de los 80, por efecto de las medidas liberalizadoras.

Las consecuencias del incremento de las rentas del capital, de la reducción de las rentas del trabajo, del incremento de las desigualdades salariales, del aumento de la regresividad fiscal, de la reducción de los beneficios sociales y de la protección social conllevan un aumento de las desigualdades sociales. A pesar de la falta de evidencia de su efectividad, las propuestas del “establishment” sólo se dirigen hacia una mayor desregulación del mercado trabajo, la reducción del gasto público y la limitación de los beneficios sociales.

Navarro, por el contrario, propone, en el ámbito de las políticas de salud, abandonar las propuestas neoliberales hegemónicas centradas en los estilos vida personales y en las intervenciones médico/curativas, para pasar a promover intervenciones políticas, económicas, sociales y culturales, sobre los determinantes estructurales de la salud y el empoderamiento social.

Tal como constata el informe de la Comisión de Determinables Sociales de la OMS: “las desigualdades matan”, por lo que hay que promover políticas de redistribución social (aunque el tema del poder es ignorado por la OMS). Propone volver a poner en valor la máxima de Virchow: “La medicina es una ciencia social y la política no es más que la medicina a gran escala”

Lina Gálvez Muñoz, Vicerrectora de postgrado Universidad Pablo Olavide de Sevilla desarrolló la ponencia “**Desiguales: mujeres y hombres en la crisis financiera**”. Es necesario el aporte del feminismo al análisis de la actual crisis porque la misma tiene que ver con causas estructurales basadas en el incremento de las desigualdades, entre ellas las de género y, también, porque de las crisis pasadas se salió con retrocesos en los avances en la

igualdad, y con la intensificación del trabajo de las mujeres. En primer lugar, en cuanto al origen de la crisis, Lina Gálvez distinguió entre causas inmediatas y mediatas. En las inmediatas señaló la crisis de las hipotecas basura por el estallido de la *burbuja inmobiliaria*, la desregulación de los mercados y la financierización de la economía, así como la complicidad de los organismos supervisores (privados) con los especuladores (lo que se mantiene hasta hoy). Entre las causas estructurales destacó el incremento de las desigualdades ocasionado por las políticas deflacionistas -contención salarial con la consiguiente disminución de la renta de los hogares, y el adelgazamiento del sector público-, y la proliferación y predominio de valores antisolidarios y patriarcales. Una de las principales consecuencias de la misma en España ha sido la importante disminución de la participación de los salarios en la renta nacional. Se expande la economía de casino gracias a los cambios tecnológicos e institucionales especialmente la desregulación de las transacciones económicas internacionales y del funcionamiento de los mercados de capitales.

En segundo lugar, en cuanto a su desarrollo, esta crisis ha tenido consecuencias diferentes para las mujeres y hombres, dado que ocupan posiciones diversas en el mercado, al igual que ocurre entre clases sociales, y entre países y regiones. Aunque las mujeres padecen situaciones similares en cuanto a división del trabajo en el seno de la familia en las distintas clases sociales, soportan peores posiciones en los mercados del trabajo con tasas de actividad menor y mayor paro; mayor temporalidad, más trabajo a tiempo parcial, segregación vertical y horizontal, peor remuneración y menores niveles de formación. El sector público es en el que en mejores condiciones está la mujer y es el que va a sufrir mayor recorte en España por la crisis. Las mujeres tienen peor acceso al crédito. Solamente el 6% de todos los créditos son para mujeres en España y al

85% de la mujeres que solicitaron un préstamo el último año le fue denegado.

Lina Gálvez explicó cómo la disminución de los gastos sociales va a repercutir en una disminución de la renta familiar que va a condicionar una contracción del consumo, en educación, salud, etc. que afectará más a las mujeres de renta baja; la reducción del gasto en salud incidirá en mayor medida en las mujeres que son las encargadas del cuidado no remunerado de las personas discapacitadas; y la disminución del gasto social dificultará la conciliación familiar de las mujeres, quienes en Andalucía trabajan más y ganan menos: desarrollan el 26% del trabajo remunerado, y soportan el 78% del trabajo en el hogar y la familia, es decir un 56,4% de la carga total.

Por último, la ponente planteó algunas medidas contra la crisis con perspectiva de género que habría que priorizar, entre otras: combatir la causa última de la crisis, la exacerbación de la especulación financiera; control de los movimientos de capital; impuestos sobre las operaciones especulativas y las ganancias extraordinarias; creación de incentivos a la actividad productiva: incentivos ligados a la promoción de la economía real; reforma del sistema financiero y bancario; y nuevas formas de medición de la actividad económica que reflejen la actividad real y la calidad de las relaciones económicas.

Sin embargo, se están poniendo en práctica estrategias basadas en el ataque al sector público y de apoyo al privado: los planes de estímulo son sustituidos por otros basados en el ajuste y la austeridad; la crisis es la que ha incrementado la deuda y el déficit público (no ha sido el gasto social); los bancos están haciendo negocio imponiendo sus reglas de juego a los gobiernos elegidos democráticamente.

En la presentación de la Mesa Redonda de la tarde, titulada "Paro, precariedad laboral y Salud", **José Chamizo de la Rubia** Defensor del Pueblo Andaluz resumió los

dos últimos años de la crisis desde la percepción de su institución, que vivió en dos oleadas diferentes el dramatismo de la situación, expresado en las múltiples solicitudes de mediación para evitar consecuencias por el impago de hipotecas en un primer momento y, en una segunda fase, las vinculadas a la falta de recursos para alimentación, pago de alquiler o recibos de agua y luz, en muchas ocasiones en familias clase de media. Dio paso a **Fernando García Benavides**, Presidente de la Sociedad Española de Epidemiología, que trató sobre "**Desempleo, empleo precario y enfermedad**". El ponente plantea la contradicción entre la escasa tradición en la Salud Pública española de analizar la influencia de las políticas laborales sobre la esperanza y la calidad de vida de la población. La intensidad de la crisis económica ha creado una situación trágica y dramática que exige unas respuestas complejas. Desde un enfoque de determinantes sociales en salud, hay que buscar explicaciones en diversos niveles. Las crisis económicas han tenido tradicionalmente efectos sobre la salud incrementando la mortalidad en personas en edad laboral y reduciendo la esperanza de vida. Sin embargo, los efectos del paro asociados a la crisis (que puede afectar a 4 ó 5 de los 23 millones de personas en España) no se distribuyen de manera homogénea y generan más desigualdades de salud.

La intensidad de la crisis actual condiciona que estemos en un momento de cambio acelerado, que alumbrará una nueva época. La crisis ha sido la resultante de: la incapacidad de los estados para controlar a las grandes corporaciones, de la globalización de las personas sin derechos, de innovaciones tecnológicas muy rápidas e intensas que afectan al mercado de trabajo al que ha flexibilizado de manera importante (pérdida de derechos), al cambio en la estructura productiva y al incremento del sector de servicios (desaparece la agricultura), al envejecimiento de la población, y al debilitamiento de los

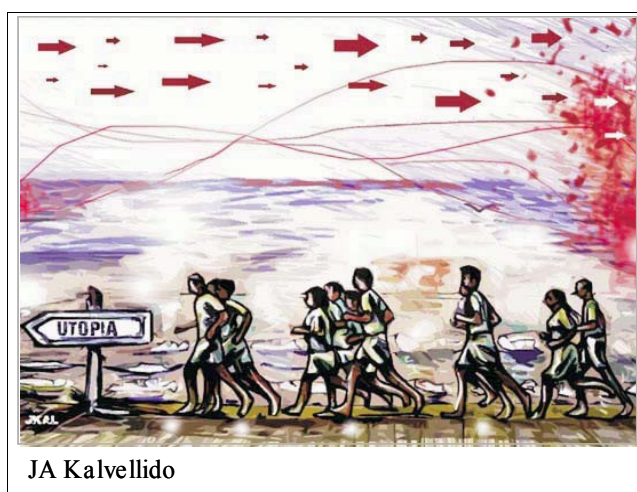
sistemas de protección social. Todo lo anterior genera un incremento en los problemas y necesidades de salud, al tiempo que pone en riesgo a los sistemas de protección social y asistencia sanitaria (se debiliten o desaparezcan), lo que genera inseguridad y miedo en la población. La reforma laboral de 1984 se relacionó con un incremento en la siniestralidad, lo que podría ocurrir de nuevo como consecuencia de las políticas desreguladoras en marcha.

Concluyó con una referencia a Amartya Sen: “El desarrollo económico debe estar por y para la libertad las personas y una de las libertades básicas es la de prevenir la morbilidad evitable y la mortalidad prematura”.

Santiago Cortés, el representante de las **Asociación de Parados** del barrio granadino Casería de Montijo completó las intervenciones de la Jornada, presentando la experiencia de su colectivo, que nació como resultado de inseguridad del parado para pagar la hipoteca, el recibo de la luz, o adquirir los productos básicos, y que es reconocida por valentía de sus acciones y la creatividad de sus respuestas. El paro genera conflictos familiares, rupturas de parejas, desamparo. El paro provoca incremento de la delincuencia, situaciones

de cárcel y pone en riesgo la vida de las personas.

La organización de parados nació con el objetivo de crear alerta social y de buscar soluciones de manera conjunta, buscando asesoría, creando nuevos trabajos (más que el propio Ayuntamiento de Granada), creando talleres de empleo y con actividades de autoayuda. Funcionan como un centro de salud, mejorando la autoestima de las personas (puedes hacer cosas, mejorando tu calidad de vida, buscando y generando empleo), movilizando a la gente con el reparto de alimentos, informando sobre proyectos, buscando empleo, repartiendo el curriculum, creando cooperativas como empresas de inserción social. A la vez van haciendo reinserción social con maltratadas, drogadictos, presos, y otras personas con dificultades para conseguir empleo. Las cooperativas pueden ofertar empleo más barato (no ganancia de empresa). Proponen menos subsidios y ayudas familiares y más políticas que incentiven el trabajo desde las administraciones, en actividades necesarias y útiles para la colectividad (limpieza de montes, y otras actividades que hagan que la gente se desarrolle personalmente). El mensaje es que la gente no se tiene que callar y que sienta que tiene poder, también frente a los políticos, porque hay capacidad para votar.



JA Kalvellido