



Porque la salud es un derecho

Nuestra
visión



geneeskunde 
voor het volk
médecine
pour le peuple

Porque la salud es un derecho

Nuestra visión



geneeskunde 
voor het volk
médecine
pour le peuple

Introducción

Estimado/a trabajador/a de la salud, Estimado/a paciente,
Estimado/a lector/a,

Permítanme contarles tres historias de nuestros pacientes que seguramente les resulten muy familiares.

Abdel es camionero. Trabaja en un servicio de averías y recorre cada día nuestras carreteras, reparando los camiones que acercan nuestros alimentos, muebles y mercancías. Sin Abdel y todos sus colegas, las estanterías de nuestras tiendas estarían bien vacías. Abdel tiene 52 años cuando su espalda se rinde: ya está rota, desgastada. A partir de ese momento, lo que le espera es la incapacidad. Como único sostén económico de una familia de seis miembros, hay que hacer cuentas una y otra vez para poder llegar a fin de mes. ¿Y cómo reacciona su jefe? Pues despide a Abdel y contrata a otra persona. Así de sencillo. No tiene ninguna responsabilidad, así que no hay indemnización, nada. Tras 28 años de servicio. ¿Cómo es esto posible? Abdel no es el único en esta situación. En MPLP estamos llevando a cabo un estudio acerca del agotamiento de las carreras profesionales, para demostrar que no es posible trabajar más tiempo.

Rosa tiene 93 años. Es una mujer valiente que sigue viviendo en su propio piso. La semana pasada, rompió a llorar durante una visita a domicilio. Ya no está bien. A Rosa le resulta cada vez más difícil moverse y es necesario el traslado a una residencia de ancianos. Se le caen las lágrimas por las mejillas. Tiene preocupaciones a nivel económico: ¿Podré pagar la estancia con mi pensión de 856 euros? ¿Tendrán que poner dinero mis hijos? Sus lágrimas también expresan el miedo. Miedo a perder su calidad de vida. Miedo a tener que acostarse a las 17h por falta de personal. Miedo a dejar de comer bien. Esto es inaceptable. Rosa no es la única en esta situación. En MPLP, lanzamos una petición para que se invierta más en atención sanitaria.

Laura tiene 23 años y padece una enfermedad autoinmune. Esta enfermedad provoca una dolorosa inflamación de ingles y axilas. No duerme. No puede hacer su trabajo de limpiadora sin padecer unos dolores terribles. El dermatólogo le prescribe un tratamiento. Es un medicamento caro, pero funciona. La inflamación se reduce. Afortunadamente, interviene la seguridad social. Hasta el momento en que resulta que Laura necesita una dosis más alta que la mayoría de los pacientes, y eso, la mutua ya no se lo reembolsa. Sus médicos hacen todo lo posible por conseguir muestras gratuitas de la firma farmacéutica. Pero cada vez que le toca renovar la medicación, Laura espera con ansiedad. Porque no sabe si habrá suficiente o si tendrá que gastar la mayor parte de su sueldo en medicinas. Laura no es la única en esta situación. En MPLP llevamos a cabo acciones en favor de unos medicamentos asequibles.

Un trabajo que enferma a las personas, una atención sanitaria demasiado cara debido a la comercialización, unos medicamentos inasequibles... Éstos son sólo algunos de los retos que tenemos por delante. Frente a esto, Medicina para el Pueblo presenta un texto, lleno de análisis inspiradores e ideas innovadoras. En el capítulo 1, examinaremos los condicionantes sociales de la salud. En otras palabras: ¿por qué enferma la gente? ¿Cómo pueden los empresarios ser más responsables con la salud de sus trabajadores? ¿Cómo afectan las políticas de la vivienda, del clima, de la economía... a nuestra salud? ¿Cómo hacer de la salud, un derecho fundamental? En el capítulo 2, examinaremos más de cerca nuestro sistema sanitario. ¿Cómo podemos no sólo curar a la gente que está enferma, sino también evitar que caigan enfermos? ¿Y cómo puede llevarse a cabo y que resulte asequible para todos? Presión en el trabajo, facturas elevadas, desigualdades... ¿Cuál es el origen de todos estos problemas? En el capítulo 3, nos encontraremos en la antesala de un verdadero Instituto Salk para la investigación y el desarrollo de medicamentos. ¿Cómo desarrollar medicamentos en base a las necesidades de la población? Usted va a descubrir la respuesta a todas estas preguntas.

En 2009, publicamos nuestro anterior texto: "El derecho a la salud en una sociedad sana". La presentación de este texto fue una de las primeras actividades a las que asistí, siendo una joven enfermera recién contratada. Un momento inspirador, para mí y para muchos otros. La visión de Medicina para el Pueblo es lo que nos une en nuestro compromiso por mejorar la atención sanitaria y por un mundo mejor. Esta visión es lo que nos protege de las inclemencias de nuestros tiempos, y del estrés ante la cantidad de retos que tenemos por delante.

Han pasado trece años y el mundo no se ha detenido. No sólo hemos envejecido todos inexorablemente, sino que hay cosas aún peores: las desigualdades siguen creciendo, la asistencia sanitaria es cada vez más cara, la proporción de los costes de los medicamentos sobre nuestro sistema de seguridad social aumenta, los gobiernos siguen, uno tras otro, descuidando la prevención... Afortunadamente, Medicina para el Pueblo tampoco se ha detenido. Cada vez hay más profesionales de la salud, de más especialidades que nunca, que encuentran su lugar en nuestras casas médicas. Tanto el centro médico multidisciplinar como el centro de acción se han desarrollado enormemente. Desde la introducción de psicólogos de atención primaria, hasta el seguimiento de los pacientes crónicos por parte de las enfermeras, pasando por el riguroso triaje que realiza el personal de recepción. Desde la lucha contra los recortes en los centros de salud de los barrios, hasta los autobuses con pacientes que cruzan la frontera holandesa para comprar medicamentos menos caros, pasando por las acciones de protesta contra el acoso hacia los pacientes de larga duración... Este escrito es un ejercicio de visión de conjunto. En 2020, decidimos embarcarnos en este trabajo. ¿Qué mejor ocasión que nuestro 50º aniversario?

Y entonces, en marzo de 2020, el mundo entero se detuvo durante un tiempo. Un virus se apoderó de nuestras vidas, de nuestro trabajo, de nuestra sociedad. Como trabajadores del sector sanitario, hemos visto todos los aspectos de esta situación. Luchábamos contra un desconocido. Y sin embargo ha sido nuestra visión, una vez más, la que nos ha mantenido en pie y nos ha señalado la dirección. Nuestra visión sobre el trabajo y la salud nos ha conducido a las empresas para ayudar en la realización de tests. Hemos establecido un protocolo para apoyar a los sindicalistas en su lucha por la seguridad en los centros de trabajo. Basándonos en nuestra visión sobre la asistencia sanitaria, hemos desplegado una investigación local de los contactos estrechos, y hemos ayudado a las residencias de ancianos a abastecerse de materiales, tests y personal. Basándonos en nuestra visión sobre los medicamentos, lanzamos la

campana europea "No Profit on Pandemic", cuyo objetivo es levantar las patentes que detenta la industria farmacéutica sobre la vacuna. El coronavirus ha supuesto una sacudida adicional para un modelo que ya se tambaleaba. Era EL momento de presentar nuestras ideas ambiciosas e innovadoras.

Este texto no es el producto de una única mente brillante. Como siempre hacemos en Medicina para el Pueblo, se trata de una colaboración excepcional. Decenas de colegas y voluntarios han colaborado: tras la primera versión, discutimos nuestras ideas con todos los equipos y diversos expertos. El texto acabó así desembocando en su versión final, muy mejorada. Por ello, me gustaría dar las gracias a todos/as los/las que han participado. A partir de ahora, debemos difundir este texto lo más ampliamente posible.

Medicina para el Pueblo no sería Medicina para el Pueblo si se quedara en el plano de las ideas. Por muy buenas que sean las ideas, la piedra angular de nuestro trabajo diario es la práctica. Nuestros 25.000 pacientes, 220 miembros del personal y cientos de voluntarios hablan acerca de la salud, de las condiciones de vida y de trabajo, del derecho a la accesibilidad de la asistencia sanitaria y de los medicamentos. Todos los días llegan historias a nuestras casas médicas. Historias como las de Abdel, Rosa y Laura.

Estas son las historias con las que trabajamos: las comentamos en reuniones de equipo, analizamos las causas sociales de las enfermedades, realizamos más investigaciones y estudios científicos, buscamos ejemplos inspiradores en el extranjero y luego volvemos con los pacientes.

Por ejemplo, Abdel intervino en una sesión informativa acerca del trabajo y la salud, y Rosa firmó nuestra petición a favor de que se invirtiera en atención a las personas mayores. Laura y su familia acudieron a una acción que hicimos a favor de unos medicamentos menos caros. Juntos, nos dirigimos a la prensa y contamos nuestras historias en las redes sociales. Nuestros médicos y miembros del personal que han sido elegidos las llevan también al Parlamento y al consejo comunal. Trabajamos con el PTB para introducir los problemas en la agenda política, en las calles y en el consejo. Organizamos a los pacientes para defender el derecho a la salud.

A este proceso lo llamamos "empoderamiento". En el último capítulo de este texto explicamos nuestro enfoque acerca de este proceso en las once casas médicas de Medicina para el Pueblo. Este capítulo es una novedad con respecto al texto anterior. Pero es la esencia misma de Medicina para el Pueblo. Entender el mundo para poder cambiarlo.

Por ello, Medicina para el Pueblo lleva cincuenta años trabajando en torno al derecho a la salud; como centro médico y como centro de acción, dos en uno. La primera generación de médicos y colaboradores de Medicina para el Pueblo decidió no hacer carrera y construir una sociedad diferente con todo su corazón, su cabeza y sus manos. La generación actual de médicos, personal de enfermería, personal de recepción, etc., tiene previsto sumarle muchos más años aún. Así hasta que todos tengamos derecho a la salud.

Los retos siguen siendo importantes. Ir al médico de cabecera sin dinero, ampliar el sistema de centros de salud en los barrios, oponerse a los elevados salarios de los especialistas y a la excesiva carga de trabajo en la atención sanitaria, eliminar las patentes que matan... Es lógico preguntarse si todo esto es posible. ¿Se puede cambiar un sistema de forma tan radical? Desde los años 80 llevamos asistiendo al predominio de la idea neoliberal según la cual el libre mercado

siempre funciona mejor. Esto puede constatarse no sólo entre los políticos, sino también, por ejemplo, en la gestión de los hospitales, donde se incorporan gestores financieros para dirigir las instituciones hospitalarias. Además, tras la crisis de 2008, los recortes presupuestarios han acelerado aún más todo.

El coronavirus fue una sacudida para el mundo entero, y son las sacudidas las que hacen que el mundo se tambalee. Esto puede ir en dos direcciones: en la línea de una lógica aún más liberal, o en la línea de una más lógica social, más pública. ¿Quieren hacernos creer que no hay alternativa a la actual política neoliberal? La construcción de la seguridad social tras la Segunda Guerra Mundial, nos muestra que sí es posible. A raíz de la presión de las bases, surgió una lógica más social. Aquí también decidimos en qué dirección queremos empujar. Hace dos años nos despedimos de Dirk Van Duppen, el médico "kiwi" y presidente de Medicina para el Pueblo. Nos dejó la esperanza de un mundo mejor.

Me gusta la esperanza,
que es lo contrario del miedo.
El miedo conduce a la pasividad, al letargo,
a temblar bajo tu cama.
La esperanza te enseña a levantarte y a cantar,
quizás tímidamente al principio,
como una golondrina,
pero de manera más decidida, a medida que pasa el tiempo.

(extracto de: Ainsi s'est écoulé le temps qui m'était compté)

¿Eres un profesional de la salud y quieres contribuir a alimentar esta esperanza? Entonces en Medicina para el Pueblo, estás en tu casa. En efecto, cambiar la sociedad es una tarea inmensa. Esto sólo puede hacerse si nos unimos para defender los derechos de todos. En tu consulta, curas enfermedades; juntos, en acción, curamos al conjunto de la sociedad.



¡Disfrute de la lectura!

Janneke Ronse

1 de abril de 2022

Presidenta de Medicina para el Pueblo

Índice

Capítulo 1:

La salud, una cuestión de lucha contra la injusticia social

1. Nuestra salud viene determinada por nuestras condiciones de vida y de trabajo	10
2. Un sistema que perjudica a la salud	16
3. Otra sociedad es posible	34
Notas capítulo 1	37

Capítulo 2:

Atención sanitaria

1. La salud como mercancía	41
2. La salud como derecho fundamental	55
Notas capítulo 2	76

Capítulo 3:

Medicamentos

1. Veinte años de lucha por el derecho a los medicamentos	80
2. Los pacientes y la seguridad social pagan un alto precio	86
3. El modelo de negocio farmacéutico obstaculiza el progreso social	91
4. El remedio: convertir los medicamentos y las vacunas esenciales en un bien público	96
Notas capítulo 3	103

Capítulo 4:

Empoderamiento

1. La estrategia del cambio	106
2. El empoderamiento: del individuo al colectivo	113
3. Cuidadoras/es y empoderamiento: de proveedor de servicios sanitarios a militante por la salud	119
Notas capítulo 4	124

Capítulo 1

La salud, una cuestion de lucha contra la injusticia social



- 1. Nuestra salud viene determinada por nuestras condiciones de vida y de trabajo**
- 2. Un sistema que perjudica a la salud**
- 3. Otra sociedad es posible**

1. Nuestra salud viene determinada por nuestras condiciones de vida y de trabajo



«¿Por qué someter a tratamientos a las personas sin cambiar lo que las enferma?»

Michael Marmot: presidente de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS: 2008'

En este texto de análisis queremos identificar las circunstancias que hacen que las personas enfermen. A un trabajador portuario con dolor de espalda o a una empleada doméstica con dolor crónico de muñeca se le da, por supuesto, un analgésico y, si es necesario, se le prescriben unos días de baja laboral. Pero ¿qué solución estructural aportamos si posteriormente estos trabajadores tienen que volver a mover cargas pesadas, manejar el taladro, escurrir fregonas y arrastrar cubos durante todo el día? A menudo, como profesionales de la salud, no podemos solucionar los problemas de nuestros pacientes encerrados entre las cuatro paredes de nuestra consulta.





«Dime cómo están tus pulmones y te diré dónde vives»

La lucha contra el viaducto Lange Wapper en Amberes comenzó en nuestro centro médico de Deurne. Descubrimos que seis de cada diez niños pequeños necesitaban un inhalador, frente a solo uno de cada diez en una comunidad rural situada a aproximadamente 40 kilómetros. La explicación de esta diferencia la encontramos en la revista científica *The Lancet*: un estudio demostró que los niños que viven cerca de una autopista tienen una peor salud pulmonar. Esa misma semana, nos enteramos del proyecto de construcción del viaducto de Lange Wapper. Si llegaba a completarse, el anillo de Amberes retumbaría sobre las zonas residenciales con una alta densidad de población de nuestro barrio. Sabíamos que eso sería un desastre para la salud pública. Desarrollamos un informe basado en pruebas científicas y comenzamos a ofrecer resistencia junto con los pacientes, los grupos de defensa y la sociedad civil.

Fue una larga lucha que duró más de 10 años. Se trata de una batalla que el médico Dirk Van Duppen recuerda con emoción en su libro titulado *Ainsi s'est écoulé le temps qui m'était compté* (Así pasó el tiempo con el que contaba).

Concienciamos a la sociedad sobre los efectos de la contaminación atmosférica y acústica en nuestra salud organizando acciones y veladas informativas. Fue la lucha de David contra Goliath. Nos enfrentamos al poderoso grupo de los fabricantes de hormigón, atraídos por una gran operación especialmente lucrativa. Pero frente al poder del dinero y del lobby del hormigón, el poder de las cifras estaba de nuestro lado. Hicimos campañas de sensibilización, movilización y organización en todos los barrios de la ciudad. Junto con los movimientos ciudadanos Ademloos y StRaten Generaal, llegamos a recoger más de 50 000 firmas para obligar a la ciudad a organizar una consulta popular. La gente votó en contra del viaducto Lange Wapper en esta consulta. El alcalde,

Patrick Janssens, tuvo que dimitir. Han sido años llenos de disputas, jugadas jurídicas y políticas, veladas informativas y manifestaciones. Al final, se propuso una alternativa bastante mejor: cubrir el anillo. Seguimos luchando para llevar este proyecto a buen puerto, pero todo se ha puesto en marcha para que se haga realidad.

Sofie Blancke

médico de Medicina para le Pueblo (MPLP) de Deurne

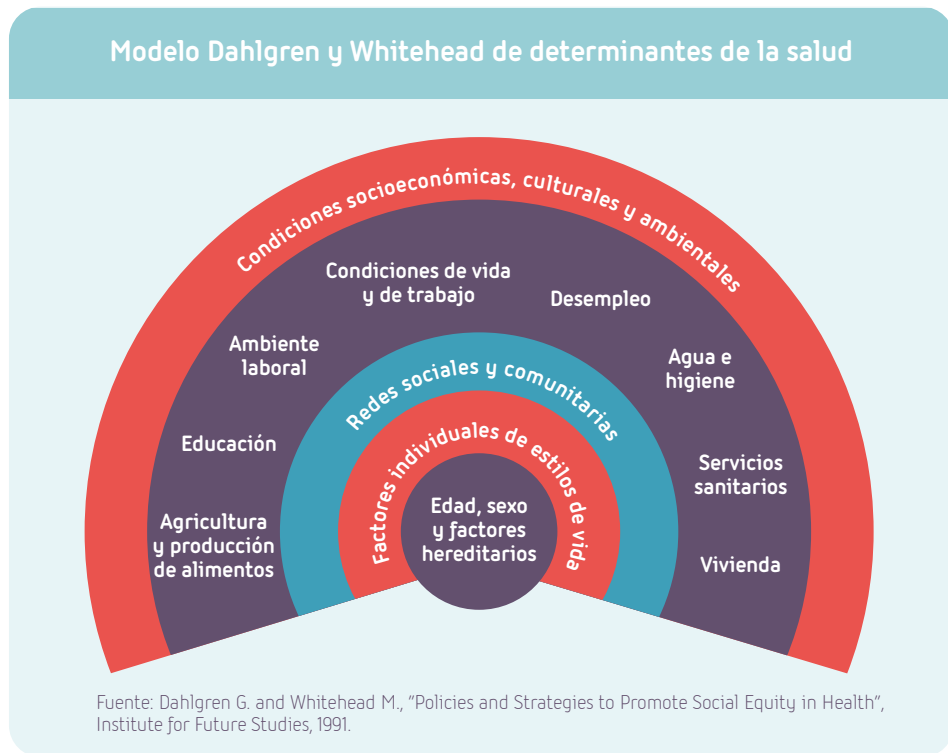


Determinantes sociales de la salud

La salud está muy determinada por las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen. Todos estos factores son ajenos al sector sanitario y son los llamados «determinantes sociales de la salud».

Los investigadores Margaret Whitehead y Göran Dahlgren estudiaron los diferentes factores que determinan nuestra salud y llegaron a la conclusión de que se podían clasificar en diferentes «capas». Las mismas se muestran en el diagrama «arcoíris» que han desarrollado.² En el centro están los factores sobre los que apenas podemos influir: la edad, el sexo, los factores

hereditarios... A continuación, en una segunda capa, hay una serie de factores relacionados con nuestro comportamiento individual. Entre ellos se encuentran el tabaquismo, la dieta y el ejercicio físico. También hay factores relacionados con nuestro entorno más inmediato: como la zona en la que vivimos, por ejemplo. Y, por último, en el círculo exterior, encontramos las condiciones socioeconómicas más generales en las que vivimos (dónde trabajamos, las condiciones en las que vivimos, los ingresos del hogar familiar...).



De hecho, son los factores de la capa exterior los que tienen una mayor influencia. Los factores biológicos y hereditarios apenas desempeñan un papel menor. Investigadores canadienses estiman que los factores biológicos determinan nuestra salud aproximadamente en un 15 %, el entorno inmediato, en un 10 %, y el sistema sanitario, en un 25 %. Según ellos, la mitad de nuestra salud viene determinada por factores sociales y económicos.³

La misma observación puede hacerse si tomamos como referencia la historia. Las intervenciones sobre los determinantes sociales han sido a menudo más importantes que algunos tratamientos en sí. Podemos analizar cómo se ha reducido drásticamente la prevalencia de una enfermedad pulmonar tan devastadora como es la tuberculosis. El mayor descenso de muertes se produjo a finales del siglo XIX, mucho antes de que se dispusiera de una cura. El movimiento obrero pudo entonces imponer mejores condiciones de vida, y una alimentación más sana y unas viviendas más dignas contribuyeron a reducir la mortalidad por tuberculosis.⁴

No todos somos iguales ante la enfermedad



«De todas las formas de desigualdad, la injusticia sanitaria es la más impactante y la más inhumana».

Martin Luther King, activista estadounidense por los derechos civiles

El hecho de que estos factores sociales y económicos sean tan importantes para el estado de salud general es realmente fácil de entender cuando se comparan los diferentes estados de salud en todo el mundo. Un niño nacido en Europa tiene una alta probabilidad de llegar a los 77 años. Si nace en África, su esperanza de vida se reduce a 60 años.⁵ La salud no es igual para todos.

Este fenómeno no se limita únicamente a los países pobres, sino que también en nuestro continente hay grandes desigualdades. Por ejemplo, un habitante de Dour, un pequeño municipio de Henao (Bélgica), vivirá una media de 76 años. Es decir, ocho años menos que alguien nacido a tan solo ochenta kilómetros de distancia, en Sint-Martens-Latem, una ciudad rica no muy lejos de Gante. Allí, la esperanza de vida es de 84 años.⁶ En un país del tamaño de un pañuelo, las diferencias en la esperanza de vida son enormes. ¿Y de dónde vienen estas diferencias? Las condiciones de nacimiento, vida y crecimiento ya son desiguales.

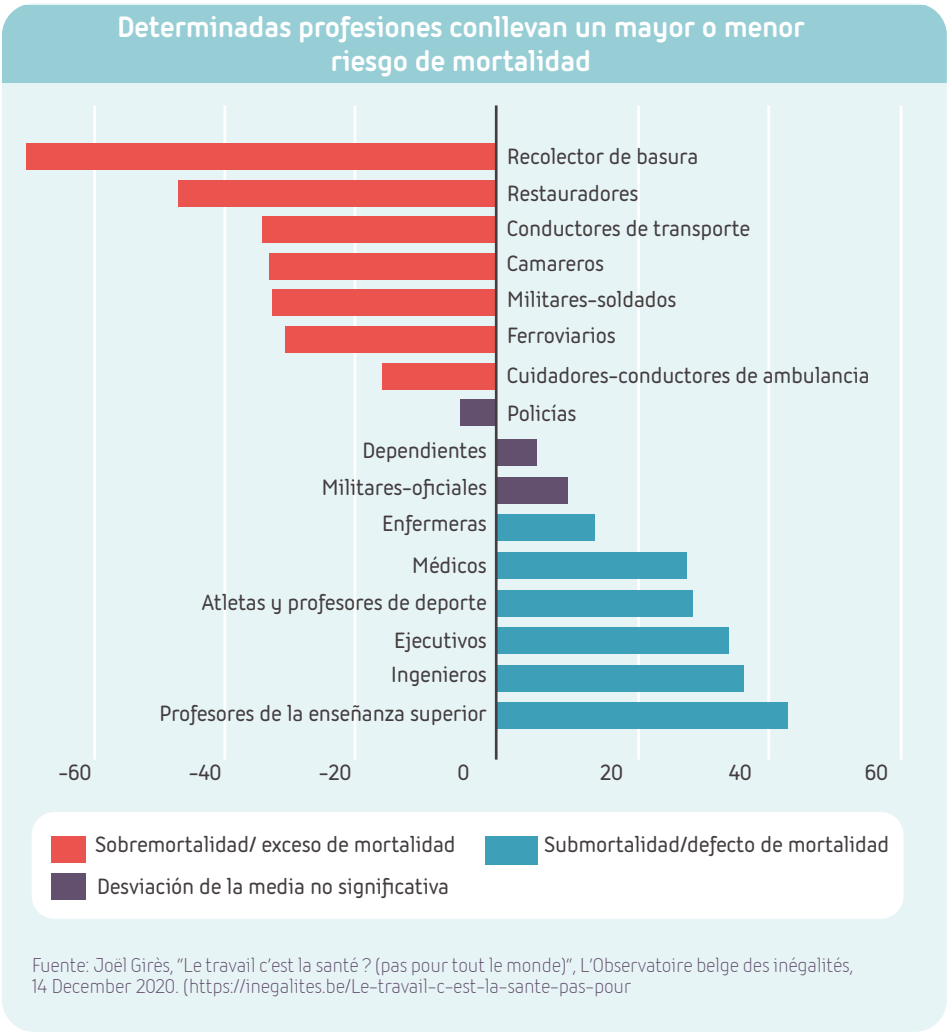
Por ejemplo, ¿sabías que el trabajo influye en la esperanza de vida? Las personas que ejercen determinadas profesiones –como las enfermeras, los conductores de ambulancias, los ferroviarios o los conductores de transporte público– mueren «más rápido» que la media. El siguiente gráfico muestra la sobremortalidad de este grupo profesional, es decir, una disminución de su esperanza de vida en comparación con la media.

Llama la atención que las diferencias del gráfico se refieran a todas las personas con un empleo. Por eso, cuando hablamos de determinantes sociales, el problema no es solo de los más pobres. Cuando se trata de desigualdades sanitarias, los expertos suelen hablar de «brecha», pero la situación real se parece más bien a una escalera. Una escalera en la que, en cada escalón, la salud es un poco mejor que en el anterior. El investigador británico Michael Marmot habla de un «gradiente social». De este modo, incluso los que tienen trabajo e ingresos no están tan bien posicionados como los altos directivos y los ricos rentistas.

Cuando se comprende el papel de los determinantes sociales de la salud, las desigualdades sanitarias entre las personas y los países se vuelven aún más inaceptables, puesto que en gran medida se pueden evitar. No puedes cambiar tus genes ni tu edad, pero ese no es el caso de los determinantes sociales de la salud: son el resultado de decisiones políticas y económicas.

Por tanto, la mejora de la salud es más una cuestión de justicia social que de ofrecer una mejor atención sanitaria. Sin embargo, no se trata solo de una cuestión de responsabilidad individual.

«La injusticia social mata a gran escala» fue la conclusión de la Organización Mundial de la Salud en 2008. Lo mismo ocurre en la actualidad. Para remediarlo, hay que cortar el problema de raíz y, por tanto, las «causas de las causas» de la desigualdad social.



| Sobremortalidad/submortalidad = el aumento o la disminución del riesgo de mortalidad expresado en porcentajes



La salud es una responsabilidad colectiva, no individual

En nuestro centro médico tengo un joven paciente con una diabetes severa y obesidad mórbida. El joven ya ha cambiado radicalmente sus hábitos alimenticios y su nueva medicación también está surtiendo el efecto deseado. Sin embargo, nos enfrentamos a un tremendo obstáculo: sus condiciones de trabajo tienen unas consecuencias desastrosas para su salud. Panadero de formación, trabaja en el turno de noche de una gran cadena de supermercados, todas los días de 3 a 10 de la mañana. A diario arrastra varias toneladas de material, desde sacos de harina hasta amasadoras. De media, duerme dos ciclos de dos horas, es decir, de 4 a 5 horas al día. Su falta de sueño le provoca fatiga crónica y le impide hacer ejercicio. También es difícil perder peso con estas circunstancias. Podría cambiar a un horario diurno, pero eso significaría perder una gran parte de su salario, lo que no es económicamente viable. Para llegar a fin de mes, su familia necesita los complementos salariales del trabajo nocturno.

Cuando se producen problemas de salud, las autoridades normalmente señalan con el dedo al individuo. ¿Hacen las personas suficiente ejercicio? ¿Se alimentan de forma saludable? Es una forma de inducir a la culpa y, además, es ineficaz. Comer, beber, fumar y hacer ejercicio no son solo elecciones individuales. Detrás de los grandes problemas de salud que suponen la obesidad y el tabaquismo hay una industria que anuncia toneladas de alimentos poco saludables y un grupo empresarial del tabaco con gran influencia, así como un sistema económico que obliga a las personas a llevar un ritmo desenfrenado. Así que se supone que tienes que ir y decirles a las familias que trabajan en horarios flexibles, en turnos de noche o por turnos, y que además cobran muy poco, que deben dedicar tiempo a preparar comidas saludables juntos.

Mélissa Detilleux

enfermera especializada en diabetes de MPLP de Seraing



2. Un sistema que perjudica la salud

Por lo tanto, nuestra salud depende en gran medida del contexto en el que crecemos, trabajamos y vivimos. Y a día de hoy es desastroso. Nuestra sociedad nunca había estado tan cansada ni tan enferma. Todos los indicadores de bienestar están marcados en rojo oscuro. Cada vez son más las personas que sufren dolores y molestias y que conviven con la ansiedad o la depresión. Y es especialmente en el grupo de edad joven (16–24 años) donde el bienestar general ha seguido una tendencia a la baja en los últimos años.⁷

Esta tendencia negativa también se observa al analizar las diferencias en la propia esperanza de vida. En 2001, un hombre con una buena formación y unos ingresos elevados vivía seis años más que un hombre con un nivel educativo inferior. Diez años más tarde, esta diferencia había aumentado hasta los diez años. En el caso de las mujeres, la diferencia había aumentado de nueve a trece años.⁸ La crisis económica y la ola de medidas de austeridad están golpeando duramente a la población y aumentando las desigualdades sociales en materia de salud.

La pregunta entonces es por qué. A escala mundial, Oxfam afirma que vivimos en un mundo «en el que, desde hace más de cuarenta años, los que pertenecen al 1 % más rico ganan el doble que la mitad más pobre de la población mundial»⁹ Tiene que haber un mecanismo en nuestra sociedad que precisamente crea y mantiene esta desigualdad. El psicólogo Paul Verhaeghe lo expresó perfectamente: «La sensación de estar al límite se está convirtiendo en el gran denominador común (...). Cuando tantas personas desarrollan los mismos síntomas en una misma generación, ya no podemos hablar de un problema individual. Nos enfrentamos a algo más».¹⁰ En los siguientes párrafos se describe cómo el sistema capitalista socava nuestra salud a través de diferentes mecanismos.



Medicina para el Pueblo y Marx

¿Qué tiene que ver una organización de centros médicos con un filósofo nacido hace más de doscientos años? El marxismo nos ayuda a comprender mejor cómo las condiciones en las que vivimos afectan a la salud. Para empezar, se anima a los facultativos a hacer un análisis sistémico cada vez que se enfrenten a problemas sociales en su consulta. «El marxismo es de gran importancia para la medicina», escribió Richard Horton, editor jefe de la revista médica *The Lancet*.¹¹ Fue precisamente Karl Marx quien analizó por primera vez la naturaleza del capitalismo como sistema económico. Y estos mismos mecanismos todavía se pueden observar hoy en día: desde la contaminación ambiental hasta la privatización de los servicios sanitarios, pasando por los beneficios desproporcionados que obtienen las multinacionales con el uso de medicamentos a precios exorbitantes.

¿Cómo funciona el sistema? Dentro del capitalismo, las empresas tienen que sacar el mayor beneficio posible para sobrevivir dentro de la lucha con la competencia. Esto no se puede conseguir más que de una única forma: produciendo lo máximo posible por el menor coste posible. Y, todo ello, a expensas de las personas y el medio ambiente.

El trabajo humano y la naturaleza son la fuente de toda riqueza. El sistema capitalista lleva a las empresas a explotar más a los trabajadores y al agotamiento del planeta, porque es la única manera que tienen de obtener más beneficios. Y eso es nefasto para nuestra salud. Basta con analizar los horarios de trabajo cada vez más largos, los horarios de trabajo flexibles, la subcontratación, los salarios bajos, los contratos precarios... Pero también nos referimos a la continua extracción de combustibles fósiles, solo porque permiten conseguir un lucro y a pesar de todas las advertencias con respecto al calentamiento global. Mientras tanto, los inversores capitalistas buscan constantemente nuevos mercados para crecer aún más, lo que conlleva las privatizaciones del sector público.

Por lo tanto, como profesional de la salud, es importante tener también en consideración la posición social de los pacientes. El marxismo distingue entre clases en función de su posición dentro del proceso económico. Y esta clase determina en gran medida el impacto que tendrán los cambios sociales en la salud.¹² La clase obrera incluye a todos los trabajadores y empleados que ganan su propio salario con el trabajo que realizan. La lucha de estos trabajadores por sus intereses es el verdadero motor del progreso en muchos ámbitos sociales.

2.1 Un sistema que explota al trabajador

Empleadas domésticas con la espalda destrozada por el trabajo, cajeras con las muñecas cansadas de escanear, trabajadores del sector del automóvil con dolores cervicales, o cuidadoras de ancianos y maestras de guardería agotadas e incapaces de trabajar durante mucho tiempo a causa del agotamiento: a ellos no hay que explicarles que el trabajo afecta a su salud.

Las personas pasan gran parte de su tiempo en el trabajo. Por tanto, es lógico que el trabajo tenga un impacto significativo en la salud. El trabajo puede ofrecer satisfacción y ayudar a desarrollar talentos. También permite a las personas contribuir a la sociedad. Pero el trabajo puede ser a su vez perjudicial para la salud. Más de la mitad de los trabajadores enfermos creen que su enfermedad se debe en parte a su situación laboral.¹³ ¿Por qué tantos individuos de nuestra sociedad ven su salud amenazada por el trabajo?

Lo que sí es cierto es que nuestro entorno laboral no es el más saludable. El centro europeo de investigación Eurofound compara la exposición de los trabajadores a los riesgos laborales cada cinco años. Estos estudios demuestran que la intensidad del trabajo y la carga mental y física son cada vez mayores. Bélgica es uno de los países donde la intensidad del trabajo aumenta con mayor rapidez. También están incrementando otros riesgos para la salud en el trabajo, como la exposición a movimientos repetitivos o el trabajo en posiciones incómodas. Y en cuanto a los riesgos medioambientales (exposición a sustancias tóxicas, ruido, temperatura, etc.), la tendencia en Bélgica también es bastante desfavorable si se compara con los países vecinos. Por ello, ha llegado el momento de cambiar las cosas.

Nos están volviendo locos



«En los diez años que llevo trabajando en esta fábrica, las cosas han cambiado muchísimo. Ahora tenemos que fabricar el doble de asientos en el mismo tiempo, y con menos gente. Se ponían a nuestro lado cronómetro en mano».

Testimonio de un trabajador de 50 años de la línea de montaje¹⁵

¿Por qué enferma tanta gente en el trabajo? No es necesario buscarle los tres pies al gato. Cada vez se espera más de los trabajadores. Todos los movimientos están cronometrados. Los trabajadores de Volvo disponen de exactamente 71 segundos antes de que el siguiente coche entre en la línea de montaje. El personal de enfermería tiene 10 minutos para levantar a los ancianos, lavarlos y ponerlos en la camilla de nuevo. Estos límites de tiempo tan restrictivos no permiten la postura correcta para la espalda que se nos enseña en la escuela. Esta presión está provocando todo tipo de nuevas enfermedades, como las MTR, un término utilizado por los médicos para referirse a las lesiones provocadas por microtraumatismos repetitivos, relacionadas con la realización repetida de los mismos movimientos, a veces pequeños y no dolorosos en sí mismos, durante un largo período de tiempo. No solo el trabajo exigente a nivel físico afecta a la salud. Numerosos estudios demuestran cómo el trabajo afecta a la salud también a causa de los ritmos de trabajo frenéticos, las acciones repetitivas, los horarios inadecuados y la presión constante del tiempo.



En 2021, Kim De Witte, experto laboral del PTB (Partido del Trabajo de Bélgica), realizó un análisis en profundidad del mercado laboral actual. «Ils nous rendent fous» (Nos están volviendo locos): ese es el título de su libro, que no podría ser más apropiado. Los testimonios y los numerosos estudios científicos presentados en el mismo tienen el mérito de poner el dedo en la mismísima llaga: el estrés laboral. En todas partes se trata de hacer más con menos personal, ser más flexible y trabajar más horas. El número de bajas laborales por agotamiento está aumentando drásticamente.

«El trabajo no es una cura para la salud»: esta es la elocuente conclusión de la encuesta a gran escala «Modern Times», realizada por la FGTB (la Federación General de Trabajadores de Bélgica) en 2017. En esta encuesta, hasta 8 de cada 10 trabajadores afirmaron que su salud física o mental se veía afectada por la forma en que se organiza el trabajo hoy en día. En el estudio, las quejas más repetidas fueron el estrés, los trastornos del sueño, el agotamiento y la irritabilidad.¹⁶

El estrés y el agotamiento laboral se están convirtiendo en la neumoconiosis del siglo XXI. Hace cincuenta años, cuando los primeros centros médicos de Medicina para el Pueblo abrieron sus puertas, eran los pulmones de los trabajadores los que sufrían la exposición química al amianto y los pacientes tenían que enfrentarse al enemigo silencioso del envenenamiento por plomo. Las sustancias tóxicas y los accidentes laborales son un problema constante, pero además nos enfrentamos ahora a una epidemia de problemas mentales y de sobrecarga física provocados por el trabajo.



La salud de los trabajadores del sector servicios

Alexandra, de 32 años de edad y madre de 2 niños pequeños, acudió a la consulta. «Doctora, no puedo más», dice enseguida. «Siento un dolor insoportable en el hombro y la muñeca izquierdos. No puedo trabajar más y cuando llego a casa todavía tengo que encargarme de las tareas domésticas». Me explica que trabaja para una gran empresa del sector servicios como empleada doméstica para particulares. Su trabajo diario consiste en fregar, lavar, limpiar el suelo de rodillas, agacharse decenas de veces para levantar un cubo de agua, escurrir las fregonas, limpiar los cristales de izquierda a derecha, repitiendo una y otra vez el mismo movimiento, lo que implica estar de pie durante horas. Entiendo mejor de dónde vienen esos dolores y que los mismos solo empeorarán si sigue haciendo un trabajo tan duro. Discutimos su caso durante la visita médica. Mis compañeros también están familiarizados con este tipo de historias. Ellos también tienen uno o dos pacientes que trabajan en el sector y sufren lo que llamamos en lenguaje médico «trastornos musculoesqueléticos». A menudo se trata de una tendinitis en el hombro o el codo, un nervio pinzado en la muñeca que provoca dolor y hormigueo en los dedos, dolor de espalda, etc.

Entonces, decidí hacer mi trabajo de final de carrera sobre los trastornos musculoesqueléticos en el sector servicios. Recibimos muchos testimonios de pacientes que trabajan en este sector y que quieren contarnos cómo afecta el trabajo a su salud. Hemos podido identificar varios factores: salarios bajos, el miedo a tener que cogerse una baja y perder así a sus clientes, la angustia de descubrir que ya no pueden trabajar y perder el único ingreso de la familia (muchas de estas personas son mujeres solteras con hijos), etc. A lo largo del estudio, el equipo del centro médico comprendió rápidamente que para acabar con el dolor de los pacientes primero deben apoyarlos de todas las maneras posibles en su lucha por mejorar las condiciones laborales y salariales.

Elisa Munoz Gomez

médico de MPLP de La Louvière



La presión de tener que compaginar constantemente los horarios de trabajo y la preparación de decenas de solicitudes para conseguir un nuevo empleo también es abrumadora. Incertidumbre o estrés laboral, ligados a la combinación de dos trabajos a tiempo parcial o de contratos temporales: ese es el día a día de muchos ciudadanos. En el sector del trabajo temporal se sigue haciendo uso de los contratos por días. La gente se entera de si seguirá teniendo trabajo al día siguiente solo con unas horas de antelación.

Trabajar con un contrato precario se asocia con una peor salud mental general, estrés negativo, malestar psicológico, ansiedad, síntomas de depresión, uso de antidepresivos y una mayor incapacidad laboral relacionada con la depresión. En los sectores de la industria y la construcción, los puestos de trabajo precarios e inestables se asocian con más accidentes laborales y trastornos musculoesqueléticos cada vez más graves.¹⁷

La pérdida de empleo y la inseguridad laboral provocadas por la ola de reestructuraciones y concursos de acreedores que siguió a la crisis financiera y económica de 2008 han tenido un impacto muy fuerte en la salud mental. Según un estudio, estos factores hacen que sea mucho más probable que las personas de las clases sociales más bajas se suiciden.¹⁸

Nos hacen trabajar más, durante más tiempo y con una mayor flexibilidad. Es la competencia y el deseo de obtener mayores beneficios lo que los empuja constantemente en esta dirección, aunque sea a costa del bienestar y la salud de los trabajadores. De diversas maneras, nuestro sistema económico siempre busca conseguir porcentajes de beneficio aún más altos. Y eso se consigue haciendo que la gente trabaje más rápido, firmando con ellos contratos temporales y obligándoles a aceptar trabajos flexibles para que solo tengan que trabajar cuando se les necesite realmente, o haciéndoles trabajar más tiempo. Las tres estrategias tienen un efecto negativo en la salud. En el capitalismo, el equilibrio entre el trabajo y la salud está básicamente socavado.

Datos alarmantes

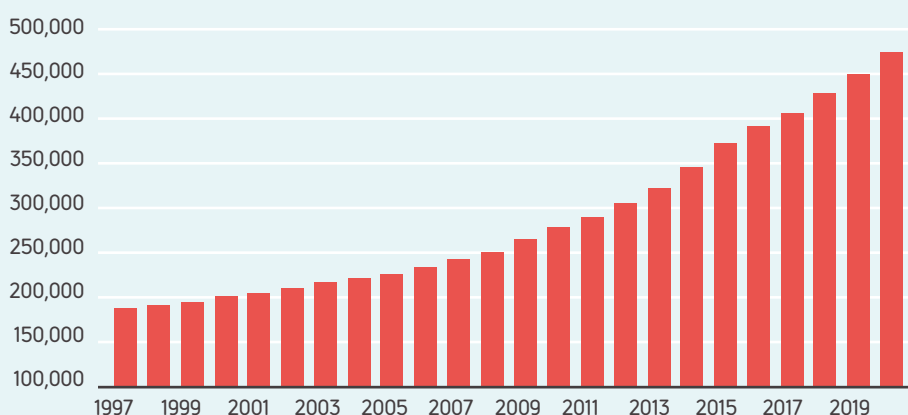
Mientras tanto, todas las señales de alarma relativas al trabajo y la salud se han disparado. Para empezar, la epidemia del agotamiento. Nada menos que uno de cada tres trabajadores belgas sufre un estrés excesivo en el trabajo.¹⁹ En poco más de dos años, el número de trabajadores que no pueden trabajar debido al agotamiento ha aumentado en un 162 %, pasando de 3713 a finales de 2017 a 9708 en junio de 2020. Asimismo hay un hecho que evoluciona de forma preocupante: cada vez más trabajadores jóvenes también sufren problemas psicológicos.

En el ámbito de la atención sanitaria, todos nos enfrentamos al crecimiento exponencial de este problema. El profesor de psicología Paul Verhaeghe lo describió claramente después de su jubilación tras casi cuarenta años en activo: «La causa de los problemas mentales graves ha cambiado drásticamente desde 1990 y ha pasado de estar en la familia al lugar de trabajo».²⁰

Pero el aumento del estrés laboral también tiene otros efectos nocivos sobre la salud. Vemos, por ejemplo, que el número de accidentes laborales graves está aumentando.²¹ Aunque hay menos accidentes en el trabajo, la proporción de accidentes con consecuencias graves es mayor que nunca. Las demandas por enfermedades profesionales también están aumentando. Entre ellas se encuentran las lesiones musculares y articulares, como el codo de tenista o el síndrome del túnel carpiano, que están claramente relacionados con la situación laboral.

Mientras tanto, en Bélgica, medio millón de personas padecen una enfermedad de larga duración, y muchos de ellos tienen más de 55 años. De hecho, la alta presión en el trabajo hace que para muchos trabajadores sea sencillamente imposible aguantar más tiempo. Sin

Evolución del número de enfermos de larga duración en Bélgica, 1997-2020



Fuente: pedido por MPLP al INAMI, Instituto Nacional del Seguro de Enfermedad-Invalidez

embargo, los sucesivos Gobiernos nos han obligado a trabajar durante más años. La edad legal de jubilación se ha elevado hasta los 67 años y se han eliminado o reducido muchas posibilidades de jubilación anticipada o parcial. Junto con los sindicatos, advertimos de que estas medidas aumentarían el número de personas de baja debido a una enfermedad de larga duración. Por desgracia, lo que ocurrió después nos dio la razón: por cada jubilado anticipado menos desde 2012, hay al menos un enfermo de larga duración más.²² A finales de 2021, el país iba camino de alcanzar la cifra récord de medio millón de enfermos de larga duración, es decir, personas ausentes de su puesto de trabajo durante más de 6 meses.

Hacer saludables las condiciones de trabajo de aquellos que sufren alguna enfermedad



«El agotamiento podría verse como una reacción normal a un contexto patológico».

Consejo Superior de Salud de Bélgica,
dictamen sobre agotamiento y trabajo, 2017

Algo debe cambiar radicalmente en la forma de pensar sobre el trabajo y la salud. No es normal que la gente termine su carrera profesional con una discapacidad o una enfermedad de larga duración. Las personas tienen derecho a salir de la empresa, a la que entregan los mejores años de su vida, tan sanas por la noche como cuando entran por la puerta por la mañana. Esto puede conseguirse haciendo recaer la responsabilidad de la salud de los trabajadores en la empresa.

La política de los últimos años ha ido justamente en dirección contraria: siempre que se menciona el aumento del número de enfermos de larga duración, se señala directamente a los trabajadores enfermos. Cualquier persona que caiga enferma debe seguir un plan de reincorporación. Este proceso incluye una serie de cuestionarios que a veces hacen sentir aún más enfermo a quien ya lo está.²⁴ En la práctica, la reincorporación es una excepción. Los empleadores tienen la responsabilidad de proporcionarles un trabajo adecuado, pero esto apenas se controla. Al final de este proceso, sencillamente se despide a dos de cada tres trabajadores.²⁵

Hay que invertir la lógica actual. Siempre que el trabajo haga enfermar a las personas, hay que abordar las condiciones laborales. Así pues, cada caso de agotamiento o RSI (trastornos musculoesqueléticos) debe considerarse una señal de que otros trabajadores también están en riesgo de sufrirlos. En lugar de centrarnos únicamente en una recuperación rápida (y en la vuelta al trabajo) del enfermo, debemos prestar más atención a la responsabilidad del empleador. De este modo, evitamos que los compañeros del enfermo (de larga duración) lleguen a enfermar también. Se trata de llegar a la raíz del problema, en lugar de limitarse a tratar los síntomas.

Tomar medidas concretas sería ya un gran paso hacia delante:

- **Hay que reconocer que los verdaderos expertos en condiciones laborales saludables son los propios trabajadores.** Podemos darles más protagonismo a través de la democratización de los comités de prevención y protección laboral. Los representantes de los trabajadores deben estar en el centro de este proceso y contar con el tiempo y los recursos necesarios para estudiar y mejorar las condiciones laborales. En lugar de limitarse a dar consejos no vinculantes, deberían tener más poder de decisión dentro de la empresa.
- **Hay que hacer a los empresarios responsables económicos de los trabajadores que caen enfermos.** Deberían pagar salarios garantizados durante, al menos, dos meses. Esta idea ya se propuso en dos ocasiones en el acuerdo del Gobierno federal, y en cada una de ellas la organización patronal belga FEB consiguió hacer cambiar de opinión al Ejecutivo. Las empresas deben contribuir a los ingresos de los empleados enfermos de larga duración durante un periodo de tiempo más largo. En algunos países vecinos, esto ya es así,²⁶ lo que supone un incentivo para ofrecer condiciones de trabajo y empleos adecuados para la reincorporación.
- **Ayudar a las personas a trabajar sin llegar a coaccionarlas.** Los planes de reincorporación ya no deben ir unidos a los despidos. Los empresarios deberían estar obligados a proporcionar un determinado porcentaje de puestos de trabajo adaptados para las personas enfermas. Los pacientes de larga duración deben poder elegir un lugar de trabajo adecuado, tras consultarlo con el médico de la empresa y los representantes de los comités para la prevención y la protección laboral (CCPT).
- **Es necesario motivar a los empresarios para que se comprometan con la prevención.** El agotamiento debe ser reconocido como una enfermedad profesional y debe mejorarse también el diagnóstico de otras enfermedades para que las empresas se hagan responsables de su prevención. Asimismo, las prestaciones por enfermedades profesionales deberían alcanzar al menos el nivel de las medias de otros países europeos, gracias a las contribuciones de los empresarios.

Un problema estructural requiere soluciones estructurales, tanto a nivel empresarial como de la sociedad. Tenemos la oportunidad de hacer que el trabajo vuelva a ser saludable. Hay muchos jóvenes que buscan trabajo, así que ¿por qué hacer que la gente trabaje todavía más tiempo? La carga de trabajo debería reducirse considerablemente. Una reducción colectiva del tiempo de trabajo mediante la introducción de la semana de 30 horas es una respuesta concreta a la epidemia de horas extras y a la sobrecarga de los horarios. Con la pensión completa a los 65 años, la jubilación anticipada a los 60 y los acuerdos de fin de carrera profesional a partir de los 55 años, nos aseguramos de que los trabajadores mayores puedan seguir trabajando.

El ejemplo concreto del agotamiento muestra la elección a la que nos enfrentamos. En su dictamen sobre el agotamiento y el trabajo, el Conseil supérieur de la santé (Consejo Superior de Salud de Bélgica) subraya, al igual que muchos otros, que las causas y las soluciones a las enfermedades relacionadas con el trabajo ya no pueden buscarse a nivel individual.

CPPT: comité para la prevención y la protección laboral. El comité está formado por representantes del empleador y delegados sindicales elegidos por los trabajadores de la empresa.

Por el contrario: «El agotamiento puede verse como una reacción (normal) a un contexto patológico. (...) La prevención o el tratamiento del agotamiento deben incluir, en efecto, un cambio del modelo de sociedad, en lugar de basarse únicamente en soluciones adaptativas, o en la medicación o la psicologización».²⁸



¿En qué medida el estado de salud de los trabajadores de 55 a 67 años sigue siendo adecuado para trabajar?

Nos hicimos esta pregunta en Médecine pour le Peuple en el período previo a la gran manifestación por las pensiones en mayo de 2018, cuando decenas de miles de personas salieron a la calle para protestar contra la reforma de las pensiones prevista por el gobierno de coalición. La coalición, conocida como la «Suédoise», quería implantar un sistema de puntos, en el que todos trabajaríamos más tiempo a cambio de una pensión más baja. Cada día vemos en la práctica que la salud de muchas personas simplemente no les permite trabajar hasta la edad legal de jubilación y, mucho menos, hasta los 67 años. Apoyamos la lucha social de los sindicatos y queríamos respaldarla con datos concretos. Hemos realizado una encuesta a más de 3000 pacientes. Esta demuestra que, a partir de los 55 años, una cuarta parte de los trabajadores ya están totalmente incapacitados para trabajar. Otra cuarta parte está parcialmente incapacitada por motivos de salud y, por tanto, necesita un trabajo adaptado a sus condiciones. A los 65 años, uno de cada dos trabajadores está totalmente incapacitado para trabajar. Nuestro estudio muestra que trabajar más tiempo, con o sin trabajo adaptado, no es una opción para una gran parte de los trabajadores. Mediante la lucha social, dos grandes manifestaciones y numerosas acciones locales, el pueblo consiguió hacer retroceder al Gobierno. La pensión por puntos, reducida a cenizas, ha desaparecido de la mesa del Gobierno.²³

Karel Van Bever

médico de MPLP de Zelzate



2.2 Un sistema que contamina

Innumerables patógenos en el suelo, el agua y el aire

Es imposible abrir un periódico sin leer un artículo sobre los patógenos liberados en nuestro suelo, agua o aire, y que suponen una amenaza para la salud pública. Es suficiente con pensar en los habitantes de Zwijndrecht o Linkeroever que viven cerca de la planta química de 3M. A finales de octubre de 2021, se comunicó a 800 de ellos que tenían niveles de PFOS demasiado

altos en la sangre. Se trata de una sustancia química no degradable, potencialmente cancerígena y que altera el sistema inmunitario. En Moretusburg, el barrio de Hoboken cercano a la planta siderúrgica de Umicore, se han encontrado niveles excesivamente altos de plomo en la sangre de los trabajadores y los niños de la zona. Cerca de Mons se ha observado la contaminación procedente de las «trituradoras de metales», que son las mayores emisoras de PCB de Europa, unas sustancias tóxicas y difíciles de degradar que se acumulan en los tejidos grasos. Son solo unos ejemplos concretos de multinacionales que solo se preocupan por sus beneficios a corto plazo, en detrimento de la salud de sus trabajadores, de los habitantes que viven cerca de sus instalaciones y del planeta.

Primer ejemplo. La contaminación atmosférica es una amenaza para la salud pública a escala mundial.

La cantidad de agentes contaminantes en el aire, como las partículas finas, el dióxido de nitrógeno o el dióxido de carbono, es tan elevada que la Organización Mundial de la Salud la califica como «emergencia de salud pública». La contaminación del aire por la quema de petróleo, carbón y otros combustibles fósiles causó 8,7 millones de muertes en el año 2018.²⁹

La contaminación atmosférica es también uno de los factores que aumentan la desigualdad social. En Bruselas se ha analizado recientemente la calidad del aire en los diferentes barrios y se ha comprobado que el aire de los barrios pobres está entre cuatro y cinco veces más contaminado que el de los ricos. El mapa de la contaminación atmosférica puede superponerse de forma casi idéntica al mapa del contexto económico de cada barrio.³⁰

Segundo ejemplo. El cambio climático, código rojo para un futuro saludable

Las devastadoras inundaciones del valle del Vesdre durante el verano de 2021 han puesto de manifiesto las consecuencias del cambio climático. Decenas de personas murieron, miles de casas fueron destruidas y comunidades enteras tuvieron que ser desalojadas.³¹ La emisión masiva de CO₂ desde la revolución industrial, principalmente a través del consumo de combustibles fósiles, es la responsable del calentamiento del planeta. En todo el mundo, las personas sienten cada vez más los efectos sobre su salud.³² La revista médica The Lancet ha calificado el cambio climático como la amenaza más importante para la salud pública del siglo XXI.³³

Pero el cambio climático tampoco afecta a todos de la misma manera. Por un lado, porque un pequeño grupo es el responsable del problema. En Bélgica, cinco multinacionales emiten la misma cantidad que casi todos los hogares juntos.³⁴ A escala mundial, un centenar de multinacionales son responsables de casi tres cuartas partes de las emisiones hasta la fecha. Por otro lado, es la gente más humilde la que sufre las consecuencias. Desde los trabajadores que se instalaron en las orillas de los ríos siguiendo la estela de las industrias y que ahora son las primeras víctimas de las inundaciones, hasta los agricultores y trabajadores del sur que tienen que huir de las sequías o las inundaciones.

Cambiar el sistema, no el clima



«Entre el clima y el sistema capitalista, la guerra se desata».

Naomi Klein, periodista y activista canadiense, autora de
Esto lo cambia todo : capitalismo contra el clima



«Es absolutamente necesario actuar con mayor rapidez y poner la salud de las personas y del planeta ante todo»³⁵. Este es el convincente consejo de los científicos. Pero eso requiere un cambio sistémico, puesto que la crisis climática es una crisis sistémica, una crisis del propio capitalismo, como demuestra detalladamente Naomi Klein en su libro *Tout peut changer*. Ciertamente, la tecnología no es un obstáculo para la transición ecológica radical que se necesita hoy en día. La tecnología para conseguir que nuestra sociedad sea climáticamente neutra existe o está en vías de desarrollo.

Hoy podemos producir de forma perfectamente limpia sin perjudicar la salud de los trabajadores, los alrededores o el planeta. Pero esto requiere inversión, y el capitalismo se rige por la férrea norma de conseguir el mayor beneficio posible siempre. Los accionistas y los directores generales de las grandes multinacionales son los que tienen el mando. Siempre eligen lo que les resulta más rentable a corto plazo, sin tener en cuenta los intereses a largo plazo de la población mundial o del clima. Si la última gota de petróleo da suficiente dinero, las multinacionales no dudarán en extraerlo. Pero, como escribe Naomi Klein: «se pueden cambiar las leyes de un sistema económico, no las de la naturaleza».

2.3 Un sistema que deja los servicios públicos en manos del mercado

La vivienda, la alimentación, la calefacción, encontrar una plaza en una guardería a un precio razonable, poder hacer deporte, ir de vacaciones, vivir en un barrio agradable con muchos espacios verdes... Son cosas fundamentales en nuestra vida diaria y sumamente importantes para nuestra salud física y mental. Por lo tanto, también es justo que, como sociedad, nos aseguremos de que estén al alcance de todos. En eso precisamente consisten nuestros servicios públicos.

Pero la triste realidad es que cada vez se ahorra más en estos servicios públicos. La población está cada vez más en manos de los caprichos del libre mercado, con el resultado de que todo es cada vez más caro y la calidad se deteriora de forma constante.

A través de sus severas políticas de austeridad, los políticos han preparado el camino para la privatización de los servicios públicos. El científico y pensador político estadounidense Noam Chomsky describió esta técnica de una forma muy clara: «Cuando los políticos quieren privatizar un sector, primero se aseguran de que reciba menos recursos. El resultado es una menor calidad y unos usuarios insatisfechos, tras lo cual los mismos políticos afirman que la privatización es la única solución».

La evolución descrita por Chomsky puede observarse en diversos ámbitos. El acceso a los derechos sociales ya no está garantizado por unos servicios públicos fuertes, sino que se deja cada vez más al azar de las leyes de la oferta y la demanda en un mercado privado. La salud se está convirtiendo en un producto más en el mercado, pero también lo es nuestro derecho a la vivienda, al transporte, a la energía, a una alimentación saludable, etc.





La austeridad mata



«El coste de la política de austeridad se calcula en vidas humanas».

David Stuckler, profesor de Salud pública y Política del Reino Unido

Las políticas de austeridad aplicadas tras la crisis financiera de 2008 han pasado factura. Después de arrojar miles de millones de dólares en los pozos sin fondo excavados por los propios bancos y las instituciones financieras, los Gobiernos han reclamado ese dinero a los ciudadanos. Se han recortado los servicios públicos en todas partes y también se ha reducido la protección social, con un gran impacto real en la salud de la población. En Grecia, un país que ha sido una especie de funesto laboratorio de las políticas de austeridad, el presupuesto de la sanidad se ha reducido a la mitad.

Por ello, uno de cada tres pacientes oncológicos no tiene dinero para ir al médico con regularidad. En el resto del mundo las consecuencias también son desastrosas. En Europa y Norteamérica las políticas de austeridad han provocado más de diez mil suicidios y hasta un millón de depresiones más. Perder el trabajo, incluso la casa, y tener además una deuda enorme... Este drama cala en la piel, literal y figuradamente, y provoca graves problemas de salud. «Si la política europea de ahorro formara parte de un ensayo clínico, este se detendría de inmediato». Esta es la conclusión a la que llegó el investigador David Stuckler. «Las pruebas de sus efectos secundarios mortales son abrumadoras. (...) Una recesión duele, pero estas economías matan».³⁶

Primer ejemplo. Hogar, dulce hogar... El imposible derecho a la vivienda.

El derecho a la vivienda puede estar consagrado en la Constitución, pero encontrar una vivienda digna y asequible se está convirtiendo cada vez más en una misión imposible. ¿Y eso por qué? El derecho a la vivienda se deja en manos del mercado y depende de la relación entre la oferta y la demanda. Es el sector privado, normalmente los grandes grupos inmobiliarios y los grandes rentistas, el que decide qué casas se construyen y a qué precio se puede vivir en ellas. Y todo ello con el único objetivo de obtener el mayor beneficio posible. Así, las familias no viven en un lugar determinado en función de sus necesidades, sino de su poder adquisitivo, y los poderes públicos no hacen casi nada al respecto. Cada vez se construyen menos viviendas públicas o sociales y las que existen suelen estar en mal estado, sobre todo en lo que al aislamiento se refiere, por lo que cada vez más personas se ven obligadas a elegir: eligen una vivienda deficiente³⁷ o gastan una parte excesiva de sus ingresos en la misma, lo que finalmente les lleva a endeudarse o les impide realizar otros gastos, a veces esenciales.



Viviendas en mal estado

Una paciente acude regularmente a nuestra consulta con problemas dermatológicos, que también afectan a su marido y a sus hijos. Cuando buscamos las causas de los mismos, llegamos rápidamente a la conclusión de que se debían a las condiciones de la vivienda. Vive en un piso de un gran bloque de viviendas sociales, en el que residen más de cincuenta familias. Vamos a ese lugar con nuestro equipo y allí vemos problemas de humedad en las paredes, especialmente en los dormitorios. El agua gotea por una pared y hay rastros de humedad justo al lado de la cama de su hijo de 14 años. En el otro dormitorio, la cama de su hijo de 1 año y 2 meses se encuentra justo debajo de una enorme mancha de moho. La familia hace todo lo posible para mantener la casa en buen estado y que desaparezcan las humedades: limpian, ventilan y repintan las paredes, pero nada ayuda.

El Ayuntamiento es consciente de esta situación, pero no toma medidas. Lo que es peor, les dice a los que allí viven que es su propia culpa, puesto que no ventilan lo suficiente. El edificio va a ser demolido, pero nadie parece saber cuándo sucederá. Mientras tanto, las familias siguen viviendo en condiciones indignas que pueden suponer un riesgo para su salud. Junto con nuestro equipo decidimos analizar el moho y comprobar si existe una relación con los problemas cutáneos de la familia. Nuestra trabajadora social también se puso en contacto con otros pacientes que viven en el mismo edificio y se unieron varias familias más. Seguidamente, se les pidió a todos los vecinos que rellenasen una encuesta para identificar los problemas. Así, de forma lenta pero segura, se creó un colectivo que exigió al Ayuntamiento la realización de las obras necesarias.

Patricia Polanco

coordinadora de MPLP de Molenbeek



Segundo ejemplo: la comida poco saludable.

El acceso a alimentos saludables es uno de los determinantes sociales más importantes para la salud.

Una dieta saludable es esencial para tener una buena salud y ayuda a prevenir enfermedades no transmisibles como la diabetes, el cáncer, las enfermedades cardíacas y los derrames cerebrales. Sin embargo, la realidad en Bélgica no es muy halagüeña. La dieta belga se caracteriza por un consumo excesivo de carne roja, carne procesada y bebidas azucaradas, así como por un consumo insuficiente de frutas, verduras, frutos secos y semillas, leche, huevos y pescado.

En 2018, solo el 12,7 % de la población mayor de seis años consumió la cantidad diaria recomendada de frutas y verduras (que es de al menos cinco raciones). Y el 20,4 % de la población tomaba bebidas azucaradas a diario.³⁸

En la actualidad, la forma de comer ha cambiado significativamente en las últimas décadas, y esta evolución coincide con la comercialización de la agricultura y el mercado alimentario.

Toda la producción de alimentos –desde la agricultura hasta la comercialización– está cada vez más bajo el control de las mismas multinacionales industriales.³⁹ La producción de alimentos se ha convertido en parte de la lucha competitiva internacional. En esta lucha, las normas son muy sencillas: el que proporciona el producto más barato y más vendido gana. Pero el producto que más se vende no es necesariamente el más saludable. Además, los alimentos saludables suelen ser caros y poco accesibles. De ahí las principales diferencias sociales en los hábitos alimentarios. Entre los hombres y las mujeres con estudios superiores, el número de personas que comen suficiente fruta y verdura es tres veces superior que entre aquellos que tienen el nivel educativo más bajo.

Obtener beneficios no va unido con garantizar la salud

El marketing de la industria alimentaria es una de las principales razones por las que ha surgido un nuevo campo de investigación en el ámbito de los determinantes sociales de la salud: los determinantes comerciales de la salud. De hecho, es evidente que los intereses comerciales de las grandes multinacionales tienen un impacto cada vez mayor en la propia salud pública. Son ellos los que imponen a las personas patrones de alimentación basados en alimentos poco saludables y procesados, y también los que especulan con el mercado inmobiliario y hacen subir los precios. Cada vez se reconoce en mayor medida la necesidad de poner nombre a este impacto en la salud.

Sin embargo, muchos políticos siguen defendiendo la privatización de todavía más servicios públicos. El suministro de agua, el servicio de trenes y autobuses... Aunque los ejemplos extranjeros suelen dejar bastante claro que no es una buena idea. En nuestra economía capitalista, los inversores siempre buscarán nuevos mercados para aumentar sus márgenes de beneficio individuales. En otras palabras, la protección de nuestros servicios públicos es una importante batalla para garantizar el derecho a la salud.

2.4 Un sistema que enfrente a las personas entre sí

La discriminación nos pone enfermos

En nuestros centros médicos vemos a menudo personas que enferman no por el aumento de la carga de trabajo o los efectos nocivos de la contaminación ambiental, sino porque se enfrentan a la discriminación. La discriminación sigue estando muy presente en nuestra sociedad en muchos aspectos. Y esto tiene un gran impacto en la salud física y mental.

Primer ejemplo. La brecha sanitaria entre mujeres y hombres

En el sector sanitario, en las consultas vemos casi a diario a mujeres víctimas del sexismo, la violencia sexual, los comportamientos transgresores, la violencia doméstica e innumerables formas de desigualdad y discriminación. Una de cada tres mujeres del mundo sufrirá violencia



sexual a lo largo de su vida. Se calcula que 100 mujeres sufren una violación en Bélgica cada día. Sin embargo, solo se denuncian ocho de todos esos casos. Las organizaciones de mujeres llevan años dando la voz de alarma, ya que nuestro Gobierno sigue sin hacer nada a pesar de la magnitud del problema.⁴⁰ ¿Y cuál es el resultado? La violencia puede continuar. En 2021, las organizaciones feministas contabilizaron 21 feminicidios en todo el año..

La violencia y el comportamiento transgresor no son la única causa de las desigualdades sanitarias que existen entre mujeres y hombres. La injusticia está sumamente arraigada en nuestra sociedad. También se observa que el número de enfermos de larga duración aumenta dos veces más rápido en las mujeres que en los hombres. De hecho, las mujeres siguen teniendo que realizar la gran mayoría de las tareas domésticas y, por tanto, están mucho más expuestas a la «vida sin frenos». Y, para colmo, en proporción, las mujeres siguen sufriendo muchas más situaciones de empleo precario que los hombres. Horario flexible, contratos temporales... La brecha salarial entre hombres y mujeres es del 22,3 %, y la pensión media de las mujeres en el país es tristemente baja.⁴¹ Una de cada dos mujeres pensionistas vive con unos ingresos por debajo del umbral de la pobreza.

¿Y qué pasa con la propia asistencia sanitaria? Es probable que el personal sanitario siga prestando demasiada poca atención a las consecuencias para la salud que esta discriminación estructural de género tiene en nuestra sociedad. En las mujeres, por ejemplo, los derrames cerebrales y la insuficiencia cardíaca son mortales con mayor frecuencia.⁴² De hecho, los mismos síntomas no se tratan de igual manera: si una mujer sufre una sensación de opresión en el pecho, se le recetan más analgésicos o ansiolíticos, mientras que a un hombre se le remite con mayor asiduidad a un cardiólogo.

Segundo ejemplo. Racismo y salud

Los estudios científicos demuestran que la discriminación por motivos de nacionalidad, origen o color de piel es una de las causas para sufrir depresión, ansiedad y estrés psicológico.

| Feminicidio: matar a una mujer por el mero hecho de ser mujer.

La discriminación también conlleva un mayor riesgo de sufrir hipertensión arterial y obesidad, enfermedades cardiovasculares e, incluso, cáncer de mama y una mortalidad prematura.⁴³ Cuando una persona se enfrenta al racismo de forma habitual, se encuentra bajo un estrés constante, esperando con ansiedad la próxima vez que va a volver a ser víctima del racismo. Las víctimas del racismo también suelen interiorizar sentimientos negativos de opresión e inferioridad. La influencia de los determinantes sociales en la salud de las personas de origen inmigrante también desempeña un papel fundamental en este sentido: es más probable que elijan una formación profesional o de educación especial, y que sufran una mayor exclusión en el mercado del alquiler privado o en el mercado laboral. Estas decisiones les dificultan el acceso a un empleo de calidad y decente o a una vivienda que no ponga en riesgo su propia salud.



«¿Tal vez me merezca recibir estos comentarios racistas?»

Un chico joven viene a verme a la consulta. Después de dudar durante mucho tiempo, por fin reconoce que quiere ver a un psicólogo. Suele estar tenso, se enfada con facilidad, duerme mal y se encierra en sí mismo. Titubeando, habla sobre sus problemas en el trabajo. Tiene un buen trabajo, podría decirse que es el trabajo con el que siempre había soñado. Sin embargo, no está contento con los constantes comentarios racistas que le hacen sus compañeros. Se pregunta si no será su propia culpa. «¿Puede que esté exagerando?». «¿Puede que me lo merezca?».

Primero, buscamos juntos formas de reducir su estrés. Pero, en nuestras charlas, también tenemos en cuenta los factores sociales que le afectan. Hablamos de los mecanismos del racismo estructural y de los daños que provoca, de su impacto en los circuitos de estrés, la imagen de sí mismo y la confianza en los demás, de la legislación antidiscriminatoria existente y de las posibilidades de poder presentar una denuncia. Poco a poco, veo que este hombre vuelve a florecer. Su historia forma parte de un contexto mucho más amplio. Por fin se da cuenta de que no está solo, que no es su culpa. Su incertidumbre deja paso a la determinación. Por último, juntos, nos ponemos en contacto con la UNIA (la sucesora del Centro para la Igualdad de Oportunidades y la Oposición al Racismo de Bélgica). También prometo invitarle a la próxima manifestación contra el racismo que se vaya a celebrar.

A menudo, no es el propio individuo el que está enfermo, sino que es la sociedad la que necesita una cura. El impacto del entorno socioeconómico se descuida con demasiada frecuencia en el terreno de la psicología. Esta disciplina se centra en la capacidad de las personas para afrontar el estrés o los problemas (es necesario pensar en conceptos como las estrategias de afrontamiento, la resiliencia, etc.). En otras palabras, es el individuo quien tiene la culpa. Sin embargo, está sobradamente documentado que el entorno desempeña un papel fundamental en el desarrollo de los problemas psicológicos.

Rody Verhage
psicólogo de MPLP de Hoboken



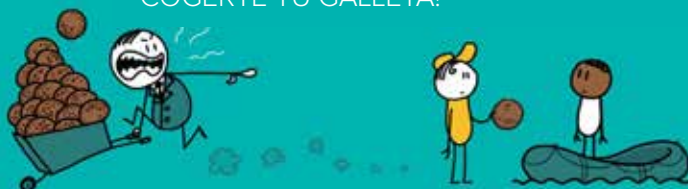


Divide y vencerás

En nuestra sociedad, la división y la discriminación tienen dos causas fundamentalmente. Por un lado, la discriminación tiene su origen en el afán de lucro de las empresas. Les conviene que entre los trabajadores haya también ciudadanos de segunda y tercera. Sin esta división entre los trabajadores, no habría «empleos basura». Y estos empleos mal pagados e hiperflexibles son tremendamente importantes para llevar sus beneficios al máximo.

ES EL CUENTO DE UN **BANQUERO**, UN **TRABAJADOR** Y UN **REFUGIADO** QUE ESTÁN FRENTE A VEINTE GALLETAS. **EL BANQUERO TOMA 19 GALLETAS** Y AVISA AL TRABAJADOR

«**CUIDADO !** QUE EL REFUGIADO VA A COGERTE TU GALLETA!»



NO TE EQUIVOQUES DE **ENEMIGO**

geneeskunde
voor het volk
médecine
pour le peuple

Por otro lado, la clase dominante también saca rédito del hecho de que la clase trabajadora esté dividida. Mientras nos peleemos entre nosotros y veamos al prójimo como la causa de nuestros problemas sociales, no miraremos a los que están en la cima de nuestra sociedad y que son los que acumulan la riqueza. La clase dominante quiere impedir que la clase obrera se organice como una sola para defender, todos unidos, sus derechos sociales. Por separado, los dedos son frágiles, pero unidos, forman un puño. Y por eso precisamente intentan enfrentarnos los unos a los otros.

3. Otra sociedad es posible



*«Otro mundo no es solo posible, sino que está en camino.
En un día tranquilo puedo escuchar su respiración».*

Arundhati Roy, escritora y activista india

Comenzamos este capítulo con la observación de que, a menudo, curamos a las personas solo para devolverlas a las condiciones que las enfermaron. Estas condiciones tienen su origen en el sistema económico que domina nuestra sociedad: el capitalismo. En este sistema, se explota a las personas y la naturaleza para obtener beneficios. Además, este sistema dismantela cada vez más nuestros servicios públicos en función del mercado y también enfrenta a los ciudadanos entre sí. En estas condiciones, es imposible garantizar el derecho a la salud para todo el mundo. Esto solo se puede conseguir dentro de una sociedad sana.

Una sociedad sana significa que la salud siempre es lo primero. Que la salud siempre tenga prioridad sobre el beneficio, ya sea con respecto a una buena vivienda, una alimentación saludable, un trabajo digno u otros determinantes sociales. Los especialistas en salud y prevención lo llaman el enfoque «Health in All Policies»⁴⁴ (salud en todas las políticas): los Gobiernos deben dar prioridad a nuestra salud en todos los ámbitos políticos. Según el análisis realizado anteriormente en este capítulo, es imposible llegar a esto dentro del sistema capitalista actual.

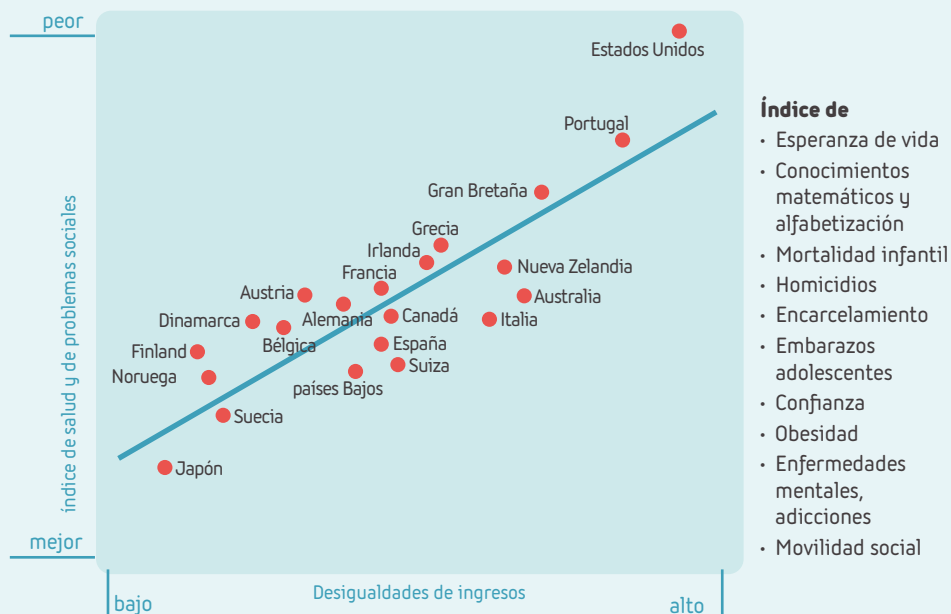
Otro sistema es posible. En el socialismo, los propios trabajadores son los que toman la iniciativa e importantes sectores de la economía pasan a estar en manos de la sociedad en general. La economía ya no está determinada por la competencia y la búsqueda eterna de beneficios, sino por las necesidades de la población y la capacidad de la tierra. Las personas son lo primero, no los beneficios. De este modo podemos garantizar los derechos fundamentales de todas las personas.



La igualdad es beneficiosa para la salud

Con base en un gran número de pruebas científicas, los epidemiólogos sociales británicos Richard Wilkinson y Kate Pickett han podido demostrar en su exitoso libro *The Spirit Level* (El nivel del espíritu) cómo la desigualdad social provoca literalmente que una sociedad enferme. Cuanto mayor sea la desigualdad de ingresos en una sociedad, mayor será el riesgo de sufrir una serie de problemas sanitarios y sociales. En una sociedad desigual, la esperanza de vida es menor, hay una mayor mortalidad infantil y más problemas de salud mental, aumenta el consumo de drogas y los índices de obesidad crecen. Por ejemplo, en un país como Japón, menos de una de cada diez personas sufre problemas de salud mental; en una sociedad muy desigual como la estadounidense, la cifra es de una de cada cuatro personas. Las sociedades desiguales también se enfrentan a más violencia, proporcionalmente llevan a prisión a más personas, experimentan niveles más bajos de confianza mutua y tienen una vida comunitaria menos intensa. Los más pobres no son las únicas víctimas: todos los estratos sociales de la población sufren un alto grado de desigualdad.⁴⁵

Los problemas sociales y sanitarios son más graves en los países más desiguales



Fuente: Wilkinson R. and Pickett K., "The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better.", 5 March 2009. (<https://equalitytrust.org.uk/resources/the-spirit-level>)

La elección de una sociedad diferente, el socialismo, es la base de la colaboración entre Médecine pour le Peuple y el PTB. El PTB reúne a personas de todos los ámbitos de la población que quieren trabajar para lograr ese cambio de paradigma. La propuesta del partido para conseguir un socialismo 2.0 describe concretamente cómo podría ser esa alternativa socialista en la Europa contemporánea del siglo XXI y cómo se puede llevar a cabo esa gran revolución.⁴⁶

Si queremos cambiar nuestro sistema económico desde la raíz, es esencial que la lucha de la clase obrera tenga un papel central en la batalla por conseguir una sociedad diferente. Pero para que este cambio sea posible, es crucial contar con una amplia unidad de todos los movimientos progresistas que conviven en nuestra sociedad. El trabajo y la salud son, por tanto, un tema prioritario para Médecine pour le Peuple. Al mismo tiempo, nuestros centros médicos y nuestro personal se muestran activos en otros muchos temas, desde el medio ambiente hasta la vivienda, el racismo y el sexismo. Nuestro objetivo es, con cada pequeño paso, acercarnos cada vez más a ese otro mundo.



Notas

- 1 Michael Marmot fue presidente de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). CDSS, «Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health – Final report of the commission on social determinants of health», OMS, agosto de 2008.
- 2 Göran Dahlgren y Margaret Whitehead, «The Dahlgren-Whitehead Model of Health Determinants: 30 Years on and Still Chasing Rainbows», Public Health, octubre de 2021.
- 3 Estas cifras proceden de A. Sengupta et al., «The Dahlgren-Whitehead Model of Health Determinants: 30 Years on and Still Chasing Rainbows», Public Health, octubre de 2021.
- 4 El doctorado de la historiadora de Gante Isabelle Devos abordó la evolución de la enfermedad y la mortalidad en el país durante los siglos XVIII o XX, y los mecanismos subyacentes que desempeñaron un papel en las mismas. I. Devos, «Allemaal beestjes. Mortaliteit en morbiditeit in Vlaanderen, 18de-20ste eeuw», Universidad de Gante, 2006.
- 5 Sanitarias Mundiales, mayo de 2016; Observatorio de desigualdades, «Las desigualdades en la esperanza de vida en todo el mundo se están reduciendo», marzo de 2018.
- 6 «Hier leven Belgen het langst», De Standaard, julio de 2015.
- 7 Conclusiones de la Oficina Federal de Planificación belga, que, a petición del Gobierno, analiza cada año una serie de parámetros para determinar la calidad de vida en el país. «Financiële crisis hakte in op gezondheid Belg», De Standaard, 6 de febrero de 2020.
- 8 Un estudio del demógrafo Patrick Deboosere (VUB) ha demostrado las desigualdades entre hombres y mujeres y entre aquellos que están escolarizados y los que no. F. Renard et al., «Evolution of educational inequalities in life and health expectancies at 25 years in Belgium between 2001 and 2011: a census-based study», Archives of Public Health, 2019.
- 9 World Inequality Report 2018 recogido en el informe de Oxfam «The inequality virus».
- 10 Según un informe de 2006 de la London School of Economics, uno de cada seis británicos sufre una depresión crónica o un trastorno de ansiedad, W. Van Driessche, «Stress is de stoflong van de 21e eeuw», De Tijd, 2014.
- 11 R. Horton, «Offline: Medicine and Marx», The Lancet, noviembre de 2017.
- 12 El reconocido marxista, biólogo y profesor de Salud Pública de Harvard, Richard Levins, ha comentado la importancia de esta cuestión: «La literatura científica demuestra que los pobres y los oprimidos son más vulnerables a casi todos los riesgos de enfermedad. Los investigadores señalan las diferencias de ingresos, el nivel educativo de las madres e, incluso, el estatus socioeconómico. Pero no hablan de las clases sociales. Sin embargo, la clase social es el mejor indicador cuando se trata de la esperanza de vida, la discapacidad en la vejez o la frecuencia de los infartos». Fuente: www.monthlyreview.org/2000/09/01/is-capitalism-a-disease/
- 13 Los facultativos de MC preguntaron a los trabajadores cuál era, en su opinión, la causa de las bajas laborales. Más de la mitad de los 4350 encuestados respondieron que su enfermedad se debía en parte a las condiciones laborales: alta presión laboral, trabajo físicamente exigente, malas relaciones con los superiores. Para más información, véase MC-informations 284, «Incapacité de travail. Trajets de l'incapacité de travail : l'expérience des personnes avant, pendant et après leur incapacité» (Incapacidad laboral. Los caminos de la incapacidad laboral: la experiencia de personas antes, durante y después de su incapacidad), junio de 2021.
- 14 Basado en varios informes de Eurofound: www.eurofound.europa.eu/publications/report/2012/working-conditions/trends-in-job-quality-in-europe en www.eurofound
- 15 Trabajo de final de carrera de la asistente de medicina general Aïcha Van Haeren y Liesbeth Veelaert. Publicado en Huisarts Nu www.huisartsnu.be/2018/nr4/masterthesis/waarom-stijgt-het-aantal-langdurig-zieke-werknemers-focusgroepenonderzoek
- 16 El informe completo se encuentra en la página web de la FGVB, dosieres de prensa, 2018.
- 17 Trabajo de final de carrera de la médica de cabecera en formación Heleen Aerts, «Gezondheidseffecten van werken met een niet-vast contract. Een bespreking van de literatuur en ervaringen van patiënten, KU Leuven», 2015.
- 18 Trabajo de final de carrera de los médicos de cabecera en formación Susan van der Wielen y Filip Vanderroost, KU Leuven, 2011
- 19 En abril de 2021, la revista de activistas de la CSC, Vakbeweging, publicó un informe titulado «Bien-être mental au travail : danser sur une corde lâche !» (Bienestar mental en el trabajo: caminar sobre la cuerda floja). Las cifras muestran que el número de personas que sufren estrés, agotamiento, acoso o violencia ha aumentado de forma exponencial en los últimos años. En 2019, uno de cada tres trabajadores (36,8 %) en Flandes tenía un nivel de estrés problemático en el trabajo. En 2012 esta cifra era del 30 %.
- 20 K. Sokol, «Psycholoog Paul Verhaeghe aan vooravond van pensioen: Oorzaak psychische problemen verschoven van gezin naar werkvloer», VRT NWS, septiembre de 2021.
- 21 FEDRIS, «Rapport statistique 2019 – Maladies professionnelles» (Informe estadístico 2019. Enfermedades relacionadas con el trabajo), 2020; FEDRIS, «Rapport statistique 2020 – Accidents du travail – Secteur privé» (Informe estadístico 2020. Accidentes laborales. Sector privado), 2021.
- 22 De las cifras que el PTB solicitó al ONEM y al INAMI se desprende que, entre 2012 y 2019, el número de prejubilados disminuyó en 57 984 personas, pero que en el mismo periodo el número de enfermos de larga duración aumentó exactamente en 73 688 personas (mayores de 55 años) https://www.ptb.be/une_tude_du_ptb_montre_le_lien_entre_l_augmentation_des_malades_de_longue_dur_e_et_la_casse_des_pr_pensions
- 23 En 2020, cuando quedó claro que el gobierno federal (Vivaldi) estaba preparando nuevas medidas para hacernos trabajar (todavía) durante más tiempo, realizamos una nueva encuesta a gran escala entre todos nuestros pacientes de entre 55 y 65 años.
El estudio revela que la mitad de los trabajadores no pueden trabajar hasta alcanzar la edad de jubilación y, mucho menos, hasta los 67 años.

- 24 R. Verhage, «Dit is Vivaldi: streng voor de langdurig zieken maar mild voor de bedrijven», De Wereld Morgen, octubre de 2021.
- 25 El médico de la empresa los declara con carácter definitivo como no aptos para el trabajo, por lo que el empresario puede invocar la fuerza mayor médica y deshacerse definitivamente de los trabajadores afectados, sin indemnización por despido y sin respetar los derechos sociales colectivos. Los sindicatos califican estas medidas, y con razón, como «una máquina de hacer despidos». Cifras de la CSC (J. Matyn, «Christelijke vakbond ACV: Twee op de drie werknemers worden na langdurige ziekte ontslagen», VRT NWS, noviembre de 2019), tras haberlas confirmado un estudio de la KU Leuven y la ULB: L. Godderis et al., «Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk», KU Leuven y ULB, octubre de 2020.
- 26 En los Países Bajos, el empresario debe seguir pagando el 70 % del salario del trabajador durante un periodo de al menos dos años.
- 27 Como en Francia, que es del 5 %, por ejemplo.
- 28 Consejo superior de la salud belga, dictamen «Burn-out et travail» (Agotamiento y trabajo), 2017.
- 29 Fuente: <https://www.seas.harvard.edu/news/2021/02/deaths-fossil-fuel-emissions-higher-previously-thought>
- 30 Durante la investigación CurieuzenAir Brussels, se trazó un mapa de la exposición de la población de la ciudad de Bruselas a la contaminación atmosférica. En octubre de 2021, tres mil ciudadanos, escuelas, empresas e instituciones midieron las concentraciones de dióxido de nitrógeno (NO2) en su calle, gracias a un dispositivo de medición colocado en sus fachadas. <https://curieuzenair.brussels.fr/curieuzenair-devoile-une-disparite-notable-des-niveaux-de-pollution-de-lair-a-bruxelles/>
- 31 La presidenta de Médecine pour le Peuple, Janneke Ronse, describió con todo lujo de detalles para el sitio web del PTB las consecuencias médicas de las inundaciones (www.ptb.be/inondations_les_besoins_m_dicaux_restant_lev_s)
- 32 En el artículo «Code red for a healthy future», decenas de investigadores de primera línea explican con gran detalle cómo el cambio climático afecta a la salud. Fuente: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(21\)01787-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(21)01787-6/fulltext)
- 33 Desde 2015 The Lancet publica un informe anual sobre el impacto del cambio climático en la salud pública y ya se han publicado varios artículos al respecto. Estos pueden consultarse en su sitio web www.thelancet.com/countdown-health-climate
- 34 Servicio de estudios del PTB: «5 MULTINATIONALES SONT RESPONSABLES D'UN CINQUIÈME DES ÉMISSIONS DE GAZ À EFFET DE SERRE EN BELGIQUE» (Cinco multinacionales son responsables de una quinta parte de las emisiones de gases de efecto invernadero en Bélgica).
- 35 T. Riley, «Just 100 companies responsible for 71% of global emissions, study says», The Guardian, julio de 2017.
- 36 En su libro The Body Economic: Why Austerity Kills, Stuckler recopila una gran cantidad de datos sobre cómo las políticas de austeridad aplicadas por los Gobiernos occidentales tras la crisis financiera de 2008 han afectado gravemente a la salud de las personas: <https://www.theguardian.com/society/2013/may/15/recessions-hurt-but-austerity-kills>
- 37 En Bélgica, en 2019, el 17 % de las familias vivía en viviendas que no reunían las condiciones adecuadas (con filtraciones de agua en el techo, a lo largo de las paredes, problemas de humedad y moho, etc.). Muchas familias viven hacinadas en casas demasiado pequeñas, mal ubicadas, húmedas y mal aisladas, con las correspondientes consecuencias nefastas para su salud física y mental y su bienestar general.
- 38 Estas cifras proceden de www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/alimentation
- 39 Uno de los médicos jubilados de Médecine pour le Peuple, Staf Henderickx, fue en busca de la historia de los alimentos que hay en nuestro plato. Su libro se llama Van mammoet tot Big Mac. Explica con todo lujo de detalles que toda la cadena alimentaria está en gran parte en manos de multinacionales como Nestlé y Unilever.
- 40 M. De Vries, «Een echt feministisch beleid leunt niet op vrouwen», Knack, marzo de 2022.
- 41 K. De Witte, «Je kan niet applaudisseren voor de helden van deze crisis en ze vervolgens laten werken tot 67», Knack, octubre de 2020.
- 42 Entre estas enfermedades se encuentran la artrosis, la artritis, el dolor lumbar, el dolor de cuello, la enfermedad tiroidea, la incontinencia, las cataratas, las alergias, la migraña, el asma, la depresión, la fatiga prolongada y la osteoporosis. Van der Heyden et al., «Enquête de santé 2018 : Santé et qualité de vie. Résumé des résultats» (Encuesta sobre salud 2018: salud y calidad de vida. Resumen de los resultados), Sciensano, julio de 2019.
- 43 D. R. Williams et al., «Understanding how discrimination can affect health», Health Services Research, octubre de 2019; J. Bouquet, «Racisme, sexisme... : les discriminations peuvent-elles provoquer des maladies ?» (Racismo, sexismo...: ¿pueden las discriminaciones provocar enfermedades?), RTBF, abril de 2021.
- 44 Desarrollado como parte de la Declaración de Adelaida, Organización Mundial de la Salud, 2010.
- 45 En su siguiente libro, titulado The Inner Level, los autores exploran las razones subyacentes por las que la desigualdad hace que las personas enfermen. Aprendemos cómo, en el capitalismo, la competencia entre las personas provoca que enfermen, porque va en contra de la naturaleza esencialmente social del ser humano. Lea por ejemplo: <https://lavamedia.be/fr/quand-linegalite-faconne-notre-identite/>
- 46 Los principios del socialismo 2.0 y la estrategia de cambio están recogidos en los textos del Congrès de la Solidarité (Congreso de la solidaridad) del PTB de 2015:
«Élargir, unir, approfondir» (Ampliar, unir, profundizar). Disponible en https://www.ptb.be/il_etait_une_fois_le_ptb

Capítulo 2

Atención sanitaria



1. La salud como mercancía
2. La salud como derecho fundamental

La salud es algo preciado. Cualquiera que caiga enfermo desea recibir una buena asistencia sanitaria. Nuestra sociedad debe tener la ambición no sólo de curar y cuidar a los enfermos, sino también de mantener a todo el mundo lo más sano posible. Por ello, la prevención, la accesibilidad y la calidad de la atención prestada deben ser una prioridad siempre, en todo contexto.

La sanidad está hoy gravemente enferma, en nuestro país y en el mundo. Los asuntos monetarios ocupan cada vez mayor espacio en detrimento de los aspectos humanos. La lógica capitalista se filtra por todos lados. Luchar por el derecho a la salud significa luchar también por una asistencia sanitaria de mejor calidad y un enfoque más social.

En este capítulo exponemos nuestra visión de la asistencia sanitaria. Primero echaremos la vista atrás para ver la evolución negativa de los últimos años. Defenderemos la solidaridad de nuestra seguridad social frente a la galopante mercantilización. A continuación, daremos un paso más y detallaremos el error sistémico fundamental que afecta a la organización de nuestro sistema sanitario.

Abogaremos por un cambio fundamental: una atención cercana a la gente, partiendo del ámbito local. Mostraremos cómo sería un sistema como ese en la práctica concretamente, desde la labor de prevención hasta la atención hospitalaria. Finalmente, explicaremos por qué es necesario un modelo público-social para alcanzar este resultado.



1. La salud como mercancía

El derecho a la salud es un derecho fundamental, o al menos debería serlo. En efecto, este derecho está cada vez más amenazado, por diversas razones. En esta sección, describiremos brevemente cómo la salud se ha ido convirtiendo gradualmente en una mercancía. Comenzaremos describiendo cómo experimentan los problemas los propios pacientes: facturas elevadas, tiempos de espera, personal saturado... Después pasaremos a explicar cómo los recortes del gasto público están conduciendo a la mercantilización de la asistencia sanitaria. Por último, abordaremos el corazón de todos estos problemas: el error sistémico que afecta a nuestra asistencia sanitaria.

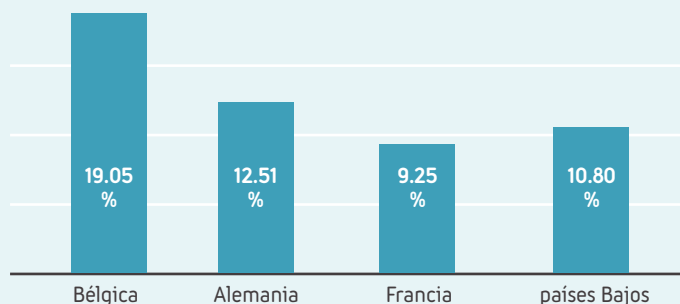
1.1 Cuando lo humano no se sitúa en el centro de la asistencia

De vez en cuando, los periódicos publican información positiva sobre nuestro sistema sanitario, "que está entre los mejores de Europa".¹ De hecho, muchos belgas están muy satisfechos con la calidad de los tratamientos que reciben cuando caen enfermos. La ética profesional de nuestro personal sanitario es encomiable. Este también está bien formado. Pero pregúntele al belga medio si cree que la asistencia sanitaria ha mejorado a lo largo de los últimos diez años y saldrán a la superficie graves problemas. La gente se queja de las elevadas facturas, de los tiempos de espera y de la falta de disponibilidad del personal. ¿Cuál es el hilo conductor? Mientras que el personal sanitario elige esta profesión porque quiere ayudar a las personas, el sistema se centra cada vez más y más en el dinero. A continuación enumeramos algunas transformaciones negativas.

Caro, muy caro, siempre más caro

Los belgas pagan, de su propio bolsillo, alrededor del 20% del coste sanitario, sea directamente sea a través del seguro privado.² Esto significa que la seguridad social no llega a cubrir uno de cada cinco euros. Esta proporción es mucho mayor en Bélgica que en los países vecinos.

Cantidad de gastos personales en el conjunto de la atención sanitaria para Bélgica y los países vecinos, 2018



Fuente: Federal Public Service – Social Security, "The evolution of the social situation and social protection in Belgium 2020", March 2021. (<https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/en/publications/silc/silc-analysis-social-situation-and-protection-belgium-2020-en.pdf>)

Las facturas de los hospitales y los medicamentos representan la mayor parte de los gastos soportados por los pacientes en Bélgica.³ Pagamos un ticket moderador para las consultas y para los medicamentos. Algunos tratamientos, como la psicoterapia y la osteopatía, son escasamente reembolsados, al igual que numerosos medicamentos de uso temporal. En caso de hospitalización, el paciente también asume parte de los costes: el ticket disuasor, el material, los medicamentos y los honorarios suplementarios.

Son estas elevadas facturas hospitalarias las que hacen que hoy casi todos los belgas que pueden permitírselo contraten un seguro hospitalario privado. Pero las compañías de seguros tienen como objetivo obtener beneficios. Si la factura sube, también lo hacen las primas. Estas se dispararon de 5,5 a 9 % en 2016, debido al aumento de los honorarios suplementarios.⁴

Parte del gasto personal respecto al total de la asistencia sanitaria, en Bélgica y en los países vecinos, 2018. La mercantilización es el proceso por el cual los servicios se explotan cada vez más con ánimo de lucro. El ticket moderador es la cantidad que usted paga por los gastos médicos y que no es reembolsada por la mutua. Los poderes públicos piensan que así se evitará que la gente abuse de la asistencia médica. Increíble, ¿verdad? La consecuencia de estas elevadas facturas: numerosos belgas posponen ciertos tratamientos por motivos económicos. Sabemos de este problema desde hace mucho tiempo, pero se está agravando aún más. En 2008, el 0,5 % de los adultos posponían la atención. En 2016 ya eran el 2,3%. En cuanto a la atención dental, esta cifra pasó del 1,6 % al 3,7 %. Estos resultados son mucho peores que los de nuestros vecinos, según el Centro Federal de Expertos en Asistencia Sanitaria (KCE).⁵ En 2017, el 6,7 % de las personas, aquellas con las rentas más bajas, no pudieron acceder a la asistencia sanitaria en nuestro país. Esta es la tercera cifra más alta de Europa (después de Grecia y Letonia).⁶ Al posponer sus consultas médicas, los pacientes corren el riesgo de que su caso se agrave y de sufrir problemas de salud más adelante, con un coste aún mayor. La pobreza es causa de enfermedad y la enfermedad es causa de pobreza. De todos los países de Europa Occidental, Bélgica presenta la mayor brecha entre ricos y pobres en lo que respecta a las necesidades médicas no cubiertas.⁷

Cualquiera que haya sido hospitalizado sabe que la factura puede ser especialmente elevada. En Bélgica, el paciente a menudo no puede conocer de antemano el precio de una consulta, de un tratamiento o de una hospitalización. No es normal que los pacientes tengan ansiedad por recibir su factura. Hay grandes diferencias entre el hospital más caro y el menos caro. Una paciente en una habitación doble paga entre 136 y 370 euros por un parto. Debido a los elevados honorarios suplementarios, la factura de una habitación individual oscila entre los 1.039 y los 3.339 euros.⁸

Medicina de dos velocidades

Los que tienen medios pueden pagarse una atención de calidad, los demás no. Hablamos también de "medicina de dos velocidades". El problema es doble: el acceso es desigual y la atención sanitaria se organiza de manera desigual, desconectada de las necesidades de los pacientes. Cuando la medicina de dos velocidades se consolida, se observa el mismo desarrollo en todo el mundo: la parte rentable de los cuidados se desarrolla con fuerza, en detrimento de los cuidados a las personas vulnerables o sin recursos. Lo mismo sucede en Bélgica. Está surgiendo una medicina de dos velocidades. Es el caso, por ejemplo, de los especialistas que realizan una parte

de sus intervenciones con la tarifa convencional y el resto con la no convencional, decidiendo ellos mismos cuánto tendrá que pagar de más el paciente. Nuestros médicos de cabecera escuchan a menudo que los pacientes pueden obtener una consulta más rápidamente si acuden a la consulta privada del especialista. Si solamente puede pagar la tarifa normal, se le inscribirá en la lista de espera. Un pase rápido en la sanidad, ¿quién quiere esto?

Grave escasez de personal

Los pacientes no son los únicos que pagan un alto precio por este desarrollo. Las condiciones de trabajo de nuestro personal sanitario son cada año más duras. Ofrecer una atención humana hoy en día, se está convirtiendo en un reto sobrehumano. El personal sanitario se considera con demasiada frecuencia como un coste en el que se puede ahorrar. Cada vez tratamos a más pacientes y cada vez contamos con menos personal. Es bien sabido que una atención de calidad requiere precisamente más colaboración y más atención para cada paciente.

Hay una grave escasez de médicos de cabecera en toda Bélgica. El número de municipios que padecen esta escasez va en aumento. Son los municipios donde hay menos de 90 médicos de cabecera activos por cada 100.000 habitantes. Flandes tiene 300 municipios, de los cuales 227 tenían escasez de médicos de cabecera en 2019. En Valonia, este es el caso de 146 de los 259 municipios.⁹

Además, cerca de la mitad de nuestros médicos de cabecera tienen 55 años o más. La actual afluencia de jóvenes médicos nunca podrá compensar las salidas de quienes se jubilan. Por lo tanto, en numerosas regiones será imposible que los pacientes encuentren un nuevo médico. La pandemia del coronavirus también ha sido una prueba complicada para los médicos de cabecera. Se dieron cuenta de hasta qué punto era urgente que la atención primaria contara con más médicos. En una situación como esta, no se debería limitar la afluencia de nuevos médicos de cabecera estableciendo un examen de acceso a los estudios de medicina y un sistema de cuotas.

Tras años de austeridad, cada vez hay menos personal de enfermería al lado de la cama. Los aspectos humanos de la asistencia se reducen a la mínima expresión. Los sanitarios tienen a menudo la impresión de que no pueden realizar el trabajo que han escogido, que es cuidar de los pacientes y que debería ser el trabajo más bonito del mundo. En los hospitales belgas, las enfermeras atienden entre dos y diez pacientes más de lo que se considera seguro a nivel internacional (unos 8 pacientes por enfermera de media, en el turno de día). Los estudios internacionales demuestran que si se reduce el número de pacientes por enfermera, la salud de todos los pacientes mejora y la mortalidad de los pacientes disminuye.¹⁰ Para los médicos, las enfermeras, el personal de logística, de mantenimiento, de laboratorio, de cocina, etc, la carga de trabajo es demasiado elevada y los salarios tampoco están a la altura. En 2020, el 6,7 % del personal sanitario llevaba enfermo desde

Tarifa convencional : Las mutuas conciertan los precios con los médicos para evitar que los pacientes se lleven una desagradable sorpresa (económica) tras la consulta. Si el médico acepta estos conciertos, está concertado. Si no, es no-concertado y cobra una cantidad mayor a los pacientes. Los médicos también tienen la opción de trabajar en parte como concertados y en parte como no-concertados.

Sistema de cuotas : El gobierno federal ha estado limitando el número de médicos, desde 1997. Lo hace mediante el establecimiento de cuotas. Esto significa que, desde 2005, sólo un número determinado de médicos (la cuota) recibe un número INAMI y que son solamente los servicios de estos médicos los que son reembolsables por las mutuas. Así es cómo el acceso a la profesión queda limitado.

hacia un año o más, en comparación con el 4,6 % del resto de la sociedad.¹¹ Un estudio del MPLP en 2020 mostró que la presencialidad constituye un gran problema entre los enfermeros.¹²

Esta es la razón por la que muchos profesionales abandonan el sector sanitario. Es un problema mundial, resultado de años de austeridad. En Bélgica, más de 19.000 diplomados en enfermería trabajan en un sector distinto.¹³ Tras la quinta oleada del coronavirus, uno de cada tres médicos de cabecera se planteaba dimitir.¹⁴ La situación en las residencias de ancianos es igual de desastrosa.¹⁵



"Imposible curar bien en estas condiciones"

"Cuando empiezas a estudiar enfermería, sabes que el trabajo tiene lados complicados. Pero hoy, en mi trabajo, tengo muchas más preocupaciones de las que había previsto. Lo peor, para mí, es la ansiedad de que me llamen en un día libre. La dirección pide de manera regular al personal que haga horas extras para suplir la falta de personal cuando la presión hospitalaria es alta. Es una fuente constante de estrés para todo el personal del hospital, la ansiedad de no poder recuperarse.

No nos sentimos valorados. Trabajo por turnos todo el año, hago noches, fines de semana, trabajo en días festivos... La remuneración del personal sanitario no está al nivel del trabajo que realiza. Tampoco se reconoce el hecho de que es un trabajo pesado. ¡Soy joven y ya sé que no llegaré hasta los 67 años!

Las condiciones en las que trabajamos hoy en día hacen que no podamos realizar nuestro trabajo correctamente. Es necesario que el gobierno inviertan en sanidad.

De lo contrario, la calidad de la que habitualmente tanto nos enorgullecemos desaparecerá. Me encanta mi profesión, amo ser enfermera más que nada, pero ¿por cuánto tiempo más? Sólo tengo 28 años y ya estoy cansada.

Menos mal que la gente se resiste. El personal de la sanidad está luchando a través de acciones, manifestaciones y huelgas para obtener mejoras salariales y un aumento de los efectivos, para poder ofrecer una atención con rostro humano. Las imágenes del personal del CHU Saint-Pierre de Bruselas dando la espalda a la Primera Ministra Sophie Wilmès en plena crisis del coronavirus, han dado la vuelta al mundo. Esta fue una gran victoria para el personal de enfermería:

Bajo la presión, el gobierno no tuvo otra opción más que liberar un Fondo de Batas Blancas con recursos adicionales. Observamos que en otros países europeos (Francia, España, Alemania...) el personal sanitario también se está organizando y luchando colectivamente para mejorar las condiciones laborales."

Laura

enfermera en el hospital universitario CHU de Lieja

1.2 La mercantilización no es una ley natural, sino fruto de una política deliberada



«La clásica técnica para privatizar: reducir la inversión, hacer como que las cosas no funcionan, que la gente se enfade, y luego entregarle todo al capital privado.»

Noam Chomsky – Profesor de lingüística, filósofo, crítico de los medios de comunicación y activista político estadounidense¹⁶

Austeridad y big business en la sanidad

En Bélgica, la seguridad social existe desde 1945. Asumimos colectivamente los costes para que las personas enfermas puedan ser tratadas. La seguridad social es el ancla de esta solidaridad, entre ricos y pobres, jóvenes y viejos, sanos y enfermos. Pero hoy, la seguridad social está amenazada. ¿Por qué los pacientes pagan cada vez más de su propio bolsillo? ¿Por qué hay escasez de personal? Porque el presupuesto sanitario federal es demasiado limitado. Los gobiernos, uno tras otro, están aplicando recortes en sanidad. Al mismo tiempo, las empresas privadas desempeñan un papel cada vez más relevante, ya sean las compañías de seguros, las empresas de servicios o los inversores bursátiles. Grandes empresas e inversores que piensan ante todo en el beneficio.

En Bélgica, el presupuesto sanitario está determinado por una norma de crecimiento establecida por ley. Esto es porque nuestras necesidades sanitarias van evolucionando: aumento de las enfermedades crónicas, envejecimiento de la población, progreso tecnológico médico...¹⁷ En 2015, el gobierno de Michel redujo esta norma de crecimiento del 3 al 1,5 %, sin dar explicaciones. La Oficina Federal de Planificación, sin embargo, recomendaba un crecimiento medio de 2,5 % al año.

No es casualidad que nuestros hospitales lleven sufriendo una enorme falta de dinero desde hace años. Uno de cada tres hospitales belgas es deficitario.¹⁸ La financiación fijada por la seguridad social es estructuralmente demasiado baja.¹⁹ Ni siquiera es suficiente para pagar los salarios del personal. Las direcciones de los hospitales se ven obligadas a buscar otras soluciones, lo que conduce a la mercantilización. ¿Qué es lo que sucede exactamente?

Por un lado, los hospitales intentan aumentar sus ingresos a través de los actos de los especialistas. Por eso los honorarios suplementarios han aumentado tanto. El hecho de que los médicos y los hospitales sean remunerados por cada acto, implica que se prescriban muchas más pruebas y tratamientos de los que realmente son necesarios. ¿Necesita un escáner? Dinero que gana el hospital. ¿Necesita una operación? Dinero que gana el hospital. ¿Necesita un período de convalecencia después de una operación importante, o una oreja que le escuche para saber por qué se siente mal? Esto no genera dinero para el hospital: por favor, deje espacio para los

pacientes que necesitan un escáner o una operación.

La reducción del presupuesto público en sanidad, en nuestro sistema de pago por servicio, conduce paradójicamente a un consumo de más. La OCDE estima que en los países occidentales se desperdicia hasta una quinta parte de los recursos. En Bélgica, esto supondría unos 3.350 millones de euros.²⁰ La principal razón de este despilfarro es el exceso de consumo de nuestros hospitales. Y no es sólo que cueste mucho dinero, es que también es perjudicial para nuestra salud. Estamos, por ejemplo, entre los más irradiados de Europa. Un belga se irradia 1,5 veces más que un francés a lo largo de su vida, y tres veces más que un holandés.²¹

Por otro lado, las instituciones sanitarias subcontratan cada vez más servicios con socios comerciales: proveedores y empresas de catering, lavandería, equipos de limpieza, asociaciones público-privadas para las infraestructuras. Se trata de un desarrollo peligroso. Tomemos el ejemplo del Centro de Psiquiatría Forense de Gante, que lleva siendo gestionado por la empresa privada Sodexo desde 2014. Los accionistas de Sodexo son los primeros en ser despachados. El personal y las personas ingresadas pagan la factura. Algunos días, no hay ni una sola enfermera en las salas de alta seguridad.²² Vemos el mismo escenario en todas partes: en las residencias privadas, en los laboratorios médicos comerciales....



El modelo del NHS, ascenso y caída



«La enfermedad no es un favor que las personas deban ganarse, ni un delito por el que deban ser castigadas, sino una desgracia cuyo coste debe ser asumido por la comunidad.»

Aneurin Bevan, Ministro de Sanidad británico en 1948, fundador del NHS

El Servicio Nacional de Salud británico NHS (National Health Service) es considerado como uno de los mejores del mundo. Fue en 1948, durante la posguerra, cuando se creó el NHS en respuesta al fascismo derrotado, como una realización concreta del deseo de progreso social de la sociedad. El sistema ofrecía atención de calidad para todos, de forma gratuita, independientemente de los ingresos o del estatus. Todas las regiones, todos los barrios y todos los rincones del Reino Unido se han beneficiado de un acceso igualitario a la atención sanitaria. Además, la prestación era integral.

Era posible acudir a todos los servicios locales de atención general o especializada, así como al dentista, al fisioterapeuta, al psicólogo... Una organización fuerte a nivel nacional, bajo control público, también permitía centralizar fácilmente los datos y los resultados con fines científicos para ajustar las políticas, en caso de que se estimase necesario. En definitiva, fue un sistema prestigioso que fue copiado, con razón, en varios países como Canadá, España, Portugal y algunos países escandinavos.

Pero, ¿cómo es posible que el NHS suscite tantas reacciones negativas a día de hoy? El modelo lleva cuarenta años bajo presión debido a los recortes presupuestarios, desmantelamientos y privatizaciones. Ya en los años 80, Margaret Thatcher desmanteló gran parte del NHS. Lo sometió a las leyes del mercado. El aumento de la competitividad ha generado un conflicto entre los intereses



sanitarios y los económicos. También en 2012, bajo el mandato de David Cameron, el sistema recibió un duro golpe. La Ley de Salud y Asistencia Social de 2012 (The 2012 Health and Social Care Act) ha privatizado aún más el NHS subcontratando sus servicios a empresas privadas, a menudo bajo control de fondos de inversión internacionales.

La salud se ha convertido en una mercancía. Las nefastas consecuencias de esta política destructiva se hacen sentir hoy en día. Incluso antes de la pandemia de coronavirus, una de cada seis personas tenía que esperar más de 18 semanas para recibir un tratamiento rutinario, y sin embargo el NHS lleva tiempo afrontando la escasez de personal.

Afortunadamente, el sector se movilizó con fuerza para oponerse a una mayor destrucción del NHS. Organizaciones tales como "We Own It" (Nos pertenece) lo tienen muy claro: "El NHS está ahí para todos nosotros cuando lo necesitamos. Ahora es él quien nos necesita."²³

Las consecuencias de la mercantilización

Si observamos lo que ha ocurrido en otros países, sabemos cuáles son las consecuencias de la mercantilización de (algunas partes de) la sanidad. Cuanto más se mercantiliza, más desigual y costosa se vuelve la sanidad. La eficiencia disminuye, tanto como la calidad. Las personas que mayor atención sanitaria necesitan son las primeras en pagarlo.

La mercantilización de la asistencia sanitaria le sale más cara a los pacientes y a las autoridades. Las cifras del coste del sistema estadounidense no dejan lugar a dudas. Hay varias razones para ello.

En primer lugar, sólo puede haber verdadera solidaridad si los riesgos se reparten entre el mayor número de personas. Si los pacientes con mayores ingresos se retiran y buscan soluciones individuales y más caras, dejan de contribuir a la solidaridad. La atención de los demás pacientes se encarece. De este modo, el coste total de la asistencia sanitaria se vuelve mayor para la sociedad. En segundo lugar, la mercantilización de la asistencia conlleva costes adicionales. El beneficio es el más importante de ellos. En Europa, el grupo Orpea, que tiene residencias de ancianos en 16 países europeos, obtuvo un beneficio de 160 millones de euros en 2020. Por su parte, el Grupo Helios-Fresenius, activo en el sector hospitalario en Alemania y España, obtuvo un beneficio de 666 millones de euros en 2020.²⁴ El dinero destinado a la asistencia sanitaria va directamente a los bolsillos de los accionistas. Más allá del beneficio, existen los llamados

costes de transacción. La mercantilización conlleva una considerable burocracia, puesto que las aseguradoras privadas quieren comprobarlo todo antes de efectuar los reembolsos. Intentan evitar el mayor número posible de reembolsos. Los médicos y los pacientes se ven abrumados por el papeleo.²⁵ La publicidad también forma parte de los costes de transacción y representa hasta el 15 % de los gastos de las aseguradoras privadas.²⁶

La mercantilización conduce a la competencia y a la fragmentación, mientras que la colaboración resulta crucial precisamente en la asistencia sanitaria. Los pacientes que padecen una o más enfermedades crónicas se ven especialmente afectados. Porque para ellos son especialmente importantes la colaboración y el intercambio de información.²⁷ Esto también es desastroso en caso de epidemia, como hemos podido comprobar durante la pandemia de coronavirus.



Por qué mercantilizar las residencias de ancianos no es buena idea

Cada vez más residencias belgas son gestionadas por grupos privados internacionales, muchas más que en nuestros países vecinos. En Flandes, su proporción ha aumentado casi un 50 % en seis años.²⁸ Ahora controlan casi un tercio del sector.²⁹ En Valonia, casi la mitad de las residencias de ancianos son propiedad de grupos privados. En Bruselas, esta cifra supera el 60 %.³⁰ El objetivo de estos grandes grupos privados es, sobre todo, obtener beneficios. Esto pone en riesgo la calidad de la atención sanitaria. En Flandes, las residencias de ancianos que son



gestionadas por grandes grupos privados emplean un 22 % menos de personal que sus homólogos del sector público.³¹ Aparecen más a menudo en la lista de vigilancia reforzada debido a faltas graves. A menudo intentan ahorrar tanto en material de incontinencia como en alimentación. Y todo ello sabiendo que los residentes pagan, de media, más de 200 euros al mes de más.³²

Mientras que las personas mayores pagan fácilmente 2.000 al mes y el personal está sobrecargado de trabajo, los accionistas se frotan las manos. La "silver economy" (economía de plata), la economía ligada a la tercera edad, está en pleno auge y se han pagado millones de euros en dividendos, incluso durante la pandemia de coronavirus. Tanto para los operadores comerciales como Armonea, como para las multinacionales del sector inmobiliario de la salud, como Aedifica. "En los últimos quince años, no se ha puesto el acento

Material de incontinencia : material utilizado para las personas que ya no pueden retener la orina o las heces. Algo que también sucede cuando no hay suficiente personal para acompañarlos a tiempo al baño.

en el bienestar, sino en el crecimiento y en la rentabilidad. Una suma enorme de dinero", declara Kris Cuyvers, un banquero que estuvo activo en el sector privado de la sanidad.³³

Sin embargo, el gobierno flamenco ha decidido acelerar aún más la mercantilización de la atención sanitaria. Mediante un nuevo decreto, quiso permitir a los inversores privados comprar partes de las residencias públicas. El personal y los sindicatos, el Vlaamse Ouderenraad (Consejo flamenco de las personas mayores), la sociedad civil y el sector de la asistencia sanitaria reaccionaron inmediatamente. Gracias a las acciones y a la presión de las bases, afortunadamente pudimos evitar la aprobación del decreto, pero la lucha continuará sin duda en los próximos años.

Lise Vandecasteele,
médico de MPLP Hoboken
y miembro del Parlamento flamenco por el PTB



Un fenómeno europeo

Este proceso de ahorros y privatizaciones no es un fenómeno puramente belga. Se puede observar en toda Europa. Y la Unión Europea (UE) tiene mucho que ver. Aunque la asistencia sanitaria es competencia de los Estados miembros, esto no impide que la UE les presione a través de diversos mecanismos, directos e indirectos, para que sigan privatizando la asistencia sanitaria.³⁴

Tomemos como ejemplo el marco presupuestario, que es muy estricto. Cada Estado miembro es supervisado de cerca por la Comisión Europea. Esta supervisa anualmente las medidas presupuestarias, económicas y fiscales de cada país. Hace recomendaciones en base a los informes que el país le presenta. Un ejemplo reciente: la Comisión Europea criticó el aumento de los salarios del personal sanitario en Bélgica.³⁵

No existe ninguna directiva oficial de la UE que obligue a los Estados miembros a privatizar la sanidad (como sí es el caso de los ferrocarriles, por ejemplo). Esto es gracias a la resistencia de las bases. Desde 2006, los Estados miembros de la UE están sujetos a la Directiva Bolkestein que les obliga a abrir sus servicios a empresas de otros países de la UE. Gracias a las movilizaciones sindicales, la asistencia sanitaria fue eliminada de la directiva, afortunadamente.³⁶

Los grupos de presión liberales (como KPMG, McKinsey, etc.), los think-tanks y los agentes sanitarios privados están haciendo todo lo posible para acabar con esta excepción. Susurran directamente al oído de los eurodiputados, participan en las comisiones como órganos consultivos "neutros" y empujan las directivas de la UE hacia una mayor privatización desde todos los frentes.³⁷ Está claro que la UE no opta por un servicio sanitario público fuerte y universalmente accesible.

1.3 El error sistémico en la asistencia sanitaria

Tras la Segunda Guerra Mundial, varios países europeos optaron por confiar a las autoridades públicas la organización de la oferta de hospitales y de prestación de servicios sanitarios (Inglaterra, España, países escandinavos, etc.). En cambio, Bélgica optó por la "libre medicina": los proveedores de asistencia sanitaria se instalan donde quieren, no se estimula la cooperación y todo se paga en función de los servicios recibidos. Hoy en día, este modelo está llegando a su límite.

Ningún país de Europa tiene el mismo sistema sanitario que los demás. Todos son diferentes. Pero dentro de la gama de opciones políticas, hay dos visiones fundamentales que se oponen: una visión liberal y una visión pública. La visión liberal parte de la idea de que la salud es una mercancía. Los sanitarios ofrecen su producto, su tratamiento y sus cuidados a las personas enfermas que solicitan su ayuda. Esta visión divide la asistencia sanitaria en un mercado de proveedores y compradores.³⁸ Esto conduce a un modelo en el que estos proveedores de atención sanitaria, compiten entre sí por los compradores, los pacientes, y en el que el pago se determina en función del número de servicios realizados.

El siguiente cuadro muestra los diferentes modelos de asistencia sanitaria en los diferentes países. Normalmente estos suelen ser híbridos. El dinero para la asistencia sanitaria procede sea del Estado (financiación pública), sea del bolsillo del paciente o de su compañía de seguros privada (financiación privada). Las instituciones sanitarias pueden ser propiedad del Estado (públicas), de organizaciones sin ánimo de lucro o de agentes mercantiles.

Combinaciones posibles de financiación y abastecimiento público y privado			
Suministro →	Público	Privado sin ánimo de lucro	Privado mercantil
Financiación ↓			
Público	A. Servicio público gubernamental pagado mediante impuestos - Ej. NHS	B. Sistema de atención sanitaria sin ánimo de lucro financiado por la seguridad social - Ej. Bélgica	C. Los proveedores de asistencia sanitaria obtienen beneficios que son financiados por la seguridad social
Privado	D. Servicio público pagado por los usuarios o por sus seguros	E. Sistema de atención sin ánimo de lucro financiado por los usuarios o por sus seguros - Ej. Países Bajos	F. Los proveedores de asistencia sanitaria obtienen beneficios, financiados por los usuarios o por sus seguros - Ej. EE.UU.

Fuente: WHO tasks force on health economics, 1995, in Elias Kondilis "Privatization of healthcare in Europe", 2016



Estados Unidos, el contraejemplo

En Estados Unidos, el sistema sanitario está totalmente mercantilizado. La sanidad está totalmente financiada por las compañías de seguros y la mayoría de estas son privadas. Estas empresas tienen mucho poder y ejercen una influencia directa en la política sanitaria. Un sistema como este, presenta numerosos problemas.

Por un lado, no es eficaz en absoluto. Estados Unidos gasta más en sanidad que muchos otros países, y no por ello son mejores sus resultados. Si lo comparamos con los países de la OCDE, EE.UU. gasta un 16,9% de su PIB en sanidad, frente a una media del 8,9% en la OCDE.⁴⁰ Sin embargo, allí la población no está más sana. Al contrario: EE.UU. tiene la mayor tasa de mortalidad infantil de todos los países occidentales.⁴¹

Las compañías de seguros sólo siguen una lógica, la del dinero. Si su salud depende de una aseguradora, las consecuencias pueden ser nefastas. Las historias más dolorosas son las que cuentan los no están asegurados. En 2020, el 13 % de los



ciudadanos estadounidenses no tenían ningún tipo de cobertura sanitaria.⁴² Las primas son enormes y suelen aumentar si usted ya tiene problemas de salud.

Las personas que enferman y pierden sus ingresos pueden caer en la pobreza de la noche a la mañana, literalmente. Facturas de hospital elevadas, pérdida de todos los ingresos y, encima, la compañía de seguros deja de cubrirlo.

Existe una alternativa a este deficiente sistema. Alexandria Ocasio-Cortez y Bernie Sanders propusieron el "Medicare for All" contando con un amplio apoyo. Medicare es un seguro médico, organizado a nivel nacional, que cubre a los mayores de 65 años y a determinados enfermos crónicos (más de 59 millones de ciudadanos estadounidenses). Medicare for All extendería esta cobertura a todos los ciudadanos, reduciendo así el gasto en atención sanitaria y haciéndola más accesible.⁴³



Países Bajos: de las mutuas, a las aseguradoras privadas

El gobierno holandés decidió suprimir las mutuas en 2006. Las aseguradoras privadas las han sustituido. Se suponía que iban a hacer que el sistema fuera más eficiente. Desde entonces, todos los neerlandeses han tenido que contratar una aseguradora para que se les reembolsen los gastos médicos. Este sistema se puede comparar con el seguro de incendios o el seguro familiar en Bélgica. El asegurado paga una prima. Esta prima supone una media de 1.200 euros al año. Cada póliza conlleva también el pago de una franquicia. Antes de que el seguro intervenga, el asegurado tiene que pagar los primeros costes de su propio bolsillo, lo que supone una media de 385 euros. La franquicia apenas llegaba a los 170 euros en 2011. Por lo tanto, en diez años se ha duplicado con creces.



Quince años después de la aplicación de esta reforma, el balance es negativo en todos los sentidos. Las compañías de seguros sanitarios quieren atraer al mayor número de clientes posible, adquiriendo el máximo de atención sanitaria posible al menor precio posible. Los proveedores de servicios sanitarios están sometidos a una presión constante para hacer más con menos dinero. Esto les deja menos tiempo disponible para ofrecer una atención de calidad. Todos se quejan también de la

pesadacarga administrativa, empezando por los médicos de cabecera. Hay que andar todo el rato rellenando papeles y negociando contratos. "Hay demasiados trajes de cuello blanco en nuestro sistema sanitario y no hay suficientes batas blancas", así lo resumía la eurodiputada de izquierdas Renske Leijten.⁴⁴

¿Acaso han bajado los costes, tal y como había prometido el gobierno? En absoluto. Entre 2004 y 2012, el gasto sanitario pasó de 65.400 millones de euros a 92.800. Y este aumento no se debe sólo al envejecimiento y a la innovación.

El sistema belga: un sistema híbrido

Bélgica tiene un sistema sanitario híbrido: La financiación es pública principalmente, la asistencia es prestada por agentes privados, sin ánimo de lucro y públicos, y la organización de la asistencia es libre en gran medida (liberal).

Un número cada vez mayor de personas es consciente de los problemas de nuestro sistema sanitario. El sector y los pacientes ya llevaban tiempo frustrados, pero la pandemia ha agravado aún más los problemas. Y su magnitud no hará más que aumentar en los próximos años, debido a la evolución de las necesidades de la población.

Uno de los problemas más discutidos es, sin duda, **el total abandono de la prevención**. Curar a los que enferman, lo hacemos bien. Pero evitar que la gente caiga enferma, eso ya es otra historia. Bélgica tiene un historial mediocre en lo que respecta al número de muertes que se podrían haber evitado con prevención. Bastante peor que el de nuestros vecinos.⁴⁵

¿A qué se debe esto? Los médicos de cabecera, las enfermeras y demás profesionales de la salud están haciendo todo lo que está en sus manos para que se desarrolle la prevención. Pero el problema está en otra parte: el pago por servicio conlleva que los políticos consideren la prevención como un coste que no aporta nada al proveedor. Es por esto por lo que se destina, automáticamente, más dinero y atención a las medidas curativas que a las preventivas. Los cuidados que requieren principalmente tiempo y trabajo reciben automáticamente menos atención que las grandes intervenciones técnicas. Las campañas de prevención diseñadas por profesionales quedan así relegadas a un segundo plano, ya que nadie tiene realmente tiempo ni espacio para llevarlas a cabo.

La falta de prevención pone en riesgo nuestra salud. El número de operaciones de estómago aumenta cada año, pero sigue faltando un enfoque que aborde de manera integral la obesidad en nuestra sociedad. Cada día, los belgas ingieren un millón de dosis de antidepresivos. Sin embargo, si uno está deprimido, no es tan fácil encontrar a alguien que le ofrezca una conversación reconfortante o un consejo acertado. En la actualidad, uno de cada cuatro niños utiliza un inhalador al menos una vez al año por problemas de asma, y sin embargo la contaminación atmosférica sigue siendo un problema.⁴⁶

La fragmentación del cosmos sanitario también tiene numerosas consecuencias negativas. Apenas existe una colaboración estructurada entre los hospitales y la atención primaria. Incluso dentro de la propia atención primaria, la colaboración deja mucho que desear. Especialmente en las grandes ciudades, donde la escala juega un papel adicional. A pesar de la enorme implicación de enfermeras, farmacéuticos, kinesiólogos, trabajadores sociales, dentistas, médicos de cabecera, etc., las estructuras de coordinación son muy limitadas para el tratamiento conjunto de pacientes específicos y, más aún, para tratar los problemas sanitarios generales que se encuentran en el barrio.

No hay **ningún plan** que defina dónde se necesita qué tipo de atención, **en función de las necesidades de la población**. Cada profesional de la salud es libre de establecerse donde quiera. Por tanto, la oferta determina la demanda: si una región cuenta con numerosos hospitales dotados con un departamento de ortopedia, allí se realizarán más artroscopias de rodilla, aunque los habitantes de esa región no tengan necesariamente más problemas de rodilla que en otros lugares. La oferta de proveedores de asistencia sanitaria, como una consulta de medicina general, una institución psiquiátrica o un centro residencial, está dispersa de forma aleatoria por el territorio, con una concentración a veces elevada en una zona y una escasez o lejanía importante en otra.

Los problemas que hemos enumerado no son minucias. Y son conocidos. Durante años se han estado publicando libros, informes y estudios. Todos ellos apuntan a los mismos elementos. Y sin embargo, (casi) nada cambia. La razón es que la causa del problema está en la raíz. Si queremos soluciones reales, debemos optar por un cambio de sistema. Falta de prevención, despilfarro, fragmentación... Una mirada más atenta muestra que los problemas son a menudo fruto de la organización liberal de nuestro sistema sanitario.



Por qué un sistema sanitario liberal complica las cosas en caso de pandemia

La crisis del coronavirus nos ha abierto los ojos en lo que respecta al funcionamiento de nuestro sistema sanitario. En las primeras semanas de la crisis del coronavirus, quedó claro que el gobierno era incapaz de hacer frente a la pandemia con el modelo actual.

Comenzó con la falta de equipos de protección y la destrucción de los stocks. El rastreo de contactos falló en toda la línea. Los pacientes que dieron positivo no fueron contactados o fueron contactados demasiado tarde por los centros de llamadas comerciales a los que recurrió el gobierno. Formamos a los voluntarios de nuestros centros médicos para que realizaran su propio rastreo de contactos de nuestros pacientes positivos.⁴⁷ Los rastreadores necesitan estar cerca de las personas para poder contar con la confianza que esta tarea requiere. Esto es crucial para limitar la propagación del virus.



Más tarde, los pacientes se pusieron en contacto con nosotros aterrados porque no podían concertar

una cita para hacerse un test. El gobierno de Bruselas consideraba que solamente los hospitales podían realizar tests, y éstos estaban saturados.

Nuestros pacientes tenían que esperar hasta 48 horas para que les

dieran cita y otras 48 horas para tener el resultado de la prueba. Pedimos al ayuntamiento que estableciera un centro local de testeo, cercano a la gente. Al no obtener respuesta, decidimos tomar la iniciativa. Por las tardes, el centro médico se transformaba en un centro de testeo.

Si hay una lección que los responsables políticos deben aprender de esta crisis, es que nuestro sistema sanitario debe organizarse de manera totalmente distinta. "No es casualidad que países como Cuba, Vietnam y Tailandia estén saliendo mejor parados de esta crisis", afirmaba Erika Vlieghe en De Standaard. "Tienen un buen sistema de salud preventiva." Durante una crisis sanitaria y también en un contexto normal, habría que centrarse en la atención primaria, en los centros médicos multidisciplinarios donde muchas personas trabajan en equipo. Reforzándonos mutuamente y estando cerca de los vecinos del barrio, podemos detectar los problemas y resolverlos rápidamente.

Nele Vandenbempt

médico de MPLP de Schaerbeek



2. La salud como derecho fundamental

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure su salud, su bienestar y los de su familia, incluidos los alimentos, el vestido, la vivienda, la atención médica y los servicios sociales necesarios. Tiene derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otra pérdida de los medios de subsistencia como consecuencia de circunstancias ajenas a su voluntad.

Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos

La mercantilización de la asistencia sanitaria en Bélgica es todavía relativamente limitada en comparación con nuestros vecinos. Esto se debe, en gran medida, a la importancia del sector social, también conocido como **sector no mercantil**. Aparte de la atención a las personas mayores, la mayoría de las instituciones de atención sanitaria en Bélgica pertenecen al sector público y social. Fueran fundados históricamente por la Iglesia católica, por las autoridades municipales o por los centros universitarios, nuestros hospitales no fueron creados para sacar beneficios. Constituyen, junto con nuestro sólido sistema de seguridad social y nuestro personal sanitario, los pilares que mantienen la calidad y la accesibilidad de nuestra asistencia sanitaria.

Pero quienquiera que tenga una mirada crítica le eche un vistazo a nuestro sistema sanitario se da cuenta de que es necesario un cambio. La asistencia sanitaria se considera como algo que se puede ofrecer y no como algo que se debe garantizar. Cientos de miles de profesionales sanitarios que dan lo mejor de sí mismos se enfrentan a las limitaciones de la actual organización. La asistencia es considerada como un mercado donde lo curativo suplanta a lo preventivo, donde la competitividad prevalece sobre la coordinación y la eficacia, donde la cantidad prevalece sobre la calidad y donde los equilibrios financieros son más importantes que la dimensión humana. Con el fin de mejorar nuestra asistencia sanitaria de raíz, Medicina para el Pueblo quiere llevar a cabo una doble batalla. Este capítulo expone los dos ejes de esta lucha. Por un lado, queremos proteger y desarrollar los puntos fuertes de nuestro actual sistema. La financiación pública a

El sector no mercantil: sector compuesto por organizaciones que persiguen un objetivo social sin ánimo de lucro. Una organización sin ánimo de lucro puede generar ingresos y obtener beneficios siempre que estos se reinviertan en la organización..

través de la seguridad social se está viendo amenazada por la mercantilización y por los intentos de división.

Por otro lado, necesitamos un plan ambicioso para el futuro. Un plan que se atreva a salirse de los caminos trillados y de lo que generalmente se considera factible. Este plan va en contra de los intereses de las empresas privadas. Moviliza a la gente para un modelo público-social 2.0.

2.1 Una sólida seguridad social



«La solidaridad es la ternura de los pueblos».

Tomás Borge, político nicaragüense

Medicina para el Pueblo aboga por una solidaridad lo más amplia posible. La clase obrera construyó la seguridad social con sus propias manos. Juntos, uniendo sus fuerzas. Al principio, se trataba simplemente de ahorrar dinero para cubrir el salario de un compañero enfermo. En 1945 se creó la seguridad social tal y como la conocemos. Hoy en día sigue siendo un arma contra el sálvese quien pueda de los más ricos. ¿Sabías que si no existiera la seguridad social el riesgo de pobreza en Bélgica no sería del 15% sino del 43%?

| Sin embargo, la seguridad social está siendo puesta en duda. Por un lado, está estructuralmente infrafinanciada. Por otro lado, los nacionalistas amenazan con dividirla.

Pagar juntos, no cada uno por su cuenta

Si queremos poner fin a la mercantilización, nuestra seguridad social debe estar suficientemente financiada. Esta es una condición previa esencial. El gobierno, sin embargo, ve las cosas de otra manera y ha estado recortando la financiación de nuestro sistema de la seguridad social, año tras año, durante décadas.

| Nacionalistas: Personas y partidos políticos que quieren dividir nuestro país.

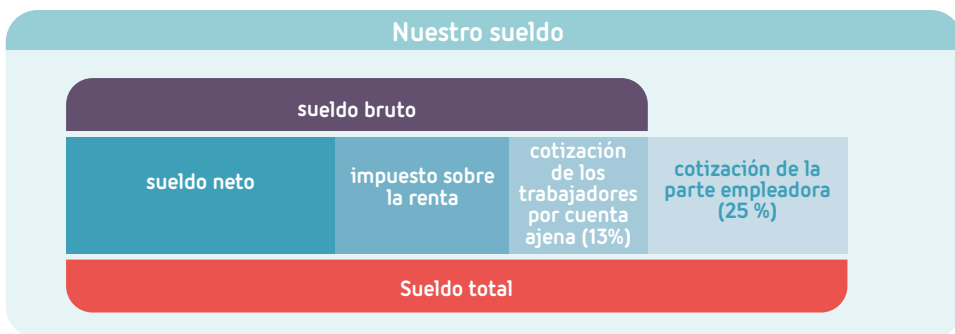


El dinero de nuestra seguridad social

Se nos repite una y otra vez que la financiación de nuestro sistema de seguridad social "es demasiado costosa". Pero, ¿cuál es exactamente la situación?

El presupuesto de la seguridad social asciende a 100.000 millones de euros. Eso es muchísimo dinero. Esta cantidad se utiliza para pagar nuestras pensiones, nuestra asistencia sanitaria, las bajas por enfermedad, el desempleo y las ayudas familiares. El conjunto es gestionado por la Oficina Nacional de la Seguridad Social (NSSO) y está separado del resto de los fondos públicos. El dinero procede de las cotizaciones que se deducen de los salarios de los trabajadores. Así pues estamos renunciando, de hecho, a una parte de nuestros ingresos para atender a quienes lo necesitan en ese momento.

Desde el principio, estas cotizaciones sociales se han visto amenazadas por quienes pagan nuestros salarios, los empresarios. Cuanto menores salarios tengan que pagar, mayores beneficios obtendrán. Por eso centran sus ataques en aquella parte de nuestro salario que no va directamente a nuestra cuenta bancaria: el coste de la mano de obra disminuye para la empresa, mientras que nuestro salario neto se mantiene intacto o aumenta ligeramente. Los empresarios se quedan con más dinero en el bolsillo, mientras que la financiación solidaria de la seguridad social se ve mermada.



Si partes una casa por la mitad, se derrumba

Un modelo kiwi es impensable si tenemos tres o cuatro sistemas sanitarios distintos. ¿Negociarán tres o cuatro ministros con las multinacionales farmacéuticas, cada uno por su cuenta, el precio de los medicamentos? ¿Vamos a crear nuevos comités de coordinación para que tres ministros y gabinetes puedan hacer lo que podría hacer uno solo? ¿Tendrán que negociar las mutuas de cada región o comunidad, por separado, los honorarios de los médicos? ¿Qué pasará con los problemas éticos cuando una autoridad pública siga reembolsando la diálisis pasados los 65 años y la otra no?

Hoy en día, en Bélgica, la seguridad social es la principal arma contra la desigualdad. Pero corre el riesgo de ser dividida en dos o más cachos. Esto es lo que quiere el Voka, la federación patronal flamenca. Quiere hacerse con el control total del sector sanitario, no para ofrecer una mejor atención a los pacientes, sino para que los enfermos de larga duración vuelvan al mercado laboral más rápido.

Los partidarios de la medicina gratuita y otras fuerzas progresistas también abogan por dividir la asistencia sanitaria, aunque quieren mantener la financiación federal. Este plan acarrea problemas insolubles. Si se regionaliza la asistencia sanitaria, pero su financiación sigue siendo una cuestión federal, flamencos y valones se enfrentarán unos con otros.⁴⁹ Esto conducirá inevitablemente a la división de la seguridad social.

La Caja Flamenca del Seguro de Enfermedad (Vlaamse zorgkas) ya es un ejemplo de lo que será la seguridad social si cae en manos de los nacionalistas. Se acabó la solidaridad en la financiación (todo el mundo paga lo mismo), se acabó la solidaridad en el gasto (las prestaciones ya no dependen de las necesidades), se acabó la negociación social (los sindicatos ya no participan) y se acabó la visión pública de la seguridad social (se permite la entrada de aseguradoras privadas en el mercado). No podemos aceptar que esto ocurra con el conjunto de la seguridad social.



El caos del coronavirus

La gestión de la crisis del coronavirus ha puesto dolorosamente de manifiesto la complejidad de la estructura del Estado belga. Mientras que un enfoque rápido y centralizado podría haber salvado muchas vidas, en nuestro país nada menos que nueve ministros de sanidad se han estado peleando. Todo el mundo tiene competencias, pero nadie es responsable.

La atención a domicilio es una competencia federal, pero si una auxiliar a domicilio ayuda en una residencia de ancianos, que es competencia regional, se plantea la cuestión de quién pagará la factura. El ministro federal De Backer propuso en dos ocasiones suministrar mascarillas quirúrgicas a las residencias de ancianos, sin embargo Flandes rechazó esta propuesta.

Esta situación choca con la solidaridad que demostró el personal de enfermería cuando acudió al rescate de las residencias durante la primera ola. De igual modo, los pacientes de Limburgo fueron tratados en hospitales de Bruselas y Amberes. Durante la segunda ola, fueron los pacientes de Lieja los que fueron tratados en Limburgo. Trabajar codo con codo ha salvado vidas.

Aurélie Decoene

miembro del servicio de estudios



We are one

La asistencia sanitaria debe estar más cerca de los pacientes. Hace falta una organización local de la asistencia sanitaria y de la prevención en distritos sanitarios locales. La mejor manera de desarrollar estos distritos sanitarios locales es transformarlos en un potente servicio de salud pública que esté sujeto a las directrices que emanen del nivel federal y que sean aplicables a todo el país. Un nivel intermedio de ministros flamencos, valones o bruselenses no acercará la asistencia sanitaria a los pacientes ni un milímetro. Y tener dos niveles de autoridad, que imponen dos directrices diferentes, no facilitará la vida a los distritos sanitarios locales.

Un único Ministro de Sanidad no es una garantía de solidaridad, pero es un requisito previo que nos permite unir nuestras fuerzas. También es lógico, saludable, eficiente y más barato.



- **Lógico.** Cuanto más grande sea el grupo, mejor se repartirán los riesgos y más fuerte será la solidaridad. No somos todos jóvenes o viejos al mismo tiempo, ni estamos todos sanos o enfermos al mismo tiempo. Los que están sanos y pueden trabajar cotizan para los que necesitan cuidados.
- **Saludable.** Los pacientes son mejor atendidos cuando la atención primaria, los hospitales y las residencias colaboran entre sí. Esta colaboración debe ser fomentada por las autoridades políticas, y no al revés.
- **Eficiente.** La unidad de mando permite cuidar mejor a los pacientes y proteger mejor a los sanitarios.
- **más barato.** Un Ministro de Sanidad en lugar de nueve significa también menos dinero desperdiciado en ministros, gabinetes y administraciones, que hacen todos el mismo trabajo y deben coordinarse.

La mejor política para todos

A veces se oye que "Los francófonos y los neerlandeses tienen una concepción diferente de la asistencia sanitaria". MPLP está orgullosa de la colaboración entre sus once centros de acción médica. Esta colaboración demuestra que los principales retos de la atención primaria son muy similares, independientemente de la región. Una visión social y científica de la asistencia sanitaria pesa más que las posibles diferencias culturales. Es evidente que los hábitos no son siempre los mismos aquí y allá. Pero lo que funciona mejor en un lado de la frontera lingüística debería poder extenderse al resto del país.

Las diferencias a veces son mayores entre el este y el oeste que entre el norte y el sur del país, porque los médicos en Bélgica reciben poca orientación respecto a su forma de trabajar.⁵⁰ Los médicos y cuidadores coordinan su práctica con colegas que han recibido la misma formación y con quienes están en estrecho contacto. Pero la formación es distinta a ambos lados de la frontera lingüística. Está claro que una mayor fragmentación siempre dará lugar a más diferencias. Los nacionalistas hacen de estas diferencias, antagonismos. Y así es como las diferencias se convierten en armas contra la solidaridad y la unidad. Cada fragmentación conduce a la siguiente fragmentación. Seguir dividiendo la sanidad es la forma más rápida de fragmentar la propia seguridad social: el objetivo declarado de Voka.

MPLP aboga por más unidad y solidaridad. Queremos la mejor política para todos. Si algo funciona bien en algunos distritos, todos los pacientes del conjunto del país deberían beneficiarse de ello.

Apoyar y desarrollar la sociedad civil

Nos enfrentamos a importantes retos para defender la financiación y la unidad de la seguridad social. Nos apoyamos en los aliados de la sociedad civil para superarlos. En primer lugar, los sindicatos y las mutuas. Pero las asociaciones de pacientes, de lucha contra la pobreza, de ayuda a los refugiados, etc., también son importantes aliados para proteger la seguridad social y forzar juntos el cambio. Cuando el gobierno decidió penalizar económicamente a los enfermos de larga duración, las críticas reacciones de la sociedad civil no se hicieron esperar. Fueron los sindicatos y las mutuas, en primer lugar, los que pudieron frenar las reformas antisociales. Están cerca de los trabajadores, de los jóvenes y de todos los oprimidos.

La sociedad civil está bajo presión dentro del clima neoliberal que impera actualmente. Las organizaciones que realizan una labor emancipadora, así como las asociaciones que permiten que las personas hagan valer sus derechos, están en el punto de mira político. No es de extrañar que las autoridades recorten las subvenciones. Esto nos lleva hacia atrás, a la época de la caridad medieval. MPLP quiere ayudar a las personas a defender sus derechos. Por eso trabajamos todo lo posible con la sociedad civil.

2.2 Plan de futuro para la asistencia sanitaria

Proteger la financiación y la unidad de la seguridad social no es el único reto al que nos enfrentamos. Como se ha señalado anteriormente, una sólida seguridad social es un elemento crucial en la lucha contra la creciente mercantilización de nuestra asistencia sanitaria. La sociedad civil, los proveedores de atención sanitaria y los pacientes están luchando con uñas y dientes contra las constantes presiones y ataques de los liberales. Si queremos consolidar a largo plazo el derecho a una asistencia sanitaria de calidad para todos, no podemos limitarnos a luchar por una seguridad social fuerte. También tenemos que abordar la cuestión de la organización de nuestro sistema sanitario. Este es puede tratar muy a las personas, pero no puede mantenerlas sanas. Un cambio radical se vuelve necesario para remediar esta situación. Tenemos que pasar a un sistema sanitario social 2.0, en el que la salud sea considerada un derecho y no una mercancía. Pero, ¿cómo sería un sistema tan diferente? ¿Y cuáles son los requisitos para ponerlo en marcha?



MPLP demuestra que funciona

La experiencia de 50 años de nuestros centros de acción médica es positiva. Contiene todos los elementos de lo que sería la visión social de la salud: accesibilidad, prevención, cooperación multidisciplinar, financiación ligada a la población, participación, responsabilidad... ¿Por qué esto no se puede generalizar?

Llevo 1 año y 8 meses trabajando en el centro médico de Médecine pour le Peuple de Marcinelle. Empecé a trabajar aquí a media jornada como limpiadora para complementar mi otro trabajo a media jornada en el hospital, donde ya llevaba 5 años trabajando. Para mí, el hospital ya no es más que una especie de "fábrica de cuidados". La atención sanitaria se basa en las cifras financieras y no tanto en el bienestar de los pacientes. Limpio los quirófanos y las habitaciones, especialmente en las salas para pacientes covid y, por tanto, estoy en estrecho contacto con las enfermeras, las auxiliares, los médicos, los cirujanos, etc. He visto cómo todos los miembros de cada departamento tienen que matarse a trabajar, día y noche, para poder atender a los numerosos pacientes que tienen. He visto lo rápido que teníamos que trabajar en el quirófano, porque se encadenaba una operación tras otra, otros pacientes estaban esperando y no podíamos permitirnos perder tiempo. He visto el estrés en la mirada de mis compañeros, causado por la continua presión que impone la dirección. Esta presión no ha hecho más que aumentar desde que estalló la pandemia de coronavirus.

En Medicina para el Pueblo de Marcinelle, descubrí algo completamente distinto. Cada día veo cómo MPLP antepone al paciente y a los trabajadores en términos de apoyo y seguimiento médico. Se tienen en cuenta todos los aspectos de la vida. Gracias al sistema de tarifa plana el paciente no tiene por qué preocuparse de cuánto tendrá que pagar ni de cuántas consultas al mes podrá permitirse. Me alegro de haber podido descubrir los valores y la visión del MPLP. Ahora sé que una atención sanitaria distinta es posible. Aquí se priorizan los pacientes y su salud y todos colaboran para alcanzar este objetivo.

Fadwa Agday

recepcionista en MPLP de Marcinelle



1. Una asistencia sanitaria cercana a los ciudadanos

Es importante contar con una estructura que conecte a todos los trabajadores sanitarios. Queremos organizar la atención de tal manera que cada barrio disponga de un centro de atención primaria para sus habitantes, donde los médicos de cabecera, enfermeras, kinesiólogos, psicólogos, dentistas y otros puedan trabajar de manera coordinada. Con una organización como esta, los hospitales se distribuirían por todo el país de tal forma que cada ciudadano pudiese recibir una atención lo más cercana posible de su casa. La financiación de los hospitales también dependería de la población de la zona en la que se encontrasen, lo que eliminaría todo atisbo de competición.

La mejor manera de construir un servicio de salud social que sea accesible para todos, es partiendo de la base. La OMS recomienda que los países trabajen por distritos sanitarios locales, zonas de 100 a 200.000 habitantes que constituyan un nivel intermedio entre las estructuras públicas nacionales y la población local.⁵¹ Nuestro sistema sanitario está hoy completamente fragmentado. Este concepto de distrito nos permitiría replantearlo todo. ¿Qué creemos que haría falta en cada una de las zonas de 100.000 habitantes, para garantizar una buena salud para todos?

Las zonas de atención primaria que ya existen en Flandes son un primer paso en la buena dirección. Los proveedores de atención sanitaria pueden coordinarse dentro del mismo área local. Es importante que estos espacios de atención primaria puedan convertirse en verdaderos órganos de toma de decisiones, en lugar de simples espacios de consulta como lo son a día de hoy. Para desarrollar este potencial, necesitan más personal y recursos estructurales.



Un servicio local de prevención

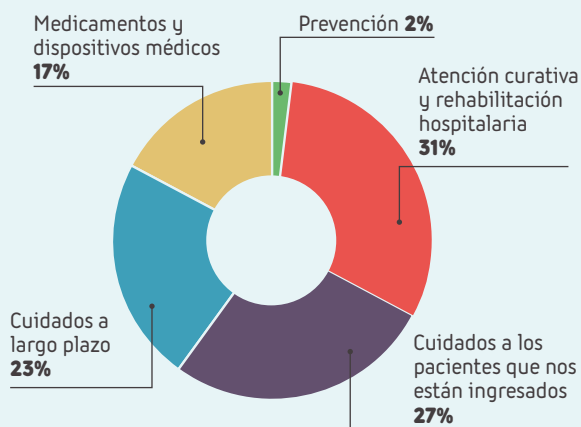
Nuestra visión integral de la salud es que todo el mundo se mantenga en forma y sano durante el mayor tiempo posible. En Bélgica, dedicamos unos recursos vergonzosamente escasos a la prevención y a la promoción de la salud.⁵² En los últimos años, tan sólo el 2% de nuestro presupuesto sanitario ha sido destinado a la prevención.⁵³ Los expertos en prevención afirman que la parte dedicada a la prevención debería ser de al menos un 5%.⁵⁴ Cada euro invertido en prevención ahorra cuatro euros a la sociedad a largo plazo.⁵⁵ Los recursos disponibles para la prevención son, por tanto, extremadamente limitados. Además, hay que distribuirlos entre las distintas regiones, que están desarrollando cada una sus propias campañas de prevención.⁵⁶ Campañas que suelen ser útiles y se abordan temas importantes como la alimentación saludable, la salud sexual, la salud mental... Pero no hay ningún organismo que garantice que, a nivel local, el mayor número de personas posible están efectivamente informadas.⁵⁷ Es un barco a la deriva. El sistema sociosanitario que estamos proyectando está basado en un servicio de prevención local en cada distrito, con equipos de prevención capaces de intervenir sobre el terreno.

Imaginen todo lo que podrían hacer estos equipos. Sesiones informativas en los colegios, y también proyectos locales, tales como abordar un problema medioambiental en el barrio. Estos mismos equipos podrían ser desplegados para combatir epidemias y otros brotes infecciosos.

En este sentido, sería importante que los agentes de prevención conocieran sus barrios o municipios. Esto les haría estar atentos a los problemas del individuo, de su familia, de su hogar, pero también del barrio, como por ejemplo: los cruces peligrosos, la contaminación ambiental, etc. Se interesarían específicamente por los grupos vulnerables y sus necesidades. Podríamos adoptar este enfoque, por ejemplo, en el contexto de la vacunación contra la gripe o el coronavirus. También podrían colaborar estrechamente con el resto de la atención primaria. Por ejemplo, trabajando parte de su tiempo desde los centros médicos ya existentes. Esta es la mejor manera de conocer a muchas personas y de involucrar a otros proveedores de atención sanitaria.

Un servicio de prevención local también podría servir de puente entre el barrio y otros organismos de prevención

La mayor parte de los gastos de salud se invierten en los cuidados en el hospital y ambulatorios y muy poco en la prevención



Source: "State of Health in the EU - Belgium", OECD and the European Observatory on Health Systems and Policies, in cooperation with the European Commission, August 2019 (<https://doi.org/10.1787/3bcb6b04-en>)

locales. Pensemos en los centros de PMS, los servicios de la ONE, los médicos del trabajo, las mutuas, etc. Con apoyo de los epidemiólogos locales, también podrían supervisar y analizar los datos sanitarios de la región para averiguar qué problemas de salud son frecuentes.

Con cinco agentes de prevención por distrito sanitario local se podría sacar adelante mucho trabajo. Estos serían unos 550 para todo el país. Teniendo en cuenta que en el momento álgido de la epidemia del covid el gobierno empleó a 1.100 rastreadores de contactos en los centros de llamadas, ¿Por qué no se pueden liberar estos recursos para la prevención de forma permanente?



Japón

En Japón, hay un departamento de salud pública local para cada distrito o municipio con poblaciones de unos 300.000 habitantes. Estos servicios, gestionados por el Instituto Nacional de Salud Pública, se crearon en torno a 1937 porque existían grandes diferencias entre los problemas sanitarios de las ciudades y del campo. Por lo tanto, estos "Hokenjo" pueden tener diferentes funciones en función de su población. Hay médicos, enfermeras/os, técnicos de laboratorio, farmacéuticos y otros profesionales formados por el instituto nacional.

La tuberculosis era una de las principales causas de muerte en Japón en los años 50 y 60, pero fue prácticamente erradicada gracias a la detección, el tratamiento y el seguimiento del Hokenjo a nivel local. El personal de enfermería salió a buscar a los enfermos de tuberculosis y concienciaron a la población acerca de la importancia de la higiene. El Hokenjo lleva a cabo campañas de prevención, recoge datos locales para la investigación epidemiológica, es responsable de la seguridad alimentaria y de los factores medioambientales. Asiste a los médicos locales en la atención a los ancianos, los enfermos crónicos y los niños; coordina la organización de la atención odontológica y la atención de salud mental⁵⁸



© Kaname Yoneyama/The Yomiuri Shimbun via AP Photo

Cuando estalló la pandemia de coronavirus, estos servicios locales de prevención demostraron estar entre los mejores del mundo en cuanto a su capacidad de respuesta frente a una crisis sanitaria aguda. En Japón se pusieron en marcha muy rápidamente las pruebas de detección, el aislamiento y el apoyo de los sanitarios locales, todo lo cual permitió salvar muchas vidas.

Un centro médico social en cada barrio

En un sistema socio-sanitario 2.0, la atención primaria es la base de nuestra asistencia sanitaria. Es ahí donde podemos hacer frente a los problemas de salud de la manera más rápida y eficaz. Sabemos que los países con los sistemas de atención primaria fuertes tienen mejores resultados que los demás. Hoy en día, en Bélgica, sólo el 5% del presupuesto total del INAMI se destina a la atención primaria. Pero no es suficiente con aumentar la financiación. Es la organización la que tiene que cambiar.

El marco de la asistencia sanitaria actualmente viene determinado por la medicina liberal y está completamente fragmentado. Los profesionales sanitarios se organizan cada vez más por grupos, pero la mayoría de estos consultorios están formados por una o dos disciplinas como máximo.⁵⁹ Además, debido al sistema de pago por servicio, los ingresos dependen del número de procedimientos que se realizan, por lo que a menudo hay poco tiempo para la consulta y la planificación de la atención sanitaria. Sin embargo, para los pacientes con enfermedades crónicas suele ser necesario poder colaborar entre varias disciplinas diferentes. Con una mejor visión de conjunto del tratamiento de un paciente en el hospital, un médico de cabecera o un coordinador estarían en mayor disposición de racionalizar todo. Por eso necesitamos construir una atención primaria fuerte, siguiendo el modelo de las casas médicas. Se reúnen diferentes disciplinas bajo un mismo techo.⁶⁰ Esto también permite mejorar la accesibilidad y la cooperación.⁶¹

Si el gobierno quiere, es perfectamente posible crear ese centro médico de barrio como ese, es decir una casa médica social en cada barrio. Con médicos de cabecera, enfermeros, psicólogos y kinesiólogos. Pero también, por qué no, un dentista, un trabajador social... La atención social en nuestro país está muy fragmentada, por lo que destacamos la importancia de integrarla en las casas médicas. De este modo conseguimos un enfoque accesible y generalista.

Podemos aspirar a tener entre cinco y ocho casas médicas por cada distrito sanitario de 100.000 habitantes, para una población de pacientes de entre diez mil y veinte mil personas cada una. Este centro médico se convertiría en el centro neurálgico del barrio, el punto de contacto al que todos pueden acudir si tienen preguntas o problemas.

Su proximidad al barrio les permitiría establecer rápidamente el vínculo entre los problemas individuales de los pacientes y los problemas de salud colectivos. Si resulta que varios niños tienen caries, tiene más sentido abordar este problema de forma preventiva en la escuela que enviar a cada niño por separado al dentista.

En cualquier caso, invertir más en los centros de salud comunitarios no supone costes adicionales para el gobierno. Los costes aumentan en la atención primaria (medicina general, kinesiología y enfermería), pero disminuyen en la línea de atención secundaria (hospitales, especialistas, medicamentos, etc.). En otras palabras: invertir en casas médicas significa, ante todo, cambiar la distribución de los recursos, prestando mayor atención a una buena atención sanitaria básica y a la prevención.⁶²



En Cuba, la gente se mantiene sana durante mucho tiempo

La isla socialista de Cuba carece desesperadamente de dinero debido al bloqueo económico de Estados Unidos. Los hospitales tienen que arreglárselas con equipos obsoletos. Rara vez tienen acceso a un escáner, por ejemplo. Sin embargo, muchos de los indicadores sanitarios del país son excelentes: la esperanza de vida es de 79 años, casi la misma que en Estados Unidos, mientras que la tasa de mortalidad infantil (4/1.000) es aún más baja que la de Estados Unidos.

¿Cómo consiguen los cubanos tan buenos resultados? Cuba trabaja para construir una sociedad socialista en la que el ser humano sea el centro. La salud es un derecho humano, consagrado en la Constitución. La salud no se define como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, mental y social. Esta visión integral e inclusiva hace gran hincapié en el deporte,



la cultura, la educación gratuita desde la infancia hasta la jubilación, la comunidad y la solidaridad. La asistencia sanitaria en Cuba es totalmente pública, gratuita y accesible para todos. La atención se centra en la atención primaria y en la prevención.

El Ministerio de Salud cubano está convencido de que las acciones preventivas pueden reducir las enfermedades en un 90%. Este enfoque preventivo se observa en todos los niveles. Hay un médico general y una enfermera de distrito por cada 150 o 200

familias. Viven en el barrio y conocen muy bien a la gente y sus problemas de salud. Dependiendo de su categoría de riesgo, cada paciente es visitado por el médico de cabecera una o varias veces al año. Durante estas visitas a domicilio, el médico también da consejos, por ejemplo, sobre la eliminación de aguas estancadas, la alimentación saludable y la higiene de las manos.

Cada distrito tiene una policlínica, que cubre aproximadamente a unos 25.000 habitantes, donde los especialistas pasan consulta y donde también trabaja un epidemiólogo. Aquí se centraliza toda la información que proporcionan los médicos de cabecera acerca de la salud de la población. Este es también el nivel desde el que se lanzan las campañas de salud en los barrios. Si es necesario, se puede llamar a un especialista en enfermedades infecciosas. También hay hospitales especializados.

Las autoridades llevan a cabo campañas de prevención por todo el país. Así pues, la educación sanitaria forma parte del programa escolar. La anticoncepción es gratuita y Cuba tiene una de las tasas de vacunación más altas del mundo para muchas enfermedades. Además, la industria alimentaria está controlada de manera centralizada para limitar el contenido en sal de los productos alimenticios. Aquí, los grupos de presión de la industria alimentaria no tienen la misma influencia que en Occidente. La salud es lo primero, no el beneficio.⁶³

Salud mental: hablar en lugar de recetar

El sufrimiento mental está muy extendido en nuestra sociedad. En 2018, un tercio de los belgas sufrió problemas de salud mental.⁶⁴ La crisis del coronavirus ha empeorado aún más esta situación. Bélgica también tiene desde hace años la tasa de suicidio más alta de Europa Occidental. Sin embargo, hasta el 60 % de las personas con problemas de salud mental no pueden acceder a una ayuda adaptada a sus necesidades. Se enfrentan a graves obstáculos: la dificultad de saber dónde acudir, el elevado coste de los terapeutas privados o las listas de espera en los centros concertados (¡a veces de hasta un año y medio!).

Está claro que necesitamos un enfoque eficaz para abordar y prevenir los problemas de salud mental. Las personas deben poder encontrar rápidamente el camino hacia este tipo de atención y el apoyo psicológico adecuados. Abogamos por un sistema en el que las personas puedan acceder a un tratamiento de calidad sin medicación innecesaria.



Se necesitan servicios de fácil acceso, a los que las personas con problemas de salud mental (familiares y sanitarios) puedan acceder tanto física como virtualmente. Para que puedan obtener la información pertinente y ser dirigidos rápidamente hacia una atención adecuada. Tenemos que invertir en la atención psicológica de la atención primaria, para que sea accesible a todos, sin prescripción y sin criterios de diagnóstico o gravedad. El psicólogo de la atención primaria evalúa los problemas en un número limitado de sesiones. Trata los problemas psicológicos de leves a moderados y, si es necesario, deriva a las personas a una atención más especializada.

El psicólogo de atención primaria debe estar cerca, y ser accesible y asequible. Es preferible que esto se haga en lugares que la gente ya conoce. De este modo, la atención psicológica encuentra su lugar en los servicios de atención primaria locales: en las escuelas y actividades socioeducativas, en los centros de la ONE, en los centros de mayores, en estructuras accesibles como las casas médicas, en las asociaciones, etc. Lo más cerca posible de las personas, para que quienes lo necesiten puedan recibir rápidamente la atención adecuada.

Invirtiendo primero en medidas preventivas y siendo además fácilmente accesibles, se puede llegar a más personas, inclusive a aquellas que hasta ahora lo habían evitado. De tal manera que los problemas de salud mental puedan abordarse rápidamente. Para las personas que necesitan una ayuda más especializada, hay que centrarse en los centros de salud mental⁶⁵, que actualmente se enfrentan a unas listas de espera cada vez más largas. Para las personas con problemas psiquiátricos graves, nos centramos de manera prioritaria en ampliar los equipos móviles. Estos pueden desplegarse rápidamente para ayudar a las personas en su propio entorno familiar, tanto para situaciones de crisis como para el seguimiento y la atención periódica.

Un hospital articulado en torno a los pacientes

Cuando el hospital se preocupa realmente por los pacientes, y menos por el dinero, se descentraliza la organización de la atención sanitaria. Cooperar con las casas médicas y el servicio de prevención de cada distrito sanitario local. Por ejemplo, se puede fomentar económicamente la colaboración entre distintos profesionales de la salud. Se puede dar una bonificación al médico de cabecera, al kinesiólogo y al especialista cuando trabajen juntos en el caso de un paciente crónico, en lugar de hacer que el paciente tenga que acudir a una consulta distinta, con cada uno de ellos por separado. En algunas partes del mundo, la atención primaria y los hospitales tienen incluso un presupuesto común, lo que les da un fuerte incentivo para centrarse en la prevención.

El buen funcionamiento de un hospital requiere la participación de todos: desde el personal de limpieza y de cocina, hasta los auxiliares de enfermería y logística. Todas las profesiones que trabajan en los hospitales deberían tener voz en la política hospitalaria, no sólo los médicos. Para ello, es importante que los hospitales dejen de depender económicamente de los médicos. Todos los que trabajan en el hospital deben trabajar también para el hospital. La subcontratación y el uso de personal interino están fragmentando las normas de calidad, las normas de personal y los salarios.

Cuando los poderes públicos proporcionan un presupuesto suficiente, las empresas hospitalarias pueden volver a convertirse en hospitales y las redes hospitalarias pueden cooperar en lugar de competir.



Financiamos la salud, no la enfermedad

En la región alemana de Selva Negra, un grupo de médicos convenció a dos compañías de seguros médicos para que financiaran mediante una tarifa plana, la asistencia sanitaria de una población de unos 30.000 habitantes. Así nació la organización sanitaria *Gesundes Kinzigtal*. Los médicos reciben ingresos adicionales si participan en el programa. Se ha desarrollado un gran número de iniciativas de prevención, entre ellas la de animar a los pacientes a hacer más ejercicio. El número de ingresos hospitalarios urgentes ha disminuido en los últimos cuatro años. Esto ha supuesto una reducción del gasto del 17 % en comparación con el resto de la población.

En España, Suecia y Nueva Zelanda, algunos distritos sanitarios locales funcionan de la misma manera. La pregunta que intentan responder en primera instancia es: "¿Cómo mantener a las personas con buena salud?" Los hospitales, los médicos de cabecera, la atención psicológica, la prevención y la atención domiciliaria se financian con un presupuesto común. Todos estos proveedores de asistencia sanitaria son responsables conjuntamente, por área de salud, de mejorar el estado de salud de la población. Esto es lo contrario de la maximización de la cantidad de atención sanitaria que se observa en nuestro país. ¿Una fuente inspiración para cambiar radicalmente el modo de financiación de los hospitales en Bélgica?

Atención especializada para nuestros mayores

"Las personas mayores son el futuro, no el pasado." Cada uno de nosotros será viejo algún día. Así es la vida. Tenemos derecho a descansar y a recibir cuidados al final de toda una vida activa con la que hemos contribuido a la comunidad. La visión neoliberal presenta a los ancianos, así como a los discapacitados y a los enfermos de larga duración, como elementos "inactivos", improductivos y que nos cuestan dinero. La presión para privatizar el cuidado de los ancianos y así obtener beneficios, es enorme, como hemos visto anteriormente en este capítulo.

Numerosos estudios demuestran que el ejercicio, la música, la interacción social y el aprendizaje mantienen a las personas y sus cerebros en forma. Por otra parte, el aislamiento social y la soledad de las personas mayores son muy perjudiciales para su salud. Las personas mayores que se sienten solas tienen un mayor riesgo de padecer demencia y enfermedades cardiovasculares mortales.⁶⁶

En lugar de frías residencias de ancianos privadas y una atención domiciliaria fragmentada y mal coordinada, necesitamos una atención para personas mayores que esté fuertemente integrada en el distrito sanitario local. Un consejo de personas mayores garantiza el derecho a opinar sobre cuál es la mejor manera de organizar la atención y la promoción de la salud de las personas mayores a nivel local. Sus opiniones deben ser tenidas en cuenta a la hora de planificar los espacios públicos y las viviendas sociales.



Con recursos suficientes para una atención domiciliaria a medida, con la integración de los servicios sociales, con el seguimiento médico por parte de los sanitarios de la atención primaria de la casa médica y con residencia pública en cada barrio, aseguraríamos el bienestar de todas las personas mayores.

El cuidado de los ancianos no es un gasto, sino un valor añadido. Hay mucho que podemos aprender de las personas con una rica experiencia vital. Una residencia pública es una residencia abierta, no un lugar donde "nos deshacemos" de los ancianos. Los residentes siguen siendo vecinos del barrio. Su jardín pertenece a la comunidad, los niños de la escuela realizan actividades en él y el personal tiene el tiempo y los recursos necesarios para que florezca una próspera vida social.

Una política inclusiva

Una sociedad demuestra su fuerza cuando se cuida de cada individuo de forma solidaria. Queremos una sociedad inclusiva en la que las personas con discapacidad participen activamente. Deben tener derecho al apoyo y a la asistencia. Este derecho debe ser jurídicamente exigible y vinculante para las autoridades públicas. Es importante que las personas con discapacidad tengan la mayor independencia posible y participen en las decisiones que les afectan. La política actual no garantiza estos derechos. El escaso presupuesto que se les asigna hace que la inclusión y la autonomía se conviertan una farsa, no un derecho.

Todo niño, todo joven, todo ser humano debe poder desarrollarse, tomar las riendas de su vida, participar y ser reconocido por sus talentos y su potencial. Por eso, una buena atención a los jóvenes es un derecho fundamental.

Tanto en la atención a los jóvenes como a las personas con discapacidad, hay que invertir recursos suficientes en la organización, en la atención y en el personal sanitario, en la investigación y en el intercambio de conocimientos y experiencias.

2. Financiación por población

Leemos regularmente artículos acerca de la falta de dinero en los hospitales y de los exuberantes salarios de los especialistas. Queremos cambiar el paradigma y pasar del "cómo conseguir la mayor facturación de los enfermos" al "cómo mantener a la gente sana". Por lo tanto, debemos pensar en un sistema de financiación alternativo. Este se basaría en la calidad y en la cooperación entre instituciones. Esto sólo es posible con una financiación compartida a nivel de distrito sanitario local. Una dotación de dinero para el funcionamiento de los servicios sanitarios que se base en las necesidades de la población atendida. Así, la motivación pasaría de más producción a más salud.

Esto iría acompañado de un salario fijo para los sanitarios. Los médicos recibirían un buen sueldo, como el de un profesor universitario. Este salario tendría en cuenta las cualificaciones, el tiempo de guardia y las horas extraordinarias, pero valoraría a todas las especialidades por igual.

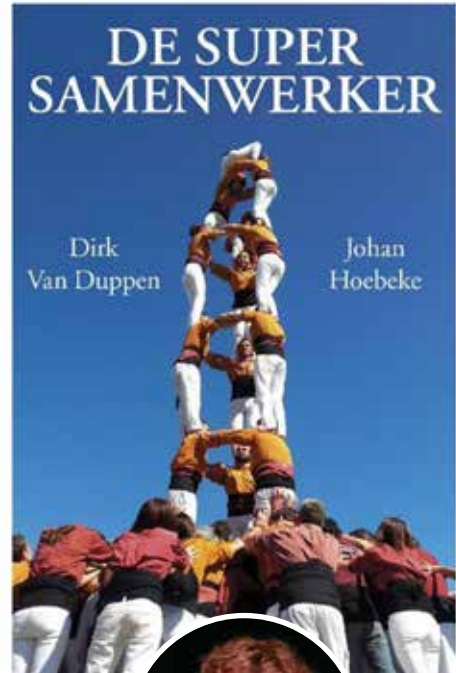
Un enfoque integral es más difícil cuando los proveedores de atención sanitaria son pagados en base a los servicios prestados. Un distrito sanitario con un presupuesto fijo se beneficiaría de muchos pacientes sanos y autónomos. Esto es lo que les estimula a centrarse en la prevención, la promoción de la salud y la colaboración entre la atención primaria y secundaria. Esto se puede ver claramente con el sistema de tarifa plana de las casas médicas comunitarias. Esta mayor autonomía de los proveedores sólo es posible si los recursos que reciben están ligados a la población de la que son responsables, y no al número de consultas o servicios técnicos que prestan.



La motivación intrínseca del personal sanitario no es el dinero

En su libro 'El Hombre ¿Un lobo para el Hombre? – Los fundamentos científicos de la solidaridad', Dirk Van Duppen describió cómo los seres humanos son seres sociales que se preocupan por los demás, por naturaleza. El personal sanitario está motivado cuando puede ofrecer la mejor atención al paciente con un buen equipo. Lo mismo ocurre con todas las profesiones del sector sanitario. Un sistema que depende únicamente de los incentivos financieros por cada servicio adicional no es estimulante. Esto conduce a la alienación, la deshumanización de los cuidados y el agotamiento profesional (burn-out).

Si sabemos que la motivación intrínseca de los sanitarios no es económica, las soluciones son aún más evidentes: acabar con el sistema de pago por servicio y garantizar unos buenos salarios fijos y unas buenas condiciones de trabajo para todo el personal sanitario. Esto mejoraría la calidad de la atención sanitaria, gracias a la fuerte motivación humana de cuidar a los demás. La salud de todos tiene mucho que ganar: la del paciente y la del cuidador.





Una financiación compartida fomenta la cooperación

Hace treinta y cinco años, la consulta médica era una empresa individual. Sólo tenía tiempo para la medicina curativa. Desde entonces, la asistencia sanitaria se ha vuelto más compleja. El envejecimiento de la población está provocando un aumento del número de pacientes con enfermedades crónicas. Además, el desarrollo tecnológico ha conducido a una mayor subespecialización dentro de los hospitales. Esto aumenta la necesidad de coordinación. ¿No se contradicen estos diferentes especialistas? ¿Y qué piensa el paciente de todo esto? A esto hay que añadir el aumento de los problemas psicológicos: personas que sufren estrés, agotamiento y depresión.

Una medicina de calidad requiere mayor prevención, promoción de la salud, capacitación, coordinación y un historial clínico telematizado y eficiente. Esto sólo es posible porque la organización de nuestra casa médica ha mejorado considerablemente. "Aquí en Lommel tenemos cuatro médicos, tres enfermeras, un contable, una auxiliar de enfermería, una dietista, dos recepcionistas, una coordinadora y una limpiadora. Las enfermeras han asumido gran parte de nuestro trabajo: análisis de sangre, tratamiento de verrugas, curas, prevención, seguimiento de los enfermos crónicos... Antes eran los médicos los que hacían todo esto. Nos ponemos en coordinación a menudo. Esto nos convierte en médicos mucho más competentes. Cuando trabajamos juntos en un caso, lo entendemos mejor."

Luc Ectors

Medico de MPLP de Lommel



3. Todo bajo gestión democrática

La creación de un centro de salud en cada barrio, la gestión de un servicio de prevención local, la organización de una financiación integral para cada distrito sanitario local... Si queremos garantizar todo esto, el gobierno debe desempeñar un papel mucho más activo en nuestro sistema sanitario que el que desempeña actualmente. Esto sólo funcionará si todo es lo más democrático y participativo posible.

El jefe responsable de cada distrito sanitario local debe ser elegido democráticamente. Además, organizaríamos un consejo asistencial en cada distrito, formado por representantes de todas las partes interesadas, que se reuniría mensualmente para participar en la toma de decisiones sobre todas las cuestiones importantes. Por un lado, los representantes del personal sanitario, con una buena distribución entre las diferentes instituciones y disciplinas presentes en el distrito. Por otro lado, los pacientes – básicamente todos los habitantes del barrio. Estos también pueden participar a través de las asociaciones de pacientes, las mutuas y otras organizaciones de la sociedad civil. Ya es hora de que todos estos actores tengan derecho a participar en el análisis de las causas y

consecuencias de nuestro sistema sanitario. El INAMI, que gestiona nuestro seguro de salud, está ahora gestionado conjuntamente por las mutuas y las asociaciones de profesionales. Sin embargo, estas estructuras nacionales están en su mayoría desconectadas de la realidad. La creación de 110 consejos de salud (uno en cada distrito sanitario local) nos permitiría garantizar mucho mejor la participación de todos en la reflexión y en el debate acerca del futuro de nuestro sistema sociosanitario 2.0.

4. Normas de calidad

Los distintos institutos científicos de nuestro país están haciendo un buen trabajo. Lo vimos durante la pandemia, pero también antes de esta. Sin embargo, suelen tener poco personal y pocos recursos.

Durante la pandemia, numerosos médicos y proveedores de atención sanitaria se quejaron de la multiplicidad de informaciones que difundían los diversos organismos. Cada semana se enviaban boletines informativos con las directrices médicas de las diversas instituciones y organizaciones: Sciensano, Domus medica, el Centro federal de expertos en asistencia sanitaria, el círculo de guardia local, el Consejo superior de higiene pública, las zonas flamencas de atención primaria, el Centro belga de información farmacoterapéutica... Era casi imposible orientarse. Es fundamental unificar el mando, especialmente en lo que respecta a las normas y directrices de calidad.

Por lo tanto, abogamos por que se elaboren directrices nacionales prácticas y claras y que se comuniquen a todos los proveedores de atención sanitaria. La política sanitaria funciona mejor cuando se basa en datos científicos. Se necesitan más recursos y personal para ponerla en marcha. Necesitamos contar con expertos independientes para hacer un mejor uso de nuestros fondos públicos.



El ejemplo de Suecia

La asistencia sanitaria en Suecia es de buena calidad. La esperanza de vida sueca es una de las más altas del mundo. El sistema de la sanidad pública se financia con impuestos. Los servicios básicos son gratuitos. El precio de los demás servicios tiene un límite. Los profesionales de la salud y los pacientes tienen gran confianza en esta política. La asistencia sanitaria se organiza a nivel regional, con un fuerte apoyo de las diversas instituciones científicas públicas nacionales. La política está unificada. El sitio web nacional de salud www.1177.se constituye un buen ejemplo. Este servicio sanitario está disponible día y noche. El personal de enfermería responde a sus preguntas. Busca u organiza la atención sanitaria para usted. En todo el país se dan los mismos consejos fundamentados en directrices científicas nacionales en todo lo que respecta al diagnóstico y al tratamiento.

2.3 Un modelo público-social 2.0



«Lo que se necesita ahora no es una reforma sino una transformación, una revolución. Una revolución silenciosa, colectiva y reflexiva, como la que condujo a la constitución del NHS (Servicio Nacional de Salud) en 1945.»

Allyson Pollock, Profesora de Salud Pública, Newcastle, Reino Unido.

Una seguridad social fuerte. Una atención sanitaria comunitaria a nivel de distrito, una financiación ligada a la población, una gestión democrática, y una atención para el bienestar mental y social... Se pueden dar pasos hacia adelante en cada uno de estos ámbitos por separado. Pensemos en el desarrollo de unas áreas de salud en Valonia basadas en la buena experiencia de las zonas de atención primaria de Flandes. Pensemos en las casas médicas que se multiplican. Pensemos en el enfoque preventivo de la Oficina de la Natalidad y de la Infancia (ONE). Pensemos en la lucha del personal sanitario por un mejor salario...

Pero la infiltración del mercado en la sanidad no puede ser detenida con simples retoques. En el sistema sanitario liberal actual, todos los logros se acaban viendo cuestionados tarde o temprano. Y a menudo escuchamos la vieja historia: "No hay dinero", "es una crisis para todos" y "hacemos lo que podemos". Sólo hay que pensar en el ahorro en seguridad social que se dio a raíz del cambio de impuestos del gobierno de Michel en 2016. O en la mercantilización de las residencias de ancianos, o en los recortes en casas médicas que planeó Maggie De Block...

Es importante protestar contra estas medidas, pero en este documento de visión de Medicina para el Pueblo vamos más allá. No es suficiente con retocar un poco las cosas a diestro y siniestro. Hay que atreverse a cambiar radicalmente el rumbo. Es imposible hacer frente al "error sistémico" mencionado en la primera parte de este capítulo sin introducir cambios fundamentales en el sistema. Hay que ir a las raíces del problema.

Queremos afianzar nuestros logros en materia de sanidad a largo plazo y desarrollarlos con ambición. Esto requiere un sistema de atención completamente diferente. Este sistema sanitario alternativo es un modelo público-social 2.0. Todo nuestro sistema sanitario está organizado según una visión pública. Esto difiere de la visión liberal actual. Es hora de meter este debate en la agenda.

Este modelo público-social 2.0 nos permite consolidar de forma sostenible los puntos fuertes de nuestro actual sistema no mercantil y hacer realidad nuevos objetivos. Porque las necesidades son importantes.

Diferencias entre visión pública y liberal

Público

- Sanidad, un derecho
- Accesible
- Prevención central
- Pago en sobre (tarifa)
- Planificación de la organización
- Atención primaria central
- Colaboración
- Cuidar un trabajo de muchas manos

Liberal

- La salud, una mercancía
- Barreras (financieras...)
- Lo curativo en el centro
- Pago por servicio
- Anarquía de la organización
- Hospitalocentrismo
- Competencia
- El personal, un coste

La financiación sería garantizada por las autoridades públicas. El presupuesto sería suficiente para que el sector sanitario dejase de estar constantemente sometido a la presión de reducir costes, privatizar y mercantilizar. La salud volvería a ser un derecho y dejaría de ser una mercancía. Una financiación conjunta de la atención primaria y secundaria, en forma de una cantidad fija para la población local y en base a las necesidades sanitarias. Por tanto, la prevención ya no se consideraría un coste, sino una inversión para mantener a las personas con una buena salud.

Los profesionales de la salud trabajarían para el servicio público. Esto garantizaría que hubiera suficiente personal trabajando en buenas condiciones. También garantizaría un salario fijo y satisfactorio, una buena pensión de jubilación y una sólida cobertura social. De este modo, los especialistas cobrarían lo mismo independientemente de si realizan un trabajo humano o técnico. Esto permitiría que los proveedores de atención sanitaria pudiesen centrarse en la calidad más que en la cantidad. La cooperación podría desarrollarse plenamente.

Para que todo el mundo quedase cubierto, la **atención se coordinaría de manera centralizada y se organizaría a nivel local.** El gobierno federal vigilaría que nadie quedase excluido, que hubiera personal y recursos suficientes y que las directrices fuesen claras... Los distritos desarrollarían esta política a nivel local, cerca de la gente.

Solo un servicio público-social 2.0 garantizará que la salud se convierta en un derecho para todos, en todas partes y para siempre.



- 1 Por ejemplo, este es el título de un largo artículo que apareció en De Standaard a finales de febrero de 2019. Detalle: el estudio fue realizado por Health Consumer Powerhouse, unthink-tank privado y liberal que analiza la atención sanitaria únicamente desde la perspectiva del consumidor individual. Importante reserva expresada por Ri De Ridder cuando se anunció la noticia. https://www.standaard.be/cnt/dmf20190225_04205485
- 2 <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- 3 https://atlas.ima-aim.be/jive?workspace_guid=e09625c3-b5d8-4d40-947d-b16c12640778
- 4 <https://kce.fgov.be/fr/performance-du-système-de-santé-belge-évaluation-de-l'équité>
- 5 La tendencia en Bélgica es inversa a la observada en Europa, donde las necesidades médicas insatisfechas en el grupo de ingresos más bajos han disminuido pasando del de 4,7 % (2011) al 2,3 % (2017). http://www.ose.be/fichiers/publication/santé/2020_Ces_Baeten_NIHDI_Inequalities_access_care_Report_FR.pdf
- 6 Perfiles de salud por países de la OCDE 2019, Bélgica https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/belgium-country-profile-health-2019_e5559793-nl#page910 La tarifa estándar recomendada por la mutua y sobre la que reposa el reembolso.
- 7 Perfiles sanitarios por país. OCDE, 2019, Bélgica.
- 8 https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/belgique-profil-de-sante-par-pays-2019_1860d1c0-fr#page9
<https://www.dkv.be/fr/a-propos/presse/la-forte-augmentation-des-couts-des-soins-hospitaliers-entraîne-ineluctablement-un-v>
- 9 Referencias: <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/socio-professionnel/la-liste-des-146-communes-wallonnes-en-penurie-ou-en-penurie-grave-de-medecins-generalistes.html> <https://www.zorg-en-gezondheid.be/aantal-huisartsarme-gemeentes-blijft-toenemen#:~:text=227%20huisartsarme%20gemeentes,juni%202019%20tot%20eind%202020>
- 10 https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf
- 11 <https://www.idewe.be/fr/-/le-secteur-des-soins-face-%C3%A0-36-d-absent%C3%A9isme-en-plus-que-les-autres-secteurs>
- 12 Presencialidad entre las/las enfermeras/os: Un estudio cualitativo y cuantitativo, Dr. L. Lagrandcourt, MPLP
- 13 https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/infirmiers_sur_le_marche_du_travail_2017.pdf
- 14 Referencia: <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/02/10/1-op-3-huisartsen-wil-stoppen/#:~:text=Uit%20een%20bevraging%20van%20de,nu%20al%20met%20een%20huisartsentekort>
- 15 La escasez de personal en nuestras residencias de ancianos es insostenible. Necesitaríamos aproximadamente el doble de personal para ofrecer una atención segura y de calidad. El 80 % del personal de enfermería de las residencias flamencas (privadas y públicas) tiene muy poco tiempo para prestar a los residentes los cuidados y la atención que necesitan, según las encuestas del CSC.
- 6 [https://www.hetacv.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/6000-centrales/6440-acv-openbare-diensten-csc-services-publics/6540-sectoren-overzicht-met-links\)-secteurs-\(aper%C3%A7u-avec-liens\)/openbare-zorg/brochure-zorgenqu%C3%AAtel.pdf?sfvrsn=af7b0c5b_4](https://www.hetacv.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/6000-centrales/6440-acv-openbare-diensten-csc-services-publics/6540-sectoren-overzicht-met-links)-secteurs-(aper%C3%A7u-avec-liens)/openbare-zorg/brochure-zorgenqu%C3%AAtel.pdf?sfvrsn=af7b0c5b_4)
- 17 Famoso lingüista y filósofo estadounidense, nacido en 1928.
- 18 MC, septiembre de 2020 : "El presupuesto sanitario en perspectiva histórica. ¿Hacia una erosión de nuestro modelo social?" https://www.mc.be/media/0-CM-info%20281-11705-FR_tcm49-67219.pdf
- 19 Análisis MAHA Beljús 2020
<https://www.beljus.be/about-us/fr/actualites/maha-analyse-2020>
- 20 El presupuesto de fuentes financieras
- 21 Cálculos en el texto a futuro « Helping people live the healthiest lives possible » (Ayudar a las personas a llevar una vida lo más sana posible) Basado en cifras del KCE y la OCDE. <https://proxy-ftp-upload-statics.kubernetes.prod.cloud.mediafin.digital/static.tijd.be/pdf/Helping%20people%20live%20the%20healthiest%20lives%20possible.pdf>
- 22 Extracto del libro de Ri De Ridder "Goed Ziek", p. 91.
- 23 <https://www.demorgen.be/nieuws/soms-geen-enkele-verpleger-per-afdeling-in-hoogbeveiligd-centrum-baca0510/>
- 24 Referencia: <https://weonit.org.uk/public-ownership/nhs>
<https://www.independent.co.uk/voices/how-nhs-being-dismantled-10-easy-steps-10474075.html> <https://www.bmj.com/content/361/bmj.k2791/rr>
<https://www.health.org.uk/publications/long-reads/returning-nhs-waiting-times-to-18-weeks>
- 25 Sebastian Franco, "Mapping the privatisation of healthcare in Europe" (Mapeo de la privatización de la atención médica en Europa), European Network of Corporate Observatories, 14 de octubre de 2021.
- 26 Health, health care and capitalism (Salud, atención sanitaria y capitalismo) En L. Panitch y C. Leys (eds.), Morbid symptoms: Health under capitalism (Síntomas mórbidos: la salud bajo el capitalismo), Gales: Merlin Press, 2009, p. 18.
- 27 Why Single-Payer Health Care Saves Money (Por qué la atención médica de pagador único ahorra dinero), Robert H. Frank, 7 de julio de 2017, The New York Times, <https://www.nytimes.com/2017/07/07/upshot/why-single-payer-health-care-saves-money.html>
- 28 Financing of integrated care in primary care, Impact of commercialisation in the Netherlands and Sweden (Financiación de la atención integrada en la atención primaria, Impacto de la mercantilización en los Países Bajos y Suecia), Tim Joye, tesis de máster en medicina general, Universidad de Gante, p. 40.
- 29 https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20180308_03398914
- 30 Agentschap Zorg & Gezondheid, "Hoeveel bedraagt de gemiddelde dagprijs in uw woonzorgcentrum. Meting 2020", <https://www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen>.
- 31 Sebastián Franco, "Mapping the privatisation of healthcare in Europe", European Network of Corporate Observatories, 14 de octubre de 2021.
- 32 Esto es lo que salió a la luz con una cuestión parlamentaria del PTB en el Parlamento flamenco, véase https://www.pvda.be/gemiddeld_22_minder_personeel_in_commerciele_woonzorgcentra
- 34 Agentschap Zorg & Gezondheid, "Hoeveel bedraagt de gemiddelde dagprijs in uw woonzorgcentrum. Meting 2020", <https://www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen>.

- 35 "Privatisering van openbare ouderenzorg : de kraak van de eeuw", Lise Vandecasteele, Knack, 12 de julio de 2021.
- 36 Corporate Europe Observatory, enero de 2021, "When the market becomes deadly" (Cuando el mercado se vuelve mortal).
- 37 Comisión Europea, noviembre de 2020, Dictamen de la Comisión sobre el proyecto de plan presupuestario de Bélgica para 2021. https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/draft-stability-and-growth-pact/annual-draft-budgetary-plans-dbps-euro-area-countries/draft-budgetary-plans-2021_en#belgium
- 38 Sin embargo, las residencias de ancianos siguen considerándose servicios privados en el libre mercado europeo, lo que deja a los grupos privados multinacionales la libertad de comprar cada vez más.
- 39 Además, la Comisión Europea considera, en principio, que la asistencia sanitaria es una "actividad económica" cubierta por la legislación del mercado único que prevé el libre intercambio de bienes, personas, capitales y servicios. Dentro de este marco, existe una intensa presión para subcontratar los servicios sanitarios con empresas privadas. El mercado europeo favorece la colaboración público-privada, la competición entre las instituciones sanitarias y la venta de hospitales a inversores privados.
- 40 En inglés, hablamos de providers & purchasers.
La compra de la asistencia sanitaria puede hacerla el paciente de su propio bolsillo, a través de los seguros de enfermedad (públicos o privados) o directamente con dinero del Estado.
- 41 La cobertura sanitaria la proporcionan principalmente las compañías de seguros privadas (para el 68 % de la población en 2019). Cifras para 2019. <https://www.census.gov/library/publications/2020/demo/p60-271.html>
De hecho, hay poca diversidad en la oferta de seguros. En 2014, tan solo cuatro empresas se repartían el 83 % de las pólizas de seguro. Esto no favorece la competencia ni la disminución de los precios, como promete la ley del libre mercado.
- 42 Health at a Glance 2021, OCDE, <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-es/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en>
- 43 Estados Unidos destina el 16,8% de su PIB a la atención sanitaria, frente a una media del 8,8% en la OCDE. Panorámica de la sanidad 2021, OCDE, <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-es/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en>
- 44 "Women's Health Insurance Coverage" (Cobertura de seguro de salud para mujeres), Kaiser Family Foundation, 8 de noviembre de 2021, <https://www.kff.org/other/fact-sheet/womens-health-insurance-coverage/>
La mercantilización de la asistencia sanitaria también agudiza la desigualdad de género. Casi una de cada cuatro mujeres sólo tiene acceso a la asistencia sanitaria a través del seguro de su marido. Esto contribuye enormemente a disuadirla de abandonarle si es víctima de violencia de género.
Estado de la salud en la UE, Perfil sanitario por país 2019, Bélgica
- 45 Entrevista para Solidaire en 2015
<https://www.solidaire.org/articles/pays-bas-trop-de-costumes-cravates-et-pas-assez-de-blouses-blanches>
- 46 Estado de la salud en la UE: Bélgica. Perfiles sanitarios por país 2019. https://ec.europa.eu/health/system/files/2019-11/2019_chp_be_french_0.pdf
- 47 REFERENCIAS AÚN POR RECOGER EN EL TEXTO PARA EL PLAN PROMETHEUS
- 48 Hemos publicado nuestra experiencia con la localización de contactos locales en un estudio : "Haalbaarheid van actieve contact tracing van COVID-19-infecties in de eerstelijnszorg : een pilootproject", Tijdschr. voor Geneeskunde, 76, n° 12, 2020
- 49 FUENTE: www.socialsecurity.be cifras de 2014
- 50 Tom Zwanepoel y Tony Van de Calseyde, "Splittings gezondheidszorg legt bom onder interpersoonlijke solidariteit", De Gids, 26 de abril de 2021
- 51 Centro federal de expertos en asistencia sanitaria, Estudio de las disparidades de la cirugía selectiva en Bélgica, informe 42A, 2006. Guy Tegenbos, "Kans op operatie verschilt zeer sterk per regio", De Standaard, 11 de octubre de 2006. "Kijkoperatie degeneratieve knieartrose vaak overbodig", De specialist, despecialist.eu, 24 de septiembre de 2019.
- 52 Bart Criel y Janneke Ronse en De Morgen <https://www.demorgen.be/meningen/onze-les-uit-de-coronacrisis-organiseer-gezondheidszorg-meer-lokaal-b32a7e95/>
Más información en TVG: <https://vtvg.be/nl/artikels/van-basisarts-tot-public-health-verschillende-wegen-om-naar-rome-te-reizen>
- 53 ¿Cuál es la diferencia entre ambas? En resumen, la prevención consiste más bien en evitar la enfermedad, por ejemplo mediante la vacunación o la detección precoz del cáncer. La promoción de la salud incita a las personas a tomar decisiones más saludables, por ejemplo, concienciando acerca de la necesidad de hacer más ejercicio y comer más sano.
- 54 Calculado por la MC. https://www.mc.be/media/PREVENTION%20ET%20PROMOTION%20DE%20LA%20SANTÉ_tcm49-69773.pdf
- 55 Opinión de la Plataforma de Prevención https://logoantwerpen.be/sites/default/files/domain%20editor/Melissa/Opiniestuk%20Preventieplatform_de%20nood%20om%20te%20investeren%20in%20preventie%20is%20nog%20noot%20zo%20groot%20geweest.pdf Ver también el llamamiento de decenas de académicos del sector médico a finales de 2019, antes incluso de la crisis del coronavirus https://www.standaard.be/cnt/dmfj20191006_04648748
- 56 Cifras del profesor de economía de la salud Lieven Annemans, basadas en un estudio británico. (¿Referencia?)
- 57 En Flandes, se trata de la Agentschap Zorg & Gezondheid (Agencia de Atención Sanitaria y Salud). En Valonia, la Agence pour une vie de qualité (AViQ). En Bruselas, tienen competencia no menos de tres instituciones diferentes (¡!). Más detalles en el informe de MC https://www.mc.be/media/PREVENTION%20ET%20PROMOTION%20DE%20LA%20SANTÉ_tcm49-69773.pdf
- 58 En Flandes, existen los Logo (Lokaal GezondheidsOverleg). Pero se trata, sobre todo, de una organización en red. Su principal tarea es poner en contacto a las organizaciones locales y al personal sanitario con los proyectos de prevención existentes. Su objetivo no es dirigirse ellas mismas hacia el propio público objetivo. El personal disponible también es limitado: 90 equivalentes a tiempo completo, repartidos en 15 entidades Logo en Flandes y Bruselas.
Información a través del sitio web <https://www.vlaamse-logos.be/node/75>
- Los países francófonos cuentan con Centros Locales de Promoción de la Salud (CLPS). Con 9 centros para toda Valonia y 1 para Bruselas, se observan las mismas limitaciones. <https://sante.wallonie.be/?q=transfert-competences-sante/organismes-agrees-organes-avis>

- 59 1) https://www.researchgate.net/publication/51167509_Structure_and_roles_of_public_health_centers_hokenjo_in_Japan
2) <https://www.niph.go.jp/journal/data/69-1/202069010002.pdf>
- 60 Esto sitúa a Bélgica en el último lugar de la clase en Europa.
Ver Qualicopc-studie <https://www.demorgen.be/nieuws/artsen-spelen-soloslim-b16bb612/>
- 61 Por cada paciente registrado, la mutua paga a la casa médica una cantidad fija al mes. El paciente y la mutua ya no pagan por servicio.
- 62 De nuevo en mayo de 2020, este foro de profesores de Amberes y Gante en el contexto de la crisis del coronavirus. <https://www.demorgen.be/nieuws/de-coronacrisis-kan-de-huisartsenzorg-voorgoed-veranderen-b70fc191/>
- 63 Esta cifra fue calculada por las mutuas en su estudio comparativo de los dos sistemas. Véase <https://ima-aim.be/Communique-de-presse-Les-Maisons?lang=fr>
- 64 Referencias :
 1. <https://www.medischcontact.nl/news/latest-news/article/learning-about-cuban-health.htm>
 - 2 Gardiner J. Is Cuba the answer? (¿Es Cuba la respuesta?) BMJ 2011; 343:d7460 doi:10.1136/sbmj.d7460
 - 3 Campion EW, Morrissey S. A different model--medical care in Cuba (Atención médica en Cuba: un modelo diferente). N Engl J Med. 24 de enero de 2013;368(4):297-9. doi: 10.1056/NEJMp1215226. PMID: 23343058.
- 65 Why Single-Payer Health Care Saves Money (Por qué la atención médica de pagador único ahorra dinero), Robert H. Frank, 7 de julio de 2017, The New York Times, <https://www.nytimes.com/2017/07/07/upshot/why-single-payer-health-care-saves-money.html>
- 66 Los Centra Geestelijke Gezondheidszorg (Centros de Atención de Salud Mental) en Flandes, y el Service de santé mentale (Servicio de Salud Mental) en Valonia son centros subvencionados a los que pueden acudir las personas con problemas mentales o psiquiátricos (graves) para recibir ayuda y apoyo. El equipo de cada centro está formado por psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas y trabajadores sociales. La tarifa estándar para una sesión de terapia psicológica es de 11 euros. La atención de urgencia y la consulta inicial siguen siendo gratuitas. Las personas que reciben una intervención reforzada en el marco del régimen de prestaciones por enfermedad o invalidez o de ayuda económica, pagan una tarifa reducida de 4 euros por entrevista.
- 67 Social Isolation and Loneliness in Older Adults : Review. American journal of geriatric psychiatry. Diciembre 2020 28(12): 1233-1244.

Capítulo 3

Medicamentos



- 1. Veinte años de lucha por el derecho a los medicamentos**
- 2. Los pacientes y la seguridad social pagan un alto precio**
- 3. El modelo de negocio farmacéutico obstaculiza el progreso social**
- 4. El remedio: convertir los medicamentos y las vacunas esenciales en un bien público**

1. Veinte años de lucha por el derecho a los medicamentos

Los medicamentos constituyen una parte esencial de nuestro sistema de atención sanitaria. Después de describir un problema de salud al que se enfrentan las personas, la siguiente pregunta es inevitable: ¿Existe un medicamento? Para muchos pacientes, el descubrimiento de nuevos medicamentos ha marcado una gran diferencia. Aunque desgraciadamente no es el caso de todos los problemas médicos, los medicamentos ayudan a la gente a curarse. Mientras que nosotros, la comunidad, no tenemos absolutamente ningún derecho de voz ni voto sobre qué pastillas y polvos se desarrollan, y mucho menos sobre su precio. El Gobierno ha cedido las llaves de la política de los medicamentos al sector privado, haciéndonos totalmente dependientes de un puñado de multinacionales farmacéuticas.

El antiguo presidente de Medicina para el Pueblo, Dirk Van Duppen, que falleció demasiado pronto, dio la voz de alarma en 2004 con su libro *La guerre des médicaments* (La guerra de los medicamentos). El libro tuvo un gran impacto y abrió un debate social y político sobre la política de los medicamentos. A lo largo de las páginas, explica detalladamente cómo pagamos demasiado por los medicamentos. Cómo las multinacionales están saqueando miles de millones de nuestra seguridad social. Pero también cómo las empresas farmacéuticas manipulan la investigación científica. Cómo se interesan principalmente por los medios para obtener beneficios y no por lo que es necesario para la salud pública. Y cómo intentan influir en la conducta de prescripción de los médicos. «Todo eso es cosa del pasado», se oye decir a veces a la gente del lobby farmacéutico. Pero ¿es realmente así? Observamos que muchas de las prácticas abusivas denunciadas por Dirk Van Duppen siguen existiendo hoy en día, aunque a veces adopten una forma diferente.



El modelo Kiwi

La historia de la guerra de los medicamentos comenzó con un paciente con problemas cardíacos del médico de cabecera Dirk Van Duppen, cuya medicación no se le reembolsó. En el centro médico De Bres de MPLP, en Deurne, decidieron llevar a cabo un pequeño estudio científico. Los médicos descubrieron entonces un modus operandi: a los pacientes que no necesitaban el medicamento se les reembolsaba y a los pacientes que sí lo necesitaban, no. Dirk Van Duppen planteó la cuestión en el periódico *De Morgen* y así fue como estalló la guerra de los medicamentos. Un año después, en 2004, publicó un libro bajo el mismo título: *La guerra de los medicamentos: ¿por qué son tan caros?*. Era una acusación contra la industria farmacéutica y su sed de dinero, su maquinaria de marketing y su saqueo de la seguridad social. El libro también demostró que es posible seguir una política diferente en materia de medicamentos. Dirk se inspiró en Nueva Zelanda. Allí no es el lobby farmacéutico el que está a cargo, sino el Gobierno.

| Multinacional: empresa que opera en varios países.

| Lobby: organización cuyo principal objetivo es influir en los responsables de la toma de decisiones para que sus intereses antidemocráticos se incorporen a las leyes.

Este último organiza una licitación pública para los medicamentos y reembolsa únicamente los productos que ofrecen la mejor relación calidad-precio. Por ello, en Nueva Zelanda los medicamentos son hasta un 90 % más baratos que en nuestro país. Este sistema se conoce en Bélgica como el «modelo Kiwi». La idea funcionó como un imán y movilizó a mucha gente. En un abrir y cerrar de ojos, cien mil personas firmaron una petición del sindicato cristiano de los empleados y de la KWB. MPLP también ha llevado a cabo sus propias acciones. Así pues, llevamos a nuestros pacientes a la ciudad fronteriza neerlandesa de Hulst, donde podían comprar medicamentos más baratos.



En 2005, la guerra de los medicamentos llegó al parlamento federal. Los diputados pudieron votar una ley que introduciría el modelo Kiwi en nuestro país. Surgieron partidarios de casi todas las familias políticas, lo que provocó un gran pánico entre las empresas farmacéuticas, que organizaron una conferencia de prensa conjunta por primera vez en la historia. El único mensaje era el siguiente: no puede haber bajo ningún concepto un modelo Kiwi. Su operación de lobbying no estuvo exenta de consecuencias. El modelo Kiwi se ha transformado en un «kiwi light».¹ Pero incluso esta versión tan ligera ha conseguido bajar los precios. También ha aumentado la conciencia de las excesivas sumas de dinero que caen en manos de las empresas farmacéuticas. El modelo Kiwi se ha aplicado a la compra de vacunas por parte

de las comunidades, por ejemplo, para la vacuna del VPH contra el cáncer de cuello de útero. El precio se redujo de 375 euros a 51 euros por tres inyecciones. Esto permitió la administración gratuita de la vacuna a todas las alumnas de secundaria.²

Desde hace algunos años, los centros médicos de MPLP siguen en la misma lucha. Todos los años presentamos a la prensa nuestros cálculos sobre la cantidad de dinero que puede devolver el modelo Kiwi.³ Cuando la entonces ministra de sanidad, Maggie De Block, anunció que quería encarecer los antibióticos y los inhibidores de la acidez estomacal, viajamos a los Países Bajos a bordo de 10 autobuses para demostrar la enorme diferencia de precios.

Fue todo un éxito, porque Maggie tuvo que dar marcha atrás. Y una vez más, pusimos de manifiesto la alternativa del modelo Kiwi. Uno de los últimos logros de Dirk Van Duppen antes de verse sorprendido por una enfermedad mortal fue un nuevo proyecto de ley sobre el modelo Kiwi. Nuestros parlamentarios del PTB han presentado un proyecto de ley en el que se detalla cómo podría aplicarse ese modelo Kiwi en Bélgica.⁴ ¡Seguimos con la lucha de Dirk!

Tim Joye

responsable del departamento de estudios de MPLP



De Lipitor a Humira

El sector farmacéutico no ha estado precisamente inactivo en los últimos años. El camino hacia los mayores beneficios no es el mismo que hace veinte años. Esta evolución era inevitable, sobre todo porque el espectacular progreso que ha experimentado la ciencia ha cambiado el tipo de medicamentos que se comercializan.

En la época de la guerra de los medicamentos, las empresas farmacéuticas obtenían sus beneficios principalmente de los medicamentos utilizados para enfermedades muy comunes: colesterol alto, hipertensión arterial, acidez estomacal, etc. Estos eran los productos que daban mucho dinero, medicamentos que podían recetarse a grupos muy amplios de pacientes y que a menudo debían tomarse durante un largo periodo de tiempo. Ingresos garantizados. Como los taquillazos en el mundo del cine, superproducciones con presupuestos multimillonarios que reportan mucho dinero. Para muchos de estos «taquillazos», la patente expiró y aparecieron en el mercado versiones genéricas más baratas. Los beneficios estaban bajo presión. En 2009, leímos lo siguiente en el periódico:⁵

«La mayoría de las grandes empresas farmacéuticas tienen hoy en día muchas dificultades para mantener su posición, su volumen de negocio y sus beneficios».

Por ello, la industria farmacéutica empezó a buscar otras formas de vender medicamentos que les reportaran grandes beneficios. Tienen un problema con los nuevos medicamentos de la última década: la mayoría están destinados a enfermedades que afectan a un número mucho menor de pacientes. Muchos de los tratamientos que se están desarrollando actualmente pertenecen a los campos de la inmunoterapia y la terapia génica. Se trata de campos de la ciencia médica que estaban aún en pañales hace veinte años, pero que han evolucionado enormemente desde entonces. Esto abre la puerta a un mejor tratamiento de numerosas enfermedades: las enfermedades inmunológicas crónicas⁶ como la enfermedad de Crohn o la artritis reumatoide, así como el cáncer y ciertos trastornos genéticos. Se trata, por tanto, de medicamentos de gran impacto, pero con un público objetivo más reducido que sus predecesores de hace veinte años.

Para hacer de este grupo de medicamentos la nueva vaca lechera, las empresas farmacéuticas han cambiado sus precios. Si el público objetivo es menor y se quiere conseguir el mismo volumen de negocio, hay que subir los precios. En siete años el precio de un tratamiento contra el cáncer se ha multiplicado por veinte, por ejemplo. El modelo de negocio se ha adaptado a la evolución tecnológica. Y hemos pasado de los «taquillazos» a los «nichazos de mercado».⁷

La comparación en la tabla adjunta muestra de forma más clara esta evolución. Mostramos el número 1 en la lista de los 25 medicamentos que le cuestan más caros al INAMI (Instituto Nacional de la Seguridad Social belga) de 2002 y de 2020. El actual número 1 es el adalimumab

Genérico: medicamento que contiene el mismo principio activo que el medicamento de marca comercializado originalmente. El genérico solo puede comercializarse una vez que ha expirado la patente del medicamento de la marca original.

Inmunoterapia: terapia médica dirigida al sistema inmunitario. Las enfermedades se tratan estimulando o inhibiendo nuestras defensas. Muchos nuevos medicamentos contra el cáncer.

Terapia génica: introducción de material genético (ADN, ARN) en el paciente para prevenir o curar una enfermedad.

Medicamentos que más cuestan al INAMI – 2002 y 2020

		Precio por dosis	Cantidad de dosis reembolsada	Total de la cantidad reembolsada
2002	atorvastatin	0.68 euro	111 millones	76 millones de euros
2020	adalimumab	20.39 euro	5 millones	102 millones de euros

(marca Humira), utilizado por muchas menos personas de las que utilizaban el medicamento reductor del colesterol atorvastatina (marca Lipitor) hace veinte años.

La historia del precio del adalimumab, o Humira, es un buen ejemplo de cómo los precios se incrementan artificialmente aún más que antes. Humira es un antiinflamatorio para el tratamiento de la artritis reumatoide. Fue comercializado por primera vez en 2003 por Abbott (actualmente AbbVie). Tras la expiración de la patente en 2018, muchos hospitales volvieron a realizar licitaciones para aprovechar la bajada de los precios. El precio de Humira se redujo inmediatamente en torno al 80 %.⁸

La transparencia está en peligro

| Para nichos muy pequeños, como los medicamentos llamados huérfanos, se ha creado incluso un régimen de devolución específico dentro del INAMI: el famoso artículo 81. De este modo, el precio de coste exacto de esta clase de medicamentos sigue siendo un secreto muy bien guardado.

La historia de este nuevo procedimiento (el artículo 81) muestra cómo el Gobierno ha seguido completamente el nuevo modelo de negocio de la industria farmacéutica. En 2015, la ministra liberal Maggie De Block firmó un «Pacto por el futuro» con pharma.be, el lobby belga de las grandes farmacéuticas. La industria farmacéutica ha acordado que el precio de muchos medicamentos convencionales puede reducirse a cambio de la promesa de que los nuevos medicamentos de nicho puedan tener un acceso rápido y fácil al reembolso.

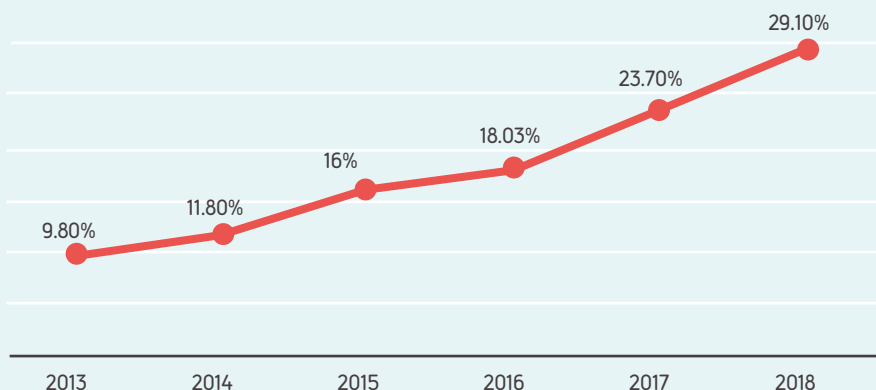
Desde entonces, el número de medicamentos cubiertos por el artículo 81 ha aumentado de manera exponencial, pasando de 6 en 2010 a 135 en 2019.⁹ Así que negociamos con las grandes multinacionales el precio de sus medicamentos, pero mantenemos el importe en secreto para los países vecinos. Así se garantiza que la posición competitiva de la empresa no se vea perjudicada. Este sistema mina nuestra democracia. Ni siquiera los diputados elegidos en el Parlamento tienen acceso a los contratos secretos. Se trata de un mecanismo que simplemente proporciona un incentivo para cobrar precios cada vez más altos.

| Medicamento huérfano: medicamento para el tratamiento de enfermedades raras y graves



El artículo 81 no es la única alfombra roja que los políticos han tendido a las grandes farmacéuticas. En la Unión Europea, existía el Reglamento sobre medicamentos huérfanos, y Estados Unidos hizo lo mismo con la Orphan Drug Act (Ley sobre medicamentos huérfanos). Estas directivas prevén, entre otras cosas, beneficios fiscales y exclusividad de mercado. El número de medicamentos huérfanos con una facturación anual de más de mil millones de euros en la UE ha pasado de 4 en 2013 a 20 en 2019.¹⁰

La parte de los gastos de medicamentos en Bélgica bajo contrato secreto (artículo 81), 2013 - 2018



Fuente: Simon Andries, "How the liberal minister eliminates the free market", De Standaard, 2 June 2018. (https://www.standaard.be/cnt/dmf20180601_03541830)



La bebé Pia

En septiembre de 2019, una ola de solidaridad recorrió nuestro país. Se le diagnosticó a una bebé, Pia, una atrofia muscular espinal (AME), una enfermedad muscular genética e incurable que puede provocar parálisis y, en el peor de los casos, la muerte. Se enviaron más de un millón de SMS por un valor de 2 euros para ayudar a pagar el carísimo medicamento llamado Zolgensma. La empresa farmacéutica Novartis pide 1,9 millones de euros por dosis. Novartis alude a los elevados costes de la investigación de Zolgensma, pero ignora el hecho de que no fue Novartis quien logró el avance científico, sino el laboratorio de investigación público Génethon, financiado a su vez con fondos públicos e, irónicamente, por la población en general a través del crowdfunding. En segundo lugar, fue la start-up estadounidense AveXis la que invirtió los recursos necesarios para llevar a cabo los estudios clínicos. Solo cuando estos estudios resultaron concluyentes, el gigante farmacéutico Novartis se subió al carro.



¿Es este medicamento tan caro porque los costes de producción son elevados? No. Novartis está explotando el hecho de que el medicamento funciona muy bien y está muy codiciado. El precio de venta de 1,9 millones de euros generó un beneficio de 143 millones de euros en tres meses en 2019.¹¹ David Lennon, presidente de AveXis, declaró sin ningún reparo: «¿Deberíamos entonces tratar a "todas las Pia" de forma gratuita? El valor del producto es muy elevado y el precio es justo». ¹² Sin escrúpulos. La protesta se ha intensificado aún más. Finalmente, la empresa encontró una solución: un sorteo.¹³ En los países en los que Zolgensma no se reembolsa, la suerte decidirá ahora qué bebés menores de dos años recibirán el medicamento de forma gratuita. Cara o cruz para la vida y la muerte. Junto con el PTB, exigimos la intervención del ministro. Esto es posible con una licencia

obligatoria.¹⁴ Esto significa que el ministro obliga al titular de la patente a conceder una licencia a otro fabricante para producir el medicamento. Esto podría haber reducido el precio de Zolgensma. La historia de la bebé Pia impulsó a nuestro grupo en el Parlamento a presentar un proyecto de ley con vistas a facilitar el recurso de las licencias obligatorias en nuestro país.

Sofie Merckx,

médico de MPLP de Marcinelle
y jefa del grupo del PTB en la Cámara



Start-up: se trata generalmente de una empresa de rápido crecimiento que quiere sacar al mercado un producto o servicio, un proceso empresarial o una plataforma innovadores.

2. Los pacientes y la seguridad social pagan un alto precio



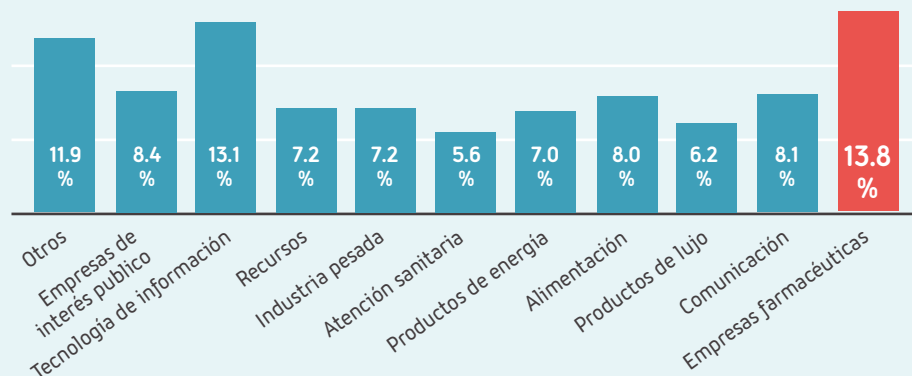
«¿La inversión más rentable después del petróleo y el sector inmobiliario? Las enfermedades».

Médicos del Mundo, campaña «El precio de la vida»¹⁵

Las familias siguen pagando cientos de euros cada año de su propio bolsillo por los medicamentos.¹⁶ No menos importante: con sus precios desorbitados, la industria farmacéutica también está robando a nuestro sistema de seguridad social, que se encarga de reembolsar estos medicamentos extremadamente caros. Esto plantea al Gobierno una elección agonizante: o pagamos el precio que se impone o se niega a los pacientes el acceso a nuevos medicamentos. Por ello, ninguna otra partida de gasto en el sector sanitario está aumentando de forma tan espectacular como la de los medicamentos. Esto mete bajo presión a todo el sistema de seguridad social, de modo que todos los demás sectores han tenido que apretarse el cinturón durante años. Entre 2020 y 2024, se necesitarán unos 1400 millones de euros para el reembolso de medicamentos en Bélgica. Esto supone un 30 % más que el presupuesto del periodo anterior, a pesar de que los gastos en atención médica solo aumentarán en 241 millones de euros (14 %).¹⁷

Mientras tanto, los beneficios de las multinacionales farmacéuticas se disparan. Por ejemplo, en 2021, el grupo Roche alcanzó el número uno con un fabuloso beneficio de 13 700 millones

Márgenes de beneficio de las empresas farmacéuticas y otras empresas



Fuente: Ledley F. et al., "Profitability of Large Pharmaceutical Companies Compared With Other Large Public Companies", JAMA, 2020. (<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2762308>)

El margen de beneficio indica los ingresos netos generados como porcentaje de la facturación total. Aquí se muestra la mediana de los márgenes de beneficio de 500 empresas (incluidas en el conjunto de datos S&P 500) entre los años 2000 y 2018, agrupadas por sectores.

de dólares.¹⁸ Las empresas farmacéuticas son mucho más rentables que otras grandes empresas.¹⁹ El siguiente gráfico muestra la diferencia en el margen de beneficio neto por sector económico. La industria farmacéutica gana por goleada. Por cada 100 dólares de volumen de ventas, obtuvo 13 800 dólares de beneficio. Son cifras mejores que las del sector bancario, que las del sector de la energía, etc. El margen de beneficio medio de los demás sectores era tan solo del 7,7 %.²⁰

El precio de los medicamentos «es el que el tonto está dispuesto a pagar»



«Las compañías farmacéuticas parten del principio de que la gente está dispuesta a vender sus casas si es necesario para curarse de un cáncer».

Dirk Van Duppen, expresidente de MPLP

¿Cómo pueden las empresas farmacéuticas justificar el hecho de pedir tanto dinero por un solo medicamento? Tomemos el ejemplo del sofosbuvir, un medicamento para la hepatitis C. Médicos del Mundo descubrió que su producción cuesta unos 100 euros, mientras que los laboratorios Gilead cobran hasta 43 000 euros por él.²¹ La industria farmacéutica suele alegar los elevados costes de investigación y desarrollo de medicamentos innovadores y los altos riesgos que tendría que asumir. Pero es inconcebible que pueda justificar un precio de venta 400 veces superior al coste de producción, como es el caso del sofosbuvir. También sabemos que la vacuna contra el coronavirus es mucho más cara que el precio de venta. Los farmacólogos y los economistas estiman que la vacuna de Pfizer puede producirse por entre 0,8 y 1,4 dólares. Si añadimos los costes de investigación, desarrollo y distribución, llegamos a un máximo de 3 dólares por dosis, incluso con estimaciones generosas. Hoy en día, nuestro Gobierno paga a Pfizer 19,5 dólares.²²

Las empresas farmacéuticas afirman que la investigación de nuevos medicamentos es cada vez más cara. Pero los ejemplos anteriores demuestran que este coste no se corresponde, ni de lejos, con estos precios desorbitados. Otro ejemplo: En el caso de diez nuevos medicamentos contra el cáncer muy utilizados, los investigadores calcularon que el coste medio de desarrollo era de unos 648 millones de euros, mientras que la ganancia media era de 1658 millones.²³

El problema es que los Gobiernos no suelen conocer el coste exacto del desarrollo de un nuevo medicamento. Los investigadores de Lovaina también constataron que la industria farmacéutica sobrestimaba ampliamente los costes medios de desarrollo en sus comunicados. Se ha comprobado que el coste medio del desarrollo de un nuevo medicamento es de casi 1500 millones de dólares menos de lo que afirma el sector farmacéutico.²⁴

Si el precio no está determinado por el coste de producción y si tampoco lo está por el coste de investigación y desarrollo, entonces ¿Por qué está determinado? El ejemplo del sofosbuvir y la hepatitis habla por sí solo. La empresa calculó este precio basándose en el coste

para el paciente y la comunidad de un trasplante de hígado, una operación que puede evitarse con el tratamiento con sofosbuvir. Los grupos de presión de las grandes farmacéuticas lo llaman «precios basados en el valor». El precio, por tanto, depende del valor del medicamento para nuestra salud. Lo cual es absurdo. Es como si el coste de la instalación de un airbag en el coche dependiera del valor de la vida salvada en un accidente grave. ¿Cómo determinamos el valor de una vida humana? La salud no tiene precio, el cielo es el límite. ¿Hasta dónde llegarías si tu hijo tuviera leucemia y necesitaras la medicación? Si fuera necesario, venderías tu casa y todos tus muebles. Las personas que están enfermas están dispuestas a hacer de todo para curarse. Esto es precisamente de lo que se aprovecha la industria farmacéutica al cobrar el precio más alto posible por los medicamentos que los pacientes y los seguros médicos están dispuestos a pagar. «Se puede sacar provecho de las necesidades de los demás y existe el riesgo de que el precio no se ajuste finalmente a los costes de producción. A veces se dice que es "lo que el tonto está dispuesto a pagar"», explica Marc Reynebeau.²⁵

Patentes y monopolios: la privatización de la investigación pública

¿Cómo es posible que las empresas farmacéuticas tengan tanto poder como para manipular los precios de esta manera? Son las famosas «patentes» las que lo hacen posible. Una patente otorga a una empresa el derecho exclusivo a comercializar un medicamento o una vacuna. En ningún otro sector las patentes están tan reguladas y protegidas como en el sector farmacéutico. Una patente otorga a las empresas una posición de **monopolio** durante al menos veinte años. No se permite que nadie más produzca y comercialice el medicamento, por lo que la empresa farmacéutica es libre de fijar el precio de forma totalmente unilateral. De todos modos, no hay competidores más baratos.

Sin embargo, los nuevos medicamentos o vacunas no suelen ser descubiertos por las propias empresas farmacéuticas. De los nuevos medicamentos que los gigantes farmacéuticos como Pfizer y Johnson & Johnson sacan al mercado, ellos han descubierto entre el 11 y el 23 %.²⁶ La estrategia de las multinacionales farmacéuticas es muy sencilla: recorren el mercado en busca de los medicamentos y tecnologías más prometedores e invierten grandes sumas de dinero para comprarlos. ¿Cómo funciona exactamente?

- Los avances en la investigación y el desarrollo de medicamentos innovadores son casi siempre el resultado de años de investigación de científicos apasionados de diferentes universidades, financiados con fondos públicos. Esta investigación básica es la más cara y conlleva los mayores riesgos.
- Los nuevos descubrimientos suelen desarrollarse a través de **spin-offs** privadas con ánimo de lucro. El nuevo conocimiento se protege con una patente para que nadie más pueda utilizarlo.

Monopolio: situación en la que un producto o servicio lo ofrece una única organización. Así pues, el precio no lo determina el funcionamiento del mercado, sino que lo fija el único proveedor.

Spin-off: es una empresa que surge de otra empresa más grande o de un instituto de investigación. Suelen ser empresas innovadoras que son el resultado directo de la investigación.

- Las grandes empresas biotecnológicas o farmacéuticas no se suben al carro hasta que los primeros estudios clínicos se desarrollen de manera concluyente. Seleccionan los candidatos a medicamentos más prometedores para su desarrollo y comercialización. Adquieren las patentes o, lo que suele pasar más a menudo, gastan dinero en incorporar a su cartera las start-up, las spin-off y las sociedades biotecnológicas con los medicamentos más prometedores.

En otras palabras: la inversión pública en investigación de alto riesgo acaba siendo privatizada por las grandes farmacéuticas. La mayor parte de la investigación de los nuevos medicamentos se financia con fondos públicos. Solo en Estados Unidos, más del 70 % de la investigación básica que da lugar a nuevos



medicamentos la llevan a cabo instituciones públicas, universidades y otras organizaciones sin ánimo de lucro.²⁷ Esta investigación colectiva no produce un bien público, sino conocimientos que son monopolizados por las empresas. Y el contribuyente paga dos veces: una primera vez para la investigación y otra para el reembolso de medicamentos que son muy caros. Costes públicos, beneficios privados... un mecanismo muy conocido del capitalismo.

Por tanto, el modelo de beneficios de la industria farmacéutica ha cambiado considerablemente en los últimos años. Las multinacionales farmacéuticas ya no son solo empresas que fabrican y venden medicamentos. Gran parte de los beneficios de las multinacionales ya no provienen de las ventas, sino de las transacciones financieras. Los grandes fondos de inversión han comprado las acciones de los gigantes farmacéuticos; estas empresas están comprando a su vez sus propias acciones para hacer subir el precio. Los dividendos pagados a los accionistas aumentan constantemente y superan los presupuestos de investigación y desarrollo de nuevos medicamentos..²⁸

La monopolización en el sector farmacéutico es enorme. Las pequeñas empresas con medicamentos prometedores en desarrollo son constantemente compradas por los grandes. Los grandes ya no solo se tragan a los pequeños, sino también a otros grandes. El número de fusiones y adquisiciones anuales ha pasado de unas 100 operaciones a finales de la década de 1980 a 800 operaciones en 2015. El poder en el mundo farmacéutico se concentra, por tanto, en manos de un pequeño club de multinacionales.²⁹ En 2017, las cuatro mayores empresas farmacéuticas representaron más del 40 % de la facturación total del sector farmacéutico.³⁰ Las empresas tienen que competir entre ellas para mantener su posición: es comer o ser comido.

Estudio clínico: en un estudio clínico, los medicamentos u otros tratamientos médicos se prueban en cobayas humanas. Solo se permite la comercialización de un medicamento si un estudio clínico demuestra que la sustancia es eficaz y no causa efectos secundarios graves.



Los ADPIC y el sida

Hasta los años 90, la protección de las patentes no iba más allá de las fronteras nacionales. Una patente estadounidense no tenía ningún valor legal en India o Brasil, por ejemplo. Al empezar a desarrollar sus propias industrias, estos países podrían producir sus propios medicamentos (de forma legal) y, por tanto, dejarían de depender de las exportaciones estadounidenses. Los gigantes farmacéuticos estadounidenses vieron esto como una gran amenaza para su volumen de ventas. Tras una campaña de presión masiva, se introdujo la protección de las patentes a nivel mundial. Sometidos a una gran presión, en 1994, 123 países firmaron el llamado Acuerdo sobre los ADPIC (Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio).³¹ En él, se comprometen a aplicar la protección de las patentes en sus territorios durante al menos 20 años. Por lo tanto, sin una patente, es ilegal producir y vender un determinado medicamento. Esto ha aumentado la dependencia de los países frente a un puñado de ricas multinacionales para obtener medicamentos.

De este modo, se comprometen a respetar la protección de las patentes en su territorio durante al menos 20 años. Por lo tanto, producir y vender un medicamento del que no se tiene la patente es ilegal. Los países se volvieron más dependientes de un puñado de ricas multinacionales para sus medicamentos.

Pero entonces llegó el sida. La pandemia del VIH puso de manifiesto el conflicto entre los intereses de las grandes empresas y la salud pública. En Sudáfrica, miles de personas morían de sida cada día. Los inhibidores del sida existían, pero eran demasiado caros y las empresas poseedoras de las patentes se negaban a bajar los precios. El Gobierno sudafricano, que acababa de salir del apartheid, quería aprovechar la oportunidad que le ofrecía el acuerdo sobre los ADPIC (Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio) para importar de la India inhibidores genéricos del sida más baratos. Por supuesto, la industria farmacéutica no podía quedarse de brazos cruzados. En 1998, 39 multinacionales farmacéuticas (con el apoyo del Gobierno estadounidense de Bill Clinton y la Comisión Europea) presentaron una demanda contra el Gobierno de Mandela. Las grandes farmacéuticas contra Nelson Mandela. La presión pública masiva, apoyada por numerosas ONG y movimientos populares de todo el mundo, obligaron al Gobierno estadounidense a dar marcha atrás. Al final, los gigantes farmacéuticos también tuvieron que abandonar su acción. En Sudáfrica, las grandes farmacéuticas mordieron el polvo por primera vez. Por último, una declaración, pronunciada en Doha en 2001, reafirmó que el Acuerdo sobre los ADPIC permite a países como Sudáfrica utilizar ciertas medidas del acuerdo, como la concesión de licencias obligatorias y las importaciones «paralelas» de otro país.



Afortunadamente, este sistema es cada vez más criticado. En 2020, al comienzo de la pandemia del coronavirus, el economista estadounidense Joseph Stiglitz, ganador del Premio Nobel, escribió lo siguiente: «Los monopolios son mortales». En su opinión, impiden el acceso a medicamentos que salvan vidas y que habrían estado disponibles en un sistema alternativo.³²

La economista italiana Mariana Mazzucato también es muy crítica. Desde hace varios años, lleva a cabo investigaciones sobre el tema de la innovación. Calificó de «criminal» la actitud de la industria farmacéutica en tiempos de coronavirus. En 2019, publicó el informe internacional «The people's prescription» (La receta del pueblo), en el que hace un duro diagnóstico sobre el modelo de innovación sanitaria que, según dice, está «corrompido».³³ Su mensaje es claro: «Hoy en día, las patentes suelen ser demasiado estrictas. Hemos permitido que las empresas abusen de ello». Mazzucato describe cómo la industria farmacéutica, gracias a su monopolio, fija el precio de un medicamento simplemente en el límite máximo de lo que un país puede pagar. Es muy clara acerca de la cuestión de la innovación: «Las patentes actuales no fomentan la innovación, incluso la perjudican. Destruyen el valor en lugar de crearlo».³⁴

3. El modelo de negocio farmacéutico obstaculiza el progreso social



*«A las grandes farmacéuticas les resulta más rentable fabricar una nueva crema corporal que una vacuna».*³⁵

Noam Chomsky, profesor de lingüística, filósofo, crítico de los medios de comunicación y activista político estadounidense³⁶

Sin patentes, no hay innovación»: cualquiera que haya asistido a un debate sobre patentes conoce esta afirmación perentoria. Cuando, durante la crisis del coronavirus, la petición de suprimir las patentes de la vacuna se hizo cada vez más fuerte, la N-VA se subió rápidamente al carro con este argumento tan conocido.³⁶ «Abolir las patentes es una idea comunista», añadió la N-VA. Sin embargo, la realidad es que el modelo de negocio de la industria farmacéutica y sus patentes constituyen un obstáculo entre el progreso científico y la salud de nuestra población.

Ahora no es la salud sino el beneficio privado lo que impulsa la innovación

En la actualidad, la industria farmacéutica descuida muchas necesidades sanitarias importantes. La enfermedad de Alzheimer es un buen ejemplo de ello. Pfizer, Merck, Roche... una tras otra, las mayores multinacionales han detenido sus investigaciones relacionadas con la enfermedad de Alzheimer en los últimos años. Para nuestra población de edad avanzada, esta investigación tiene un enorme valor, pero los resultados iniciales eran demasiado débiles, por lo que desistieron.

Bart De Strooper, especialista en la enfermedad de Alzheimer, lo ha experimentado en el curso de sus investigaciones y ha descrito con precisión cómo es hoy día: «Las primeras investigaciones sobre los medicamentos no dieron el resultado esperado. Los estudios clínicos podrían mejorarse y se necesita un mayor presupuesto para la investigación básica. La industria farmacéutica se ha apresurado a desarrollar medicamentos y se ha dado por vencida demasiado rápido cuando no ha obtenido un éxito inmediato. Debido a los resultados poco alentadores, las grandes farmacéuticas han abandonado la investigación sobre la demencia, lo que es muy cínico. Pfizer anunció entonces que retomaría el hilo «cuando viera nuevas oportunidades». Así que no quieren utilizar sus enormes recursos hasta que otros pongan primero las manos en el fuego».³⁷

Incluso cuando la industria farmacéutica recibe financiación gubernamental para fines de innovación, opta por utilizarla principalmente para los temas de salud que resultan más interesantes desde el punto de vista comercial.³⁸ Por eso no estábamos en absoluto preparados cuando estalló la epidemia del coronavirus. Pero seguimos sin aprender de nuestros errores. La resistencia a los antibióticos es quizás el mayor problema al que nos enfrentaremos. Los expertos temen que, después del coronavirus, esta sea la próxima pandemia «silenciosa» que se produzca. Se trata de bacterias que ya no responden a los antibióticos existentes. El problema es que no se han desarrollado nuevas clases de antibióticos desde los años 80. Solo tres empresas farmacéuticas tienen programas de investigación a pequeña escala. La razón es sencilla: los antibióticos, por norma general, solo deben tomarse durante unos siete días y simplemente no valen lo suficiente para la industria farmacéutica. Por lo tanto, proteger nuestro cuerpo contra las bacterias no es suficientemente rentable.³⁹

De todos modos, invertir en una vacuna que prevenga una enfermedad o en un medicamento que la cure es menos atractivo desde el punto de vista comercial, ya que normalmente solo se necesita una vez. Esto llevó al banco de inversión Goldman Sachs a plantear la siguiente pregunta, honesta pero impactante: «¿Curar a los pacientes es un modelo de negocio duradero?». Desde el punto de vista del beneficio, es mucho más interesante desarrollar medicamentos que se deben tomar durante largos periodos por consumidores ricos. «Los medicamentos para el corazón, los tranquilizantes que crean dependencia y los tratamientos para la impotencia masculina son los más rentables. No se trata de medicamentos para las infecciones nosocomiales, las infecciones emergentes y las enfermedades mortales tropicales tradicionales. Un medicamento universal contra la gripe (una vacuna que se dirija a las partes inmutables de las proteínas de superficie del virus) se ha podido hacer desde hace décadas, pero no es lo suficientemente rentable como

para ser una prioridad», resume el escritor y activista político Mike Davis.⁴⁰ Así que el científico y analista político estadounidense Noam Chomsky tiene razón: una crema corporal reporta más beneficios que una vacuna. Por otra parte, se están introduciendo en el mercado muchos medicamentos nuevos sin que se haya probado su eficacia. Por ejemplo, a través del famoso artículo 81 de Maggie De Block. De los doce tipos de cáncer para los que se han aprobado nuevos tratamientos en los últimos años, el Centro Federal de Expertos en Asistencia Sanitaria solo encontró un (ligero) aumento de la esperanza de vida en seis casos. En los otros seis, nada en absoluto.⁴¹

De hecho, una parte muy importante de la enorme facturación de la industria farmacéutica no se destina a la innovación. La industria farmacéutica gasta alrededor del 15 % de sus ingresos^{42, 43} en investigación y desarrollo. A menudo gasta tanto o más en marketing.⁴⁴ Gracias a los balances anuales de las mayores multinacionales sabemos que gastan una vez y media más en el pago de dividendos que en los departamentos de investigación.⁴⁵

También llama la atención que esta política pretenda curar las enfermedades en lugar de prevenirlas.⁴⁶ Prevenir las enfermedades es mucho más eficaz y menos costoso que tratarlas. Las razones económicas llevan a los investigadores a centrarse en los medicamentos curativos. Cuanto antes finalicen las empresas farmacéuticas los estudios clínicos de un nuevo medicamento, más tiempo podrán beneficiarse del periodo de patente garantizado. Los tratamientos preventivos requieren mucho más tiempo de investigación. Por ejemplo, había 17 000 estudios en curso sobre medicamentos para curar cánceres avanzados con muy pocas posibilidades de supervivencia para el paciente, mientras que apenas 500 estudios trataban sobre la prevención del cáncer.⁴⁷



La influencia sobre los investigadores y los prescriptores

Por lo tanto, las grandes farmacéuticas tienen hoy en día un enorme poder sobre la ciencia médica. Pero el problema va más allá de las prioridades que marcan, ya que también influyen en la investigación científica de varias maneras. El resultado es la distorsión y la manipulación de nuestro conocimiento de la realidad.⁴⁸

Por ejemplo, los resultados de los ensayos clínicos suelen mantenerse en secreto si son poco alentadores. Las investigaciones han demostrado que entre el 15 y el 50 % de los estudios clínicos nunca llegan a publicarse. Por tanto, los científicos no cuentan con una visión general de las investigaciones ya realizadas. Solo ven los resultados positivos. De este modo, no podemos aprender de los fracasos ya experimentados por los demás.⁴⁹ Esto nos lleva innecesariamente por caminos equivocados y al despilfarro. Cochrane, una organización que evalúa la investigación médica, ha calculado que cada año se desperdician 150 000 millones de euros en estudios que también está llevando a cabo la competencia o que se llevaron a cabo hace diez años y cuyos resultados nunca se han hecho públicos.

Luego está la influencia sobre los propios médicos, los que recetan los medicamentos. Puede que el número de visitas farmacéuticas a los médicos de cabecera esté disminuyendo, pero la influencia se mantiene. Las empresas farmacéuticas han invertido casi 250 millones de euros en «colaboraciones»⁵⁰ con proveedores de servicios sanitarios, instituciones sanitarias y asociaciones de pacientes en 2019. La industria prefiere cada vez más visitar al especialista, ya que suele recetar los medicamentos más recientes.

Es preferible que los médicos que prescriben medicamentos a los pacientes estén informados por una organización independiente para garantizar una **medicina de calidad basada en la evidencia**. En Bélgica, por ejemplo, existía hasta hace poco la organización sin ánimo de lucro Farmaka, un centro independiente que promovía el uso responsable de los medicamentos.⁵¹ Farmaka era una piedra en el zapato para la industria farmacéutica. El centro tuvo que despedir a sus 28 empleados como consecuencia de los recortes presupuestarios de la ministra De Block (del partido Liberales y Demócratas Flamencos, Open Vld)

Escasez frecuente de medicamentos

Los pacientes confían en que pueden obtener los medicamentos necesarios cuando los necesitan. Pero cada vez se enfrentan más a la escasez. Los pacientes van a la farmacia con su receta, solo para que les digan que su medicamento no está disponible. A veces tienen que esperar meses. Naturalmente, esta situación genera mucha incertidumbre entre los médicos y los pacientes. A menudo, esta falta de existencias no es una casualidad, sino que está totalmente ligada al precio que los productores pueden conseguir en otros lugares.

Los productores y los mayoristas juegan con sus existencias, por así decirlo, en función de dónde se pueden obtener los mayores beneficios. La forma en que las empresas farmacéuticas

| Medicina basada en la evidencia: medicina basada en la mejor evidencia científica disponible para decidir el tratamiento de un paciente



y los mayoristas provocan la escasez y la utilizan para aumentar sus beneficios se ha convertido en un modelo de negocio en sí mismo.



Pfizer se inclina hacia un grupo de pacientes

A finales de octubre de 2016, Pfizer dejó de suministrar el medicamento Ledertrexate. Este medicamento inyectable se utilizaba, entre otras cosas, para combatir el dolor articular y las enfermedades autoinmunes. Como resultado de la decisión de Pfizer, se estima que 10 000 pacientes se han visto privados de su medicación desde noviembre. Lo que provoca un dolor innecesario y la progresión de la enfermedad. Yo fui uno de ellos y me puse en contacto con la dirección de Pfizer. La empresa declaró que la interrupción del suministro se debía a un problema de producción en su fábrica. Un caso de fuerza mayor, por así decirlo. Pero tras la investigación, resultó que Pfizer tenía fábricas para la producción de este medicamento en al menos cuatro países. Un problema de producción en una sola fábrica no podía estar deteniendo las entregas a Bélgica. A menos que Pfizer prefiera vender la producción donde se paga un precio más alto. Junto con Médecine pour le Peuple, decidimos entonces emprender acciones legales. Queríamos que Pfizer compareciera ante un tribunal. El 25 de enero, en nuestro nombre, dos abogados enviaron un requerimiento a Pfizer, exigiendo que las entregas se reanudaran en 24 horas. De lo contrario, el gigante farmacéutico sería demandado en un procedimiento sumario. Al día siguiente, Pfizer envió una notificación a los abogados: «Se ha reanudado el suministro».

Peter Franssen

paciente de MPLP de Genk



4. El remedio: convertir los medicamentos y las vacunas esenciales en un bien público

Necesitamos un cambio de rumbo radical. Los medicamentos que utilizamos, los tratamientos que desarrollamos, las enfermedades en las que trabajan nuestros investigadores: el funcionamiento de la ciencia médica y del sector farmacéutico debe basarse en las necesidades sanitarias de la población, no en los intereses privados de unos pocos gigantes farmacéuticos. Para ello, necesitamos un Gobierno que tome las riendas de la política de los medicamentos y desempeñe un papel proactivo, desde la investigación inicial y el desarrollo posterior hasta la producción final y la distribución.

Inspiración en el modelo Kiwi neozelandés

El Gobierno neozelandés se sometió a una revisión radical en los años 90. Fue entonces cuando se creó Pharmac, una agencia gubernamental encargada de recuperar el control del desarrollo, la producción y la venta de medicamentos en manos de las multinacionales farmacéuticas. Durante años ha sido la fuente de inspiración de la campaña Kiwi de Medicina para el Pueblo. El objetivo del modelo Kiwi es que nuestro país vuelva a tomar las riendas de la política de los medicamentos.

Este modelo se describió por primera vez en el libro de Dirk Van Duppen y, posteriormente, se desarrolló para el contexto belga en un proyecto de ley del PTB.



La idea consta de tres etapas. En primer lugar, queremos saber qué tratamientos necesita la población. Un análisis de las necesidades determinará qué medicamentos podrían ser reembolsados. A continuación, un equipo de expertos independientes selecciona los medicamentos más adecuados basándose en criterios y estudios científicos objetivos. Únicamente se conservan los medicamentos que realmente funcionan, los mejores de los que ya existen. Por último, se organiza una licitación pública en la que el Gobierno pide a las empresas farmacéuticas que presenten una oferta de precio para la producción de los medicamentos seleccionados. Solo la empresa que ofrece el mejor medicamento al mejor precio recibe el reembolso de la seguridad social.⁵²

Es una idea simple, cuya lógica es diametralmente opuesta a la situación actual de nuestro país. Con el modelo Kiwi, nosotros, como sociedad, recuperamos el control de nuestros medicamentos. Hoy en día, toda la política está determinada por los intereses financieros de la industria farmacéutica. Con el modelo Kiwi, pasamos de un enfoque basado en la oferta a otro basado en las necesidades. En segundo lugar, el Gobierno utiliza el poder adquisitivo colectivo de la seguridad social como contrapeso a los monopolios farmacéuticos, para imponer así el precio más bajo posible.

En 2021, el Tribunal de Cuentas belga⁵³ confirmó que el modelo Kiwi garantiza medicamentos más baratos y de mejor calidad. Su opinión sobre la propuesta de ley es positiva y reafirma los principales beneficios. Este modelo reporta dinero a la seguridad social. También garantiza mejores medicamentos, ya que solo se reembolsan los que tienen un valor añadido demostrado. Evita los conflictos de intereses al seleccionar los medicamentos en función de criterios científicos y no de los grupos de presión y la comercialización de las empresas privadas. Además, ofrece garantías en materia de seguridad de suministro.

Cuanto antes podamos introducir este sistema en Bélgica, mucho mejor. Incluso hoy en día, nuestro sistema de seguridad social podría ahorrar considerablemente con un modelo Kiwi. Dentro del grupo de los nuevos medicamentos, hay también una categoría que merece especial atención. Desde hace varios años, están apareciendo medicamentos biosimilares, alternativas genéricas a medicamentos biológicos (biomedicamentos) caros como Humira, del que ya hablamos al principio de este capítulo.⁵⁴ Aunque esto puede representar un ahorro considerable. En 2019, los medicamentos biosimilares permitieron ahorrar 271 millones de euros, a pesar de su uso limitado.⁵⁵

Sin embargo, el modelo Kiwi no es suficiente para alcanzar plenamente el derecho a los medicamentos. El nuevo modelo de negocio de la industria farmacéutica plantea nuevos retos que el modelo Kiwi no puede abordar por sí solo. ¿Cómo podemos asegurarnos de que en el futuro no tengamos que escuchar historias desgarradoras como las de la bebé Pia y el bebé Lucien? ¿Cómo podemos asegurarnos de que se destinen más investigaciones a áreas menos lucrativas, como la resistencia a los antibióticos? Tantos años después de La guerre des médicaments, debemos actualizar el modelo Kiwi para hacer frente a los nuevos retos.

Los «biomedicamentos» son medicamentos biológicos. Esto significa que se fabrican gracias a un organismo vivo. Cuando una empresa de genéricos crea un producto similar después de que la patente haya expirado, se denomina «biosimilar». Porque en los medicamentos biológicos la estructura nunca es idéntica.

Un Instituto Salk europeo: hacer de los medicamentos y vacunas esenciales un bien público

Cuando Novartis decide cobrar 1,9 millones de euros por su medicamento que puede salvar la vida de un bebé, el modelo Kiwi no ofrece solución. Y el Instituto Pharmac neozelandés tampoco puede hacer nada en esta situación. Lo que puede hacer cualquier Gobierno, por supuesto, es conceder una licencia obligatoria para romper el monopolio de un determinado medicamento o tratamiento y permitir que otras empresas lo produzcan, como ocurrió en la lucha contra el sida. Sin embargo, esta no es una solución sostenible. El problema de las licencias obligatorias es que hay que solicitarlas país por país y patente por patente. De esta manera, estaríamos condenados a ir muy poco a poco. Es crucial que recuperemos el control público mucho antes en el proceso de investigación científica y desarrollo de medicamentos, empezando por aquellos medicamentos y vacunas que son realmente esenciales para nuestra salud pública.

Este es un escenario futuro que el Centre fédéral d'expertise des soins de santé (Centro Federal de Expertos en Asistencia Sanitaria) recomendó en su informe⁵⁶ de 2016 que, en colaboración con un grupo de expertos internacionales, buscaba soluciones a los elevados precios de los medicamentos. Se trata de un llamamiento a considerar los medicamentos como un «bien público» de principio a fin: «En un escenario así, las patentes y los monopolios ya no tendrían razón de ser, ya que los medicamentos y otras tecnologías sanitarias se considerarían bienes públicos. (...) El público paga toda la investigación y, por tanto, tiene un derecho legítimo sobre los resultados». No se puede decir más claro.



«¿Podríamos patentar el sol?» (Jonas Salk)

Jonas Salk demostró que también se pueden hacer las cosas de diferente manera. A mediados del siglo pasado, la polio hacía estragos en el mundo. Es una de las enfermedades más devastadoras que se conocen de la humanidad. El virólogo Salk, junto con su equipo de científicos dedicados, luchó contra el virus. Unos 20 000 médicos y trabajadores sanitarios unieron fuerzas, y con buenos resultados: el 26 de marzo de 1953, Jonas Salk anunció una vacuna segura y eficaz contra la polio. Cuando un periodista le preguntó: «¿Y quién tiene la patente ahora?», el Dr. Salk respondió sobriamente: «El pueblo, supongo. No hay patente. ¿Podríamos patentar el



© Yousuf Karsh

sol?». La vacuna contra la polio se puso a disposición de la población sin necesidad de patente y la enfermedad ha sido erradicada en gran parte del mundo.

Es posible conservar en manos de la población los conocimientos sobre los medicamentos y vacunas que desarrollamos en gran medida con fondos públicos. Es la poderosa posición de monopolio del titular de la patente la que ahora pone en fuera de juego a los Gobiernos. Una iniciativa a nivel europeo podría crear el poder de cambiar la estrategia. Un Instituto Europeo de Investigación y Desarrollo, que podríamos llamar «Instituto Salk» en honor al altruista descubridor de la vacuna contra la polio..

¿Cómo funciona el Instituto Salk europeo?

El Instituto Salk europeo consta de tres ejes.

1. En primer lugar, el eje de la investigación. Creamos un ambicioso fondo de investigación que reúne todas las subvenciones de investigación europeas. Financiemos la investigación biomédica de nuestros científicos con fondos públicos, de principio a fin. Esto puede conseguirse haciéndose cargo de los estudios clínicos o dotando a los centros de investigación de los recursos necesarios. Pero desde el principio, la financiación está sujeta a algunas condiciones. Transparencia, todos los datos y resultados de la investigación deben ser públicos. Y los grupos de investigación o las empresas participantes no están autorizadas para patentar los resultados.
2. El segundo eje es la creación y gestión de una base de datos de conocimiento público. Una reserva de conocimientos colectivos, donde se recogen y comparten todos los resultados y conocimientos tecnológicos. Todo producto final desarrollado en el Instituto estará sujeto a una **licencia abierta**. Nos aseguramos de que todos los datos e información necesarios sigan siendo públicos y de que los conocimientos sobre la producción de un medicamento puedan transmitirse a quienes los necesitan.
3. Por último, un eje de producción, que organiza la producción y la distribución. Las empresas farmacéuticas pueden responder a una licitación pública para la producción y el suministro de un medicamento en todos los países participantes. Para cada producto, celebramos un contrato con una empresa, seleccionada en función de diversos criterios. El precio y la calidad, por supuesto, pero el Instituto también puede decidir examinar las condiciones de trabajo del personal, por ejemplo.

Así pues, los principios del modelo Kiwi siguen aplicándose en el Instituto Salk. Solo se pueden reembolsar los medicamentos necesarios y con valor añadido. Las empresas farmacéuticas

| Una licencia abierta significa que la propiedad de la invención está protegida, pero que cualquier nuevo usuario está automáticamente autorizado a recuperar y a utilizar toda la información correspondiente.

pueden seguir produciendo medicamentos, pero lo que cambia es que ya no pueden adquirir un derecho de monopolio sobre el conocimiento público. Si diferentes empresas tienen la capacidad de producir un determinado medicamento, debería ser perfectamente posible.

El Instituto Salk europeo también puede explotar sus propias capacidades de investigación y producción. Los laboratorios públicos de investigación pueden orientarse a la investigación prioritaria de soluciones para las mayores amenazas de la salud pública. Por ejemplo, la resistencia a los antibióticos. Y las empresas de producción públicas pueden contribuir a romper el monopolio de las grandes farmacéuticas y a bajar más los precios.

Hay varios ejemplos en los que se desarrollan o producen medicamentos, o ya se ha hecho. El ejemplo más conocido es el de Cuba, donde el instituto público de investigación ya ha desarrollado, por ejemplo, dos vacunas por sí mismo contra el coronavirus. Pero también hay ejemplos de países capitalistas. En el siglo XX y durante 70 años, Connaught Labs de Canadá fue una empresa pública con capacidad de investigación propia. Los científicos han contribuido a algunos avances médicos importantes, como el desarrollo de la penicilina y la vacuna contra la polio.

Qué significa la disociación para la investigación y la producción de medicamentos



Eliminar los monopolios



Reducir drásticamente el precio de los medicamentos



Fomentar la investigación



Ahorrar dinero a los consumidores, los contribuyentes y los trabajadores

Fuente: Knowledge Ecology International, "Delinkage is a term to describe changes in the way we finance R&D", website visited on 12 January 2022. (<https://delinkage.org/>)

¿Cuáles son las ventajas?

El Instituto Salk europeo se apoya sobre el poder de la «open science». Colaborar y compartir. Porque el conocimiento prospera cuando se comparte. El intercambio de conocimientos permite a los investigadores aprovechar el trabajo de los demás. Igual que ocurre en el desarrollo de software. Si los equipos científicos trabajan juntos para encontrar respuestas, podemos llevar a cabo muchos más avances. Colectivamente, vamos más allá de la suma de las empresas individuales con ánimo de lucro que hoy en día suelen hacer el mismo trabajo en paralelo. De este modo, se aprovecharía al máximo la motivación intrínseca de los científicos dedicados: las personas rinden más cuando ven claramente que trabajan por el progreso de la comunidad, en lugar de por el máximo beneficio de los accionistas privados.



Sin beneficios en la pandemia

Desde principios del año 2020, el COVID-19 ha causado mucho sufrimiento humano en todo el mundo. La llegada de las vacunas trajo consigo la esperanza de una mejoría. Las vacunas se han desarrollado con grandes cantidades de dinero público, pero las empresas farmacéuticas controlan la producción y fijan los precios gracias a sus patentes, por lo que no hay suficientes vacunas para toda la población mundial. Las vacunas también son caras porque las empresas quieren obtener beneficios. Sudáfrica e India han propuesto una solución: pidieron a la Organización Mundial del Comercio que suspendiera temporalmente las patentes de medicamentos, vacunas, equipos de prueba y otras tecnologías clave en la lucha contra el COVID-19. Esto ya ocurrió con la vacuna contra la polio y los medicamentos contra el VIH. Sin embargo, la Unión Europea, entre otros, se opone a esta propuesta. Un gran número de ciudadanos y organizaciones sociales han puesto en marcha una iniciativa ciudadana europea titulada «Pas de profit sur la pandémie» (Sin beneficios de la pandemia) con el objetivo de obtener un millón de firmas de un millón de europeos. La Comisión Europea tendrá que volver a debatir el levantamiento de las patentes. Todo el mundo tiene derecho a una vacuna y a medicamentos para combatir el COVID-19. La información sobre la calidad, la seguridad y los costes de producción de las vacunas y los medicamentos debe hacerse pública. La investigación de una vacuna financiada con fondos públicos no debe privatizarse. Una pandemia no puede ser rentable. En resumen, todo el mundo tiene derecho a la salud, porque nadie está a salvo hasta que lo está todo el mundo.

Mathilde El Bakri

responsable del centro médico de MPLP de Schaerbeek
y responsable nacional de las campañas



Organización Mundial del Comercio: es una organización intergubernamental encargada de hacer cumplir los acuerdos comerciales entre los países.

Iniciativa ciudadana: una oportunidad para que los ciudadanos llamen la atención política y administrativa sobre sus ideas. Una iniciativa ciudadana europea debe contar con el apoyo de al menos un millón de ciudadanos con derecho a voto de al menos siete países de la UE.

Con un Instituto Salk europeo, podemos reducir enormemente el precio de los medicamentos. Hoy en día, las multinacionales farmacéuticas se remiten al alto coste del desarrollo para justificar sus elevados precios. Pero al mantener el desarrollo de nuevos medicamentos bajo control público y compartir todos los conocimientos adquiridos, el Instituto desvincula la producción de la investigación y del desarrollo. La literatura anglosajona habla de «delinkage» (desvinculación). Así se consigue mucha más transparencia, ya que el precio de un medicamento puede determinarse por el coste real de la producción.

Las posibles reducciones del precio son probablemente enormes. Según investigadores británicos, los precios de los medicamentos patentados contra el cáncer podrían bajar sobre un 75 %.⁵⁸ En Nueva Zelanda, el modelo Kiwi está ahorrando al Gobierno 1560 millones de dólares al año en el presupuesto para los medicamentos. Y eso sobre una población de 5 millones de habitantes. Si aplicamos estas cifras a los 447 millones de ciudadanos europeos, obtenemos un ahorro de 140 000 millones de euros.

Al bajar los precios a un nivel normal, estamos potenciando nuestro sistema de seguridad social y todo el sistema sanitario. Para invertir en más personal y más prevención. Y una parte de los fondos ahorrados por cada país podría invertirse en el Instituto Salk europeo. De hecho, un fondo de investigación a escala europea necesitará miles de millones de euros. En 2021, los economistas italianos ya estaban trabajando en una propuesta para el Parlamento Europeo. Hablan de un presupuesto inicial de 6500 millones de euros.⁵⁹ Pero si realmente queremos que el proyecto sea ambicioso, tendremos que ir aún más lejos. Según el KCE (Centro Federal de Expertos en Asistencia Sanitaria), es posible. «Las subvenciones para los estudios independientes no requieren más recursos financieros que los invertidos anteriormente en la asistencia sanitaria», dice su informe. «Como el precio de los medicamentos ha bajado mucho, una parte de los presupuestos sanitarios que antes se destinaban a los medicamentos se utilizan ahora para invertir en investigación».

Así que es perfectamente posible. Ya lo dijo Jonas Salk: «La esperanza reside en los sueños, en la imaginación y el coraje de quienes convierten los sueños en realidad».



Delinkage: significa literalmente «desvinculación». En el modelo actual, una empresa farmacéutica vincula el coste de desarrollo y el coste de producción al precio de su medicamento, lo que conduce a la falta de transparencia y al abuso.

Notas

- 1 Para su tesis de máster en sociología en la KU Leuven, Jasper De Witte investigó en 2011 las razones por las que el modelo Kiwi no llegó a implantarse en Bélgica. En 2007, Herman Van Eeckhout (Pharma.be) admitió que su organización industrial había lanzado la mayor campaña de presión de su historia. Fuente: Tom Cochez, «Hoe het kiwimodel tot kiwimoes werd gereduceerd», Apache, 4 de noviembre de 2011.
- 2 De Morgen informó de esta importante diferencia de precios en «Vaccins tegen baarmoederhalskanker vijf keer duurder in Wallonië» el 9 de septiembre de 2010. Las escuelas flamencas pudieron negociar en su momento un importante descuento al enfrentar a los dos fabricantes Sanofi-Pasteur-MSD y GSK.
- 3 Cada año, Médecine pour le Peuple analiza los 25 medicamentos que reciben más fondos del INAMI. Analiza el tipo de medicamentos, su eficacia en comparación con otros medicamentos y la posibilidad de reducir su precio mediante una licitación pública. En 2019, se podrían haber ahorrado 325 millones de euros en gasto público, pero también 227 millones de euros acumulados para los pacientes. Fuentes: Simon Grymonprez, «Kiwimodel voor medicijnen brengt half miljard euro op», De Standaard, 23 de abril de 2019.
- 4 El texto y el informe del Tribunal de Cuentas pueden consultarse en la página web de la Cámara de Representantes de Bélgica. Raoul Hedebeuw, «Proposition de loi instaurant une politique des médicaments efficient, efficace et accessible grâce à l'application du modèle Kiwi» (Proposición de ley para implantar una política de medicamentos eficiente, eficaz y accesible gracias a la aplicación del modelo Kiwi), Cámara de Representantes de
- 5 Análisis de De Morgen a raíz de la gigantesca adquisición de su competidor Wyeth por parte de Pfizer. El documento se refería en particular a la expiración de la patente del Lipitor en 2011, un medicamento que desempeñó un papel importante en la Guerra de los Medicamentos. (<https://www.demorgen.be/nieuws/farmareus-pfizer-biedt-record-voor-overname-van-wyeth-bd03f2b0/>)
- 6 Enfermedad inmunológica: un trastorno congénito y crónico del sistema inmunitario, en el que partes del mecanismo de defensa no existen o no funcionan con normalidad.
- 7 Un término introducido por Nature en 2010, cuando se constató que todas las grandes empresas farmacéuticas se involucraron en el sector de los medicamentos huérfanos (<https://www.nature.com/articles/nm0810-837a>)
- 8 En 2021, la Nederlandse Stichting Farma ter Verantwoording pidió explicaciones a AbbVie por los precios exorbitantes que había cobrado por Humira durante años. Según la fundación, han abusado de su posición dominante en el mercado. (<https://www.farmatervantwoording.nl/nl/humira-adalimumab/>)
- 9 Las cifras oficiales de esta categoría de medicamentos están disponibles en los informes «Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses (MORSE)» elaborados por el INAMI. Si sumamos las de 2019, llegamos a 135. (<https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/rapport-morse.aspx>)
- 10 Fuente: Marselis D. y Hordijk L. «Van blockbuster naar nichebuster». Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 29/07/2020.
- 11 «...dat leverde de farmareus in de maanden juli, augustus en september geen windeieren op: het medicijn bracht omgerekend 143 miljoen euro op, ruim de helft meer dan de 88 miljoen euro waarop de analisten hadden gerekend», escribió Kristof Simoons en «Medicijn voor baby Pia levert bedrijf Novartis grote winst op: "Dit is dus rijk worden op de kap van de zieken"», Gazet van Antwerpen, 23 de octubre de 2019 (https://www.gva.be/cnt/dmf20191022_04678771).
- 12 Extracto de una entrevista con David Lennon en «Moeten we dan alle Pia's gratis behandelen?», De Standaard, 23 de octubre de 2019 (https://www.standaard.be/cnt/dmf20191022_04678681).
- 13 «Gratis 'Pia-medicijn' wordt verloot», De Standaard, 21 de diciembre de 2019.
- 14 «Budget des médicaments : deux mesures que De Block devrait prendre (plutôt que de passer des accords secrets avec Big Pharma)» (Presupuesto para medicamentos: dos medidas que debería tomar De Block [en lugar de hacer tratos secretos con las grandes farmacéuticas], 21 de octubre de 2019 (https://www.ptb.be/budget_des_medicaments_deux_mesures_que_de_block_de_vrait_prendre_plut_t_que_de_passer_des_accords_secrets_avec_big_pharma).
- 15 Campaña «The Cost of Life». <https://thecostoflife.org/fr-BE/>
- 16 El gasto medio anual en medicamentos y productos farmacéuticos por hogar belga pasó de 653 euros en 2016 a 668 euros en 2018 y a 861 euros en 2020. Fuente: encuesta belga sobre los presupuestos de los hogares (<https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/budget-des-menages>).
- 17 Las cifras proceden del Comité de Monitoring (Comité de Supervisión). Descritas por Jeroen Bossaert en «Gezocht: 1,4 miljard euro extra voor geneesmiddelen», De Morgen, 21 de octubre de 2019.
- 18 El Fortune Global 500 es una clasificación de empresas, desde las más grandes a las más pequeñas, basada en su volumen de negocios anual. (https://fortune.com/global500/2021/search/?fg500_profits=desc).
- 19 Fuente: Ledley et al, «Profitability of Large Pharmaceutical Companies Compared With Other Large Public Companies», JAMA, 3 de marzo de 2020 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7054843/>) citado por el filósofo, biólogo y periodista de investigación Ruben Mersch en «De prijzen van geneesmiddelen kunnen écht wel lager», De Correspondent, 30 de abril de 2020. (<https://decorrespondent.nl/11195/de-prijzen-van-geneesmiddelen-kunnen-echt-wel-lager/696890362080-81f500e9>).
- 20 Fuente: Ledley et al, «Profitability of Large Pharmaceutical Companies Compared With Other Large Public Companies», JAMA, 3 de marzo de 2020 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7054843/>).
- 21 Campaña de Médicos del Mundo de 2016. (<https://www.rtf.be/article/hepatite-c-medecins-du-monde-conteste-le-brevet-et-le-cout-exorbitant-d-un-medicament-8903736>).
- 22 Y sabemos por las notas publicadas de las negociaciones que Pfizer originalmente quería cobrar 100 dólares. El periodista de De Standaard, Ruud Goossens, habla del «hold-up de Pfizer».
- 23 Referencia de la experta en patentes Amaka Vanni en Lava a un estudio estadounidense publicado en la revista médica JAMA Internal Medicine. Lava: <https://lavamedia.be/fr/propriete-intellectuelle-et-imperialisme-vaccinal/> JAMA: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2653012>
- 24 Con la referencia de los datos públicos disponibles, se ha calculado que cuesta 1200 millones de euros sacar un nuevo medicamento al mercado. Se trata de una gran diferencia con respecto a los cálculos anteriores, que ascendían a 2500 millones de euros. Sorprendentemente, estas cifras se basan en las cifras facilitadas por las propias empresas. Fuente: Wouters et al, «Estimated research and development investment needed to bring a new medicine to market, 2009-2018», Journal of American Medical Association (JAMA), 2020. (<https://nieuws.kuleuven.be/en/content/2020/average-cost-of-developing-a-new-drug-could-be-up-to-1-5-billion-less-than-pharmaceutical-industry-claims>)
- 25 El historiador y periodista Marc Reynebeau expresó su crítica en «Wat de zot ervoor moet geven», De Standaard, 21 de abril de 2021.
- 26 Cifras que el periodista de investigación Ruben Mersch recogió para el sitio web de noticias neerlandés De Correspondent. Para las grandes farmacéuticas, el desarrollo de medicamentos se ha convertido en un asunto secundario, 9 de julio de 2020. (<https://decorrespondent.nl/11398/voor-farmabedrijven-is-het-ontwikkelen-van-medicijnen-bijzaak-geworden/709527141312-41f7162a>)
- 27 Analizado por Ruben Mersch en «De uitvinder van het coronavaccin is... niet Big Pharma (maar die krijgt wel de eer én de poen)», De Correspondent, 5 de febrero de 2021.
- 28 La organización holandesa SOMO ha llevado a cabo las investigaciones sobre la financiación del sector y su informe puede consultarse en su sitio web: www.somo.nl/nl/somo-toont-financiering-farmaceutische-industrie-aan/
- 29 Myoung Cha, Theresa Lorrman, «Why pharma megamergers work», McKinsey & Company, 1 de febrero de 2014. (www.mckinsey.com/industries/pharmaceuticals-and-medical-products/our-insights/why-pharma-megamergers-work).
- 30 Un análisis del farmacéutico, máster en administración de empresas (MBA) y bloguero The Minimalist/Pharmacist en «A detailed business analysis of

- the Pharmaceutical Industry», 1 de febrero de 2018. (<https://medium.com/minimalist-pharmacist/pharmaceutical-industry-analysis-f4834efbe947>).
- 31 El periodista de investigación Ruben Mersch ha descrito muy bien cómo las normas actuales de protección de la propiedad intelectual están escritas a petición y medida de la industria farmacéutica occidental en «Coronavaccins zijn te belangrijk om aan een handvol farmaceuten over te laten», De Correspondent, 26 de febrero de 2021.
 - 32 Entre otras cosas, señala las 100 000 muertes infantiles por neumonía que se podían haber evitado en la India porque Pfizer tiene el monopolio de la vacuna PCV13 que, de hecho, cuesta cientos de dólares.
Fuente: Joseph E. Stiglitz et al., «Zeker nu zijn monopoliesodelijk», De Standaard, 29 de abril de 2020.
 - 33 Realiza un cuádruple diagnóstico del actual modelo de innovación, en el que la investigación y el desarrollo están impulsados por los beneficios a corto plazo y no por las prioridades de salud pública; en el que hay una falta de transparencia y colaboración; en el que los precios de los medicamentos se disparan; y en el que rigen los beneficios a corto plazo para los accionistas y la financiarización. https://www.ucl.ac.uk/bartlett/public-purpose/sites5/public-purpose5/files/peoples_prescription_report_final_online.pdf
 - 34 «Politici hebben een gebrek aan visie»: economista Mariana Mazzucato over de kansen die de overheid laat liggen» (los políticos carecen de visión: la economista Mariana Mazzucato sobre las oportunidades que el Gobierno está dejando escapar), De Morgen, 31 de diciembre de 2021.
 - 35 «Noam Chomsky: "Coronavirus Pandemic Could Have Been Prevented"», RSN, 4 de abril de 2020. (<https://readersupportednews.org/opinion2/27775/62229-noam-chomsky-coronavirus-pandemic-could-have-been-prevented>),
 - 36 Annelien Van Bossuyt & Kathleen Deporter, «Het opheffen van patenten is alleszins niet de oplossing», De Morgen, 29 de enero de 2021. (<https://www.demorgen.be/meningen/het-opheffen-van-patenten-is-alleszins-niet-de-oplossing-b480bab/>).
 - 37 «Alzheimer-autoriteit Bart De Strooper: "Strijd tegen dementie moet even dwingend worden als die tegen kanker"» (Bart De Strooper, experto en la enfermedad de Alzheimer: "La lucha contra la demencia debe ser tan imperativa como la lucha contra el cáncer"), De Morgen, 26 de febrero de 2022.
 - 38 A través de la iniciativa europea relativa a los medicamentos innovadores, la industria farmacéutica dispuso de un presupuesto de investigación de nada menos que 2600 millones entre 2008 y 2020 para invertir en innovación sanitaria. Las ONG Global Health Advocates y Corporate Europe Observatory han revelado cómo la industria farmacéutica no ha invertido estos fondos en áreas de investigación en las que se necesita urgentemente financiación pública, como la preparación a largo plazo para las epidemias (como el coronavirus), el VIH/sida y las enfermedades tropicales desatendidas relacionadas con la pobreza. (corporateeurope.org/sites/default/files/2020-05/R/C3%A9sum%C3%A9-Ex%C3%A9cutif-PPP-Rapports.pdf).
 - 39 Un hallazgo que llevó a un antiguo economista jefe de Goldman Sachs a concluir que solo una empresa pública podría aportar una solución a este reto de salud pública mundial. (<https://www.theguardian.com/business/2019/mar/27/nationalised-drug-companies-may-be-needed-to-fix-antibiotics-market>).
 - 40 Mike Davis, «The Monster Comes In», Lava, 5 de junio de 2020. (<https://lavamedia.be/fr/le-monstre-entre/>).
 - 41 Estudio del Centro Federal de Expertos en Asistencia Sanitaria, 2021. (<https://kce.fgov.be/fr/les-nouveaux-m%C3%A9dicaments-contre-le-cancer-offrent-ils-toujours-un-r%C3%A9el-b%C3%A9n%C3%A9fice-aux-patients>).
 - 42 La organización de presión farmacéutica, la Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas, ha compartido estas cifras en «The Pharmaceutical Industry in Figures – Key Data 2021» (<https://www.efpia.eu/media/602709/the-pharmaceutical-industry-in-figures-2021.pdf>).
 - 43 «Campaign for Sustainable Rx Pricing (CSRXP)» analizó este gasto en «Breaking down the Big Pharma dollar – Part 1», 15 de mayo de 2019. (<https://www.csrpx.org/dose-of-reality-breaking-down-the-big-pharma-dollar/>).
 - 44 La mayor organización mundial de reguladores sanitarios, la Regulatory Affairs Professionals Society (RAPS), ha analizado el gasto en «Do Biopharma Companies Really Spend More on Marketing Than R&D?», 24 de julio de 2019. (<https://www.raps.org/news-and-articles/news-articles/2019/7/do-biopharma-companies-really-spend-more-on-market>).
 - 45 Ya hemos mencionado el estudio sobre estas revisiones anuales. «The Financialisation of Big Pharma». (<https://www.somo.nl/nl/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/Rapport-The-financialisation-of-Big-Pharma-def.pdf>).
 - 46 Médicos y farmacéuticos de Ibadan (Nigeria) escribieron una carta a una revista científica donde explicaban que la medicina preventiva es más importante que la curativa. Babatunde et al., «Enhancing preventive medicine over curative medicine: Role of telemedicine», Public Health in Practice, noviembre de 2021. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666535221000550>).
 - 47 Austin Frakt es un economista sanitario de Harvard que ha escrito en este artículo antes citado sobre las prioridades en la investigación de medicamentos contra el cáncer. Austin Frakt, «Why Preventing Cancer Is Not the Priority in Drug Development», The New York Times, 28 de diciembre de 2015 (www.nytimes.com/2015/12/29/upshot/why-preventing-cancer-is-not-the-priority-in-drug-development.html).
 - 48 Un estudio de la Universidad de Bath (Reino Unido) analizó ocho sectores industriales para entender cómo utilizan la ciencia para maximizar los beneficios. Legg et al., «The Science for Profit Model-How and why corporations influence science and the use of science in policy and practice», PLOS ONE, 2021. (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0253272>).
 - 49 Nature Human Behaviour destacó la importancia de comunicar también la falta de resultados o los contratiempos. «The importance of no evidence», Nature Human Behaviour, 2019. (<https://www.nature.com/articles/s41562-019-0569-7>).
 - 50 Thierry Christiaens, profesor de farmacología clínica (UGent) y afiliado al Centro Belga de Información Farmacoterapéutica (CBIP), entre otros, critica la creciente influencia de las empresas farmacéuticas en Debackere E., «Farmabezoekjes aan de huisarts dalen, maar beïnvloeding blijft», De Standaard, 2021 (https://www.standaard.be/cnt/dmf20210103_98300563).
 - 51 Farmaka propuso una amplia gama de documentos médicos que podía descargarse gratuitamente, hasta su cierre en 2018. BCFI/CBIP, «Archives de Farmaka» (Archivos de Farmaka), 16 de mayo de 2019. (<https://farmaka.cbip.be/fr/documentation/publications>).
 - 52 En nuestro proyecto de ley Kiwi, abogamos por la creación de una agencia gubernamental («Agencia para la Gestión Farmacéutica») provista de una rama científica y otra económica, para organizar el análisis de las necesidades y de los mercados públicos, respectivamente.
 - 53 Jeroen Bossaert, «Rekenhof steunt PVDA-voorstel: 'kiwimodel' kan factuur geneesmiddelen onder controle brengen», (El Tribunal de Cuentas apoya la propuesta del PTB: el "modelo Kiwi" permite tener el control sobre la factura de los medicamentos), De Morgen, 26 de mayo de 2021
 - 54 Cuando las empresas de genéricos producen un producto equivalente después de la expiración de la patente, se denomina «biosimilar», porque la estructura de un medicamento biológico nunca es exactamente la misma.
 - 55 La Mutualité chrétienne (MC) ha publicado un análisis sobre el uso de medicamentos biosimilares en 2019, que muestra que Bélgica está sorprendentemente atrasada con respecto a sus países vecinos. (https://www.mc.be/media/21_0654_studiedienst_magazine_A4_FR_CM-info285_M%C3%A9dicaments_tcm49-71604.pdf).
 - 56 Cálculos realizados por Medaxes, la organización belga de presión de las empresas de medicamentos genéricos, (www.medaxes.be/sites/default/files/infile-files/20190322_medaxes_memorandum_fr_final.pdf).
 - 57 KCE y ZIN, «Des scénarios du futur pour des médicaments accessibles: la Belgique et les Pays-Bas réunissent un think tank international» (Los escenarios del futuro para los medicamentos accesibles: Bélgica y los Países Bajos convocan un grupo de reflexión internacional), 22 de junio de 2016. (<https://kce.fgov.be/fr/press-release/des-sc%C3%A9narios-du-futur-pour-des-m%C3%A9dicaments-accessibles-la-belgique-et-les-pays-bas-r%C3%A9>).
 - 58 Médicos y farmacéuticos del Reino Unido han descrito cómo se pueden conseguir nuevos tratamientos contra el cáncer asequibles y ponerlos a disposición de médicos y pacientes de todo el mundo mediante el uso de medicamentos genéricos.
Hill et al., «Estimated generic prices of cancer medicines deemed cost-ineffective in England: a cost estimation analysis», BMJ Open, 2017. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28110283/>).
 - 59 El economista italiano elaboró varias opciones políticas tras encuestar a las partes interesadas, en un informe para una comisión del Parlamento Europeo sobre investigación científica y tecnológica (STOA). Florio et al., «European pharmaceutical research and development: Could public infrastructure overcome market failures?», STOA Panel, 2021.

Capítulo 4

Empoderamiento



- 1. La estrategia para lograr el cambio**
- 2. Empoderamiento: del individuo al colectivo**
- 3. Los cuidadores y el empoderamiento: de proveedor de servicios sanitarios a activista por la salud**

1. La estrategia para lograr el cambio



«Garantizar que el cuerpo sea fuerte, no es tanto una cuestión de la habilidad del trabajo de la mano de un médico sobre un cuerpo débil, sino más bien el resultado del trabajo del conjunto de la comunidad en el plano social.»

Ernesto "Che" Guevara – Médico y revolucionari

El sistema en el que vivimos no llega a garantizar el derecho a la salud para todos. La brecha sanitaria es cada vez mayor. Demasiadas personas viven y trabajan en condiciones insalubres. La asistencia sanitaria se considera cada vez más como una mercancía y un área donde ahorrar en los presupuestos. Mientras tanto, la Big Pharma está saqueando los bolsillos de los pacientes y nuestra seguridad social. Si queremos que nuestros pacientes estén sanos, es necesario un cambio fundamental en nuestra sociedad.

Cada día, en nuestros centros médicos, nos enfrentamos a las consecuencias de este sistema injusto. Un trabajador de la construcción con problemas de espalda que tiene que trabajar otros 15 años antes de poder jubilarse. Una madre soltera con problemas económicos a causa de las facturas de su tratamiento contra el cáncer. Como profesionales de la salud, queremos abordar la cuestión de la enfermedad y la desigualdad, luchar contra la idea de que no podemos hacer nada al respecto y que, como cuidadores, debemos limitarnos a aceptarlo o conformarnos con tratar solo los síntomas. Nuestros centros médicos no quieren limitarse a poner tiritas en las heridas, sino ser palancas para ofrecer soluciones estructurales.



No podemos luchar por el derecho a la salud sin nuestros pacientes. El cambio no se produce por arte de magia. En esta sociedad, un grupo pequeño pero poderoso se aprovecha del statu quo. Las multinacionales que contaminan nuestro aire, suelo y vías fluviales, las grandes empresas farmacéuticas que se embolsan beneficios exorbitantes, las instituciones europeas que solo promueven austeridad y privatización... : para ganar contra ellos, hay que actuar en grupo. Un estudio de las tasas de mortalidad de los últimos 200 años muestra que una mayor prosperidad no conduce automáticamente a una mejor salud. Fue solo cuando la gente se organizó y defendió sus derechos que mejoró su salud...¹ También en nuestro país, los historiadores belgas afirman que "todas las grandes reformas de Bélgica no fueron iniciadas por el Parlamento, sino por la presión de "la calle"².

Para nosotros, el objetivo principal es reunir al mayor número posible de pacientes para defender sus derechos. Queremos ayudar a la gente, pero al mismo tiempo hacerla más fuerte. Esta es la idea del empoderamiento. Ser cuidador y activista. En el texto 2010 que expone nuestra visión, esto se afirma de la siguiente manera: "Las estrategias de empoderamiento deben ayudar a los individuos a vincular su lucha personal por una mejor salud con la lucha colectiva por una mejor salud para todos.



Con condiciones de trabajo seguras durante el periodo de Covid

Durante la pandemia, el lugar de trabajo ha sido una fuente importante de infección. En otoño de 2020, un titular de prensa sobre la propagación del coronavirus en las empresas decía "Campo abierto para el virus". Anunciamos a través de nuestros centros médicos que una de cada cinco personas se había infectado en el trabajo. Lo descubrimos llamando a todos nuestros pacientes que dieron positivo. ¿Cuál es nuestra explicación a la circulación del virus en el trabajo a esos niveles? En el Parlamento, nuestra doctora Sofie Merckx descubrió que más de 6 empresarios sobre 10, no estaban en regla respecto a las medidas a tomar contra el coronavirus.

Durante este periodo, un trabajador ferroviario, paciente del centro médico, me llamó para decirme que varios compañeros habían dado positivo al coronavirus en su lugar de trabajo en La Louvière. Los compañeros enfermos tuvieron que ser aislados, pero aquellos otros compañeros que habían estado en contacto con ellos fueron invitados a volver al trabajo. La SNCB se negó a organizar una prueba para los compañeros que habían estado en contacto estrecho, a pesar de la insistencia de los sindicatos. Me explicó que los trabajadores estaban preocupados. Algunos son pacientes de alto riesgo y otros tienen familiares en casa que son vulnerables. Informé a mi equipo y, tras debatirlo, decidimos hacer nosotros mismos las pruebas necesarias a los 44 trabajadores del taller de La Louvière.

Concertamos las citas con los trabajadores un sábado por la mañana. Todo el equipo del centro médico se movilizó, así como los trabajadores, que acudieron desde muy temprano para organizar nuestra visita. Algunos registraron a los ferroviarios, otros se encargaron de la administración de las pruebas y los médicos realizaron las pruebas... Después de esta bonita y buena colaboración entre todos, nos fuimos con una sonrisa en la cara. Al cabo de 48 horas, llegaron los resultados. 12 pruebas fueron positivas. 12 de los 44 trabajadores ferroviarios eran portadores del virus sin saberlo y, por tanto, podían infectar a sus compañeros y a los pasajeros de los trenes cada día.

Varios centros médicos de Medicina para el Pueblo han ayudado a los pacientes en sus lugares de trabajo. En Herstal, nuestros colegas fueron a realizar pruebas a un departamento de AB Inbev que tenía muchas contaminaciones. Los trabajadores se declararon en huelga, lo que condujo a la mejora de las normas de seguridad en relación con la propagación del coronavirus en la empresa. Este fue un paso importante en la lucha por la seguridad en el trabajo en el periodo Covid.

Saskia Deceuninck

Médico de MPLP de La Louvière





El origen del término "empoderamiento" se remonta a los movimientos sociales de los años 60 y 70. Su objetivo era aumentar el poder y la influencia de los grupos oprimidos. El pedagogo de la liberación brasileño Paolo Freire, entre otros, desarrolló este concepto. El empoderamiento se construye sobre tres pilares, que son aumentar la conciencia crítica, aumentar el control y pasar a la acción. Freire quería que las personas adquirieran el conocimiento y la comprensión de la naturaleza y las causas de la injusticia a través de su propia experiencia directa, con la intención de cambiarlas.³

El concepto de empoderamiento proporciona un marco para organizaciones como "Medicina para el Pueblo", que quieren vincular la ayuda individual con la lucha colectiva. En el ámbito de la asistencia sanitaria, apreciamos una visión de la relación con el paciente que rompe radicalmente con el paternalismo clásico de, por ejemplo, Meneer Dokter (Sr. Médico, una serie de televisión flamenca). Desde nuestro punto de vista, el paciente no se encuentra en una posición de dependencia con respecto al proveedor de asistencia, sino que ambos están en igualdad de condiciones. El empoderamiento implica que los pacientes se emancipan y toman su propio destino en sus manos. El punto de partida del empoderamiento es la capacidad de las personas a autonomizarse, a reclamar sus derechos y a superar su posible dependencia de la ayuda o la caridad. El empoderamiento contiene la palabra "poder". El cambio de poder es fundamental, en contraste con el enfoque tradicional de la ayuda, que se centra en el alivio de las necesidades.⁴



La capacitación, un concepto "maleable"

Hoy en día, todo el mundo habla de empoderamiento. ¿Pero qué pasa si el Banco Mundial también utiliza el término indistintamente? ¿Todos quieren decir lo mismo? En los últimos 30-40 años, el concepto de empoderamiento se ha convertido algo "maleable", que ofrece diferentes significados.

El neoliberalismo ha abusado del término a partir de los años 80 para promover su propia agenda. El "empoderamiento" se ha convertido en un término que suena bien; se ha utilizado para defender medidas que exigen a las personas que aprendan a resolver sus propios problemas en la medida de lo posible. Y así liberar a las autoridades de sus principales tareas. El empoderamiento ya no consiste en redistribuir el poder, sino en aprovechar la "propia fuerza" de los ciudadanos⁶.

En los últimos años, cada vez más organizaciones sociales vuelven a hablar de empoderamiento. Cada vez se presta más atención a las desigualdades en materia de salud y a los numerosos obstáculos a los que se enfrentan las personas socialmente vulnerables. Entre los profesionales de la salud y el trabajo social, a veces oímos hablar de "equidad" o "universalismo proporcional", que consiste en pensar en cómo dar a todas las personas la ayuda y las oportunidades que necesitan. En primer lugar, se trata de eliminar las barreras y hacer esfuerzos adicionales para llegar a las personas socialmente vulnerables. Pero también se trata de capacitar a las personas hacia la autonomía y darles más control⁷.

Al mismo tiempo, vemos que cada vez se habla más de la responsabilidad social del médico de cabecera y de otros trabajadores de primera línea. La idea de un centro médico comunitario se consideraba radical hace 50 años, pero hoy está en pleno auge. Estos centros han introducido el modelo de "atención primaria comunitaria". De este modo, los médicos de cabecera y otros proveedores de atención primaria pueden detectar y notificar los problemas de salud locales y los factores patógenos ("promoción de la salud"). La idea de que los proveedores de atención sanitaria se vinculen al contexto social está resurgiendo, y esto es positivo. Pero en realidad, la política no siempre está de nuestro lado, y señalar los problemas no suele ser suficiente para cambiar las cosas. Por lo tanto, es valioso recuperar el concepto de empoderamiento: la organización colectiva de las personas para aumentar su poder y forzar el cambio.

Así, los centros médicos de Medicina para el Pueblo son a la vez un centro médico y un centro de acción. Y el empoderamiento es nuestra protección para no convertirnos en una confirmación del sistema. Ante un trabajador que está deprimido porque ha perdido su empleo, o un niño pequeño que sufre de asma porque las paredes de su habitación están cubiertas de moho, ¿qué actitud hay que adoptar? Necesitan nuestros cuidados, pero ¿cuál es el efecto de nuestra ayuda si nos limitamos a eso? Los efectos de la injusticia en la sociedad se suavizan entonces y el sistema sigue funcionando de la misma manera. A través del empoderamiento, tratamos de luchar por el fin de esta injusticia. Es la diferencia entre trabajar de un modo que confirma el sistema y trabajar de un modo que te libera del sistema.

El sanitario estadounidense Irving Zola lo describió con una bella metáfora: "Como médicos, nos encontramos en la orilla de un río revuelto. Oímos el grito de un hombre que se ahoga. Nos lanzamos al río, lo abrazamos, lo llevamos a la orilla y le damos respiración artificial. Justo cuando empieza a respirar de nuevo, oímos otra llamada de auxilio y la escena se repite. Estamos tan ocupados rescatando y reanimando que nos olvidamos de ir río arriba y ver quién está empujando a toda esa gente al río. "Esto es exactamente lo que significa liberarse del sistema. Estar junto a las víctimas y abordar las causas de su sufrimiento.





El cambio no se produce por arte de magia

A lo largo de los últimos treinta años, la ONG Viva Salud ha trabajado intensamente entorno al derecho a la salud y el empoderamiento. El empoderamiento es, en nuestra opinión, la mejor garantía para un cambio sostenible. El cambio no se produce por arte de magia. Las personas que se aprovechan de la explotación y la opresión no van a renunciar por ellas mismas a su poder. Las personas socialmente oprimidas sólo pueden conquistar su poder organizándose y defendiendo colectivamente sus intereses de grupo. De este modo, crean un poder compensatorio que puede ejercer presión a las empresas o al gobierno. Movilizándose, se pueden conseguir grandes victorias. La lucha por el Hospital Fabella de nuestros socios en Filipinas es un ejemplo. El Hospital de Fabella está considerado el hospital de maternidad más concurrido del mundo (con una media de 70-80 partos al día). En un país, donde la asistencia sanitaria está en gran medida privatizada y es inasequible para la mayoría de la población, el hospital siempre ha sido un refugio para las mujeres de la capital y las provincias vecinas, ya que los servicios son gratuitos. Debido a la falta de inversión del gobierno, durante mucho tiempo no se ha renovado el edificio. El gobierno utilizó el estado de deterioro del edificio como argumento para cerrar el hospital y sustituirlo por uno privado. El cierre dejaría a los trabajadores ordinarios y a una media de 1.000 pacientes por día sin nada. Una de ellas, Aniceta, dijo: "Cuando entras en un hospital, lo primero que piensas no es si te vas a mejorar pronto, sino si vas a poder pagar las facturas. Recuerdo que tuve que compartir la cama con otro paciente porque no había suficientes camas. Cuando me enteré de los planes de privatización del gobierno, mi primera reacción fue: ¿qué pasará con la gente como yo si nos enfermamos?

Nuestros socios han lanzado un llamamiento para protestar contra los planes de privatización del hospital. Este llamamiento provocó un verdadero levantamiento popular. Las mujeres embarazadas se movilaron día tras día, con el apoyo de las enfermeras y de muchas filipinas preocupadas. Tras varios enfrentamientos, el director del hospital decidió dialogar con las manifestantes. Las mujeres habían ganado.

Con el paso de los meses, muchas mujeres involucradas activamente en este movimiento de protesta tomaron conciencia de sus derechos. Aniceta nos escribió: "Durante las formaciones y los foros a los que asistí, aprendí que la privatización de los hospitales forma parte de la agenda neoliberal del gobierno. Si no me hubiera organizado, nunca habría sentido la necesidad de comprender lo que ocurre en nuestra sociedad. Pero al participar en manifestaciones y acciones, mi espíritu de lucha por los derechos del pueblo se hizo más profundo y más fuerte. "El cambio descrito por Aniceta va más allá del momento en sí. Una de nuestras socias, el Movimiento de Mujeres Gabriela, trabaja específicamente entorno a la violación de los derechos de la mujer en Filipinas, en la familia y en la sociedad. En experiencias de lucha como la de Fabella, la confianza de las mujeres en sí mismas crece, lo que

hace que se atrevan a reclamar sus derechos. Dejan de verse como víctimas, no sólo en relación con el gobierno, sino también, poco a poco, en relación con sus maridos.

Pero más allá de las consecuencias individuales, la diferencia real se produce cuando todos estas personas se están organizando y reuniendo en las calles. Al final, el esfuerzo colectivo del movimiento contra la privatización del hospital en marzo de 2018 se tradujo en una importante victoria: la el Parlamento aprobó la "ley antiprivatización de los hospitales públicos, las instituciones sanitarias y La atención sanitaria y servicios de salud". Esta ley prohíbe al ministro de sanidad o a cualquier otra persona de iniciar, provocar o aprobar la privatización de un hospital público, de un centro sanitario público o de un servicio de salud público. établissement de santé public ou d'un service de santé public..

Geraldine Malaise

Colaboradora de Viva Salud.



2. Empoderamiento: del individuo al colectivo

En un centro de acción médica se puede trabajar de forma muy concreta, y de muchas maneras diferentes, en la capacitación de los pacientes hacia la autonomía.

A. Implicar de los pacientes

Para empezar, puede hacer implicar a la persona que está tratando en los exámenes o tratamientos que está considerando. Durante la consulta, el empoderamiento empieza con una "toma de decisiones compartida". El objetivo es permitir que los pacientes participen en la determinación de lo que es mejor para ellos, de modo que tengan más control sobre su salud. Esto va en contra del paternalismo de Meneer Dokter que, desgraciadamente, sigue existiendo en la sanidad. Desde el equipo de médicos hasta los enfermeros y los cuidadores: A los pacientes y a los enfermos se les sigue hablando habitualmente desde la posición de que sólo el equipo de cuidados sabe lo que tiene que hacer. Cuando en realidad pueden aprender mucho el uno del otro: uno como experto en conocimientos médicos y el otro como experto en su propio cuerpo y su salud. La toma de decisiones compartida sitúa a los pacientes en el centro e intenta basarse en los objetivos que las personas se marcan, en lugar de centrarse en todo lo que hace que la persona esté enferma y débil. Da a las personas más control sobre su propia salud y, por tanto, las hace más fuertes.

B. Mejorar la conciencia crítica

Además de dar a los pacientes un mayor control, la mejora de la conciencia crítica es crucial para el proceso de empoderamiento. Los pacientes que acuden a nosotros buscan principalmente una solución médica a sus problemas de salud. En este punto puede ser útil reflexionar con estas personas sobre el contexto social de sus síntomas. En "Medicina para el Pueblo" lo llamamos el estetoscopio social. Esbozar el panorama más amplio puede animar a la gente, porque les muestra que el problema es más grande que su propia persona. Esto va en contra del discurso individualista y culpabilizador de los medios de comunicación, el mundo político y los empresarios. "Tienes un burn-out porque no pones suficientes límites". "Tienes el coronavirus porque no estás vacunado". "Tienes diabetes porque no comes sano". "Tuviste un accidente de trabajo porque no tuviste cuidado".

Es importante que esta visión social sea lo más amplia posible. Viviendas pobres, condiciones de trabajo difíciles, contaminación del aire: Las personas suelen vivir sus problemas como una situación que no puede cambiarse. La gente que se queda sola con esta "conciencia de explotación" también puede agravar su enfermedad a través de la frustración, la ira y la resignación. Como médico, ves a pacientes que se desaniman, toman demasiada medicación, no siguen la terapia fielmente y no tienen motivación para seguir un tratamiento.

Sin embargo, no es el destino, sino los efectos de la injusticia que emerge de las decisiones de los gobiernos o las empresas que nos dirigen. Sensibilizar a las personas sobre la importancia de la conciencia crítica, es decirles a las personas que las cosas pueden ser totalmente distintas. ¿Por qué el gobierno hace que todos trabajen más tiempo? ¿Qué hay detrás de sus bellas palabras en la televisión? Este es el primer paso para pasar a la acción. ¿Debemos aceptar nuestro destino o podemos cambiarlo?



"No es mi culpa"

Rita, una mujer soltera de 54 años, me llama para pedir una cita. Era reacia a ponerse en contacto conmigo", dice, "pero su sindicato le aconsejó que siguiera adelante de todos modos. Rita lleva un año en casa, desde que cerró la fábrica de Ford en la que trabajó durante 20 años. Últimamente se siente muy tensa. Está cansada de que le pregunten constantemente si por fin ha encontrado un trabajo. Los empresarios suelen ser reacios a contratarlas, ya que prefieren trabajadoras más jóvenes. Sus asesoras le dicen que no sea demasiado exigente, que no busque un trabajo sólo cerca de su casa. Rita tiene la impresión de tener que demostrar siempre su valía. Se siente tensa cada vez que tiene una cita con su asesor. Mientras tanto, sus ingresos también han disminuido. Lo cual la estresa todavía más. También se siente insegura porque durante 20 años ha estado realizando un determinado trabajo que le gustaba y de repente se encuentra teniendo que hacer otra cosa. En otro lugar, con otras colegas. Echa de menos su antigua rutina, su antiguo equipo y su trabajo donde se sentía segura y confiada. Es una conversación emocional. Puedo sentir su estrés.

Una historia como la de Rita era común en los años que siguieron al cierre de la planta de Ford. En nuestro país, hay poca orientación para acompañar a las personas que han sido despedidas. Tanto mental como socialmente. Estas personas están presionadas para encontrar un trabajo rápidamente, pero no han elegido quedarse sin empleo de la noche a la mañana. Una vez en la consulta del psicólogo, los problemas suelen tratarse de forma individual, lo que resulta bastante beneficioso para abordar ciertos problemas. Pero la pérdida de empleo y sus consecuencias son problemas sociales. Cuanto más hablo de esto con Rita, más entiende la situación y se da cuenta de que es un problema colectivo. Cuando los pacientes comprenden que sus problemas (o parte de ellos) pueden explicarse por la desigualdad social u otros problemas sociales, esto puede ser muy liberador y empoderado. Puedo ver claramente que nuestras conversaciones son muy útiles para ella. En la siguiente entrevista, animé a Rita a participar en una conversación informal con otras personas que también han perdido su empleo en Ford. Ahora no es un problema individual en absoluto: Juntos, como grupo, es posible volver a conseguir cosas. Los debates de grupo sobre la vida después de Ford proporcionan apoyo, comprensión e información a docenas de antiguos empleados.

Aysun Yildiz
psicólogo MPLP Genk



C. Colectivo

Un tercer nivel de empoderamiento es el colectivo. Para mostrar a los pacientes que no están solos con su historia, intentamos reunirlos en torno a ciertos temas con personas que comparten una experiencia similar, a través de los proyectos de promoción de la salud del centro médico. Así, organizamos un curso en grupo sobre las causas y los efectos del estrés para los pacientes que lo padecen en exceso, damos clases de neerlandés a las mujeres inmigrantes del barrio, etc. Al conocerse, al intercambiar experiencias, la gente descubre que muchos de ellas están en la misma situación.

Esta comunidad también era fundamental en la visión de empoderamiento de Freire. "Porque los verdaderos cambios en las condiciones de vida nunca pueden lograrse sólo a nivel individual. Siempre es un proceso, tanto colectivo como personal.



Hablar juntos sobre el dolor crónico

Cada semana veo a varios pacientes con dolor persistente. Hombro, cuello, rodilla, espalda... Trabajan en la construcción, en el puerto, en el supermercado, etc. A menudo los veo correr de un especialista a otro, buscando una explicación y una solución a su dolor. Cada vez reciben un consejo diferente, un tratamiento diferente. Pero el dolor no desaparece. Después de un tiempo, nadie parece saber cómo deshacerse realmente de su dolor. Los pacientes se desaniman. No se sienten mejor, pero aun así tienen que pagar una enorme factura médica.

En los centros médicos, organizamos clases de grupo para personas con dolor crónico. Una parte importante del contenido se dedica a la educación sobre el dolor, explicando cómo funciona la percepción del dolor en nuestro cuerpo. Los conocimientos médicos sobre los orígenes y la persistencia del dolor en el cerebro han evolucionado enormemente en los últimos años. Es muy importante transmitir esta información a los pacientes.

El dolor es una señal de alerta del cuerpo que no siempre se corresponde con un problema en el punto en el que sentimos el dolor. Por lo tanto, no tiene sentido seguirbuscando posibles lesiones mediante exámenes técnicos para un dolor que ha persistido durante un largo período de tiempo. Parece que muchos factores psicosociales, como las preocupaciones y las emociones, el estrés, pero también las experiencias pasadas, influyen en la aparición y la intensidad del dolor. Esto ofrece la oportunidad de aprender a influir positivamente en estos factores uno mismo, con el fin de recuperar el control sobre el dolor.

Nuestros cursos en grupo contribuyen a ello. Los participantes, que tienen problemas similares, encuentran mucho reconocimiento, comprensión y consejo de los unos a los otros.

Ils ne sont No están solos frente a su dolor, es algo que otras personas experimentan también en sus vidas cotidianamente. El dolor se convierte en un problema compartido. Además, el dolor crónico también es desenmascarado: lo que parece una cuestión personal es más bien una alarma social. La frenética carrera de nuestra sociedad del rendimiento mantiene a las personas en una situación de enfermedad crónica y los excluye de la vida laboral. Tras una infructuosa y a menudo larga búsqueda de varios años de una cura milagrosa por parte de los especialistas, los pacientes encuentran juntos el camino de vuelta a sentir valor y confianza.

Leen Vermeulen

médico y colaboradora nacional
De proyectos de grupo



D. Acción concreta

Por último, hay que dar el paso a las acciones concretas a realizar. De la contaminación por plomo en Hoboken a una ola de coronavirus en un equipo de trabajadores en Herstal : Si parece que muchas personas están afectadas por la misma injusticia, entonces es el momento de recoger el guante. Con el objetivo de lograr un cambio real.

Formar parte de un movimiento fortalece además a las personas. Los estudios demuestran que el empoderamiento es bueno para la salud. Los investigadores de Baltimore, por ejemplo, descubrieron mejoras espectaculares en una serie de resultados sanitarios cuando los habitantes de ciertos barrios empezaron a organizarse para luchar contra el racismo y la discriminación.¹⁰ En nuestro país, la MC ha encontrado un vínculo entre el compromiso social y la salud. "Aquellos y aquellas que participan en iniciativas sociales se sienten más parte de la sociedad que les rodea, experimentan lazos sociales más fuertes, se sienten menos solos y solas, tienen un mayor sentido de la realización personal y son menos individualistas que aquellos y aquellas que no participan. "Cuanto más activo sea el compromiso, mayores serán las diferencias."¹¹ Viva Salud habla de empoderamiento en su manual: "Cuando pedimos a la gente que nos hable de lo que consideran el cambio más importante desde que se organizan en una lucha colectiva por los derechos y la justicia social, resulta que la acción colectiva refuerza la confianza en sí mismos y aumenta la conciencia de que su situación no es inevitable, sino que junto con sus semejantes pueden hacer algo al respecto".¹²



¿Cómo funciona la campaña política en el MPLP?

La acción colectiva está en nuestro ADN. En nuestras consultas no sólo tratamos enfermedades. Cada campaña que realizamos en nuestros centros de salud es un momento de intercambio con nuestros pacientes y con la clase trabajadora en general. Ya sean campañas nacionales, locales o europeas, la gente se identifica con ellas y se interesa en ellas. Siempre dan lugar a muchos debates y a la reflexión. ¡Y un montón de acciones concretas también! La crisis del coronavirus lo ha demostrado más que nunca. "Medicina para el Pu" es signataria de la Iniciativa Ciudadana Europea "No hay beneficios en la pandemia". En este contexto, hemos recogido miles de firmas en Bélgica para exigir el levantamiento de las patentes de las vacunas. Pedimos a nuestros pacientes que firmaran esta iniciativa ciudadana y ellos mismos hicieron firmar a las personas de su entorno, en sus familias y en el trabajo. Junto con otras organizaciones, organizamos acciones en Bruselas frente a la Comisión Europea y en la sede de Pfizer. Hemos movido las líneas y puesto este debate social en la agenda: ¿De verdad vamos a permitir que las grandes farmacéuticas saquen el máximo beneficio de la pandemia vendiendo sus vacunas a precios desorbitados?

Queremos que la gente tome conciencia de que sus problemas de salud, sus condiciones de trabajo, su situación de vivienda y sus preocupaciones financieras son el resultado de un sistema capitalista que no pone a las personas y sus necesidades en el centro de sus preocupaciones. Hay muchas oportunidades para participar y actuar. Es el motor del cambio. Queremos trabajar de forma colectiva por un amplio movimiento emancipador y lo hacemos a través de nuestras campañas. Implicando en este proyecto al mayor número posible de personas de nuestro entorno.



También intentamos animar a la gente a organizarse activamente. En su sindicato, en su lugar de trabajo para defender su derecho a trabajar en buenas condiciones. En los comités de vecinos para la conservación de espacios verdes o de viviendas de calidad y asequibles. En un movimiento juvenil como RedFox, que ofrece clases particulares gratuitas a escolares con dificultades de aprendizaje, o en el PTB, el partido que lucha por una sociedad diferente y más solidaria.

Amandine Linotte

responsable del centro médico del MPLP de Herstal
y directora de la campaña nacional



3. Los cuidadores y el empoderamiento: de proveedor de servicios sanitarios a activista por la salud



«No se puede dedicar a la salud sin estar comprometido con la lucha social por la salud.»

Bernard Lown – Profesor estadounidense de cardiología, inventor y ganador del Premio Nobel de la Paz en 1985

Para el derecho a la salud, necesitamos trabajadores sanitarios y sociales de calidad, pero sobre todo necesitamos activistas sanitarios comprometidos. En Medicina para el Pueblo combinamos ambas cosas.

El compromiso social es cada vez más reconocido por la gente como una parte importante del cuidado. En la formación, la "acción social" es una de las siete habilidades cruciales que deben adquirirse, tanto para los profesionales médicos como para los enfermeros y profesionales paramédicos.¹³ El decano de una facultad de medicina de EE.UU. escribió una petición de "médicos activistas" en una importante revista médica: "Sólo denunciando los problemas sociales podemos mejorar la salud de la población. El compromiso social debe incluirse en la descripción del puesto de trabajo."¹⁴

Esto es aún más cierto en la atención primaria que en el resto de la asistencia sanitaria. La medicina general se encuentra en una posición privilegiada debido a sus contactos intensos y a largo plazo con todos los segmentos de la población. Esta perspectiva social nos sitúa en una posición privilegiada para contribuir a la prevención de enfermedades y a la identificación de factores patógenos.

El empoderamiento puede evitar que los profesionales de la salud se sientan impotentes y agotados. "Cuanto más tiempo se trabaja como médico de cabecera, más se percibe la influencia de las decisiones políticas en la salud de las personas", dijo Stephanie De Maesschalck, profesora de medicina general, a la revista Humo. Esto puede ser una fuente de indignación y compromiso, pero también tiene un efecto desmotivador en muchos cuidadores. En una encuesta realizada por Artsenkrant (la versión neerlandesa del Journal du Médecin), 4 de cada 10 médicos obtuvieron una puntuación alta en cuanto a agotamiento. Una cuarta parte de ellos están a veces completamente hartos del trabajo y un tercio están cada vez más alejados de él.¹⁵ Un especialista de hospital, que se jubiló después de 13 años, lo expresó así en Knack: "Me

siento absolutamente impotente cuando veo a los pacientes tumbados en la cama frente a mí. (...) La gente está enfermando y muriendo por causas que se podrían evitar. Hasta que no se aborden las verdaderas causas, seguiré sintiendo esta impotencia.

Sin embargo, durante su formación, recibió muy poca información sobre cómo manejar esta importante tarea. Al contrario, la formación y la profesión de cuidador suele venir con una serie de actitudes que dificultan el empoderamiento del o la paciente. El compromiso y el activismo no sólo empoderan a los pacientes, sino que también repercuten en los proveedores de atención sanitaria y en su forma de trabajar.

A. Ver a las personas en función de su fuerza

La capacitación permite prestar más atención a los puntos fuertes y los talentos de los pacientes. En una consulta general, se suele ver a la gente cuando tiene problemas. Una espalda rota, un agotamiento, fiebre alta... A partir de estas impresiones, a veces es difícil creer que estas mismas personas puedan defender sus derechos y hacer valer una sociedad más sana. Los cuidadores suelen caer en el fatalismo. "Hay tanta miseria en el mundo, la gente está constantemente ocupada en resolver sus problemas, ya no es posible movilizarla ni organizarla." Pero al entrar en acción con los pacientes se revelan muchos puntos fuertes y sorprendentes talentos ocultos.

B. Compartir suele ser la solución sostenible

Los cuidadores se enfrentan regularmente a problemas complejos. A menudo los pacientes acuden a nosotros solo con sus problemas, y nos sentimos muy presionadas para encontrar una solución rápidamente. Pensemos, por ejemplo, en el veinteañero al que no se le da una oportunidad en el mercado laboral. O a la familia que pierde la esperanza por problemas de humedad en la casa para los que no encuentra solución. Los profesionales médicos, psicólogos y trabajadores sociales se pasan a veces horas redactando certificados o llamando a las autoridades. En estos momentos de frustración, a veces es bueno detenerse un momento: ¿quizás hay otras personas en el barrio que tienen el mismo problema?

Es un disparador que hay que tener: Poner en espera la petición individual de ayuda de un paciente y tomarse el tiempo de compartir su experiencia con los demás. Individualmente, la persona al frente de los cuidadores puede sentir que no está a la altura del o la paciente que tiene delante en ese momento. Pero a menudo el enfoque colectivo consigue resultados mucho más sostenibles a medio plazo.



El trabajo en equipo durante el coronavirus : del pesimismo y el retraimiento al colectivo y la confianza en las fuerzas de cada una

En Medicina para el Pueblo nunca se está solo, lo cual es bastante inusual en el sector sanitario. A pesar de estar en contacto con decenas de pacientes cada día, muchos médicos de cabecera sienten que están solos. El estallido de la crisis del coronavirus fue uno de esos momentos. De repente, parecía que sólo había llamadas telefónicas, correos electrónicos, normas, papeleo administrativo y tareas adicionales que recaían sobre nosotros, así como una enfermedad de la que poco o nada sabíamos. Muchos colegas se han vuelto aún más introvertidos. Porque había mucho trabajo administrativo que hacer y, por supuesto, porque también existía el riesgo de ser infectado. La frustración ha crecido con el tiempo. Todos los días teníamos muchos pacientes al teléfono con problemas debidos a la mediana edad, la pérdida de ingresos, la soledad o familiares enfermos por los que poco podíamos hacer. Era como si cada uno estuviera en la pandemia.



Pero el MPLP no sería el MPLP si no buscáramos

juntos soluciones rápidamente. En la reunión del equipo, hicimos un balance de los principales problemas a los que se enfrentaban nuestros pacientes. Y después: nos movilizamos y actuamos. En colaboración con los pacientes y residentes locales, creamos diferentes equipos de voluntarios: para hacer la compra y llevar las recetas, pero también para informar a los pacientes, proporcionar un oído atento en momentos de contención, ayudar en las pruebas de contacto y en el rastreo de la fuente, y hacer mascarillas bucales.

Al final, más de 300 voluntarios se unieron al MPLP durante el coronavirus. Incluso el párroco nos abrió su iglesia como centro de pruebas. Gracias a todas estas grandes personas, hemos podido seguir ofreciendo una atención primaria orientada al o la paciente, preventiva y social durante todo este periodo.

Anne Delespaul

Médico de MPLP de Deurne



C. Médico y paciente en igualdad de condiciones

El empoderamiento también ayuda a que la relación entre los profesionales del cuidado y los pacientes sea menos jerárquica. En la sociedad, los cuidadores, especialmente los médicos, siguen estando en un pedestal. El o la paciente viene con una demanda de atención y, por lo tanto, depende en cierta medida del o la proveedora de cuidados, pero esto no lo hace inferior. Actuar juntos es una de las mejores maneras de minimizar esta sensación de asimetría. Hablar con los pacientes sobre la situación del mundo demuestra que se valora su opinión.



D. Elegir un bando

Elegimos conscientemente nuestro lado. Si vemos que la gente tiene problemas, queremos ayudarles. Muchos profesionales del cuidado no están acostumbrados a este enfoque. Consideran que no les corresponde posicionarse ante las situaciones intolerables que se revisan en su consulta. "No te involucres en las divisiones políticas, porque eso sólo polariza y pone en peligro tu trabajo médico", nos dicen. La pregunta es: ¿qué nos aporta a largo plazo? "La política es la medicina a gran escala", escribió Rudolf Virchow, uno de los fundadores de la medicina social en el siglo XIX. La pandemia de coronavirus nos ha enseñado que esta lección sigue siendo pertinente. La participación en la política suele considerarse una restricción o una distracción, pero en realidad nos hace más fuertes. Es una extensión de nuestro trabajo diario. Por lo tanto, también es tarea de los profesionales de la salud participar en la política.

¿Tomar partido no va en contra de los principios de neutralidad médica? Por supuesto, debe ser neutral en el tratamiento de sus pacientes. Todo el mundo tiene derecho a la misma calidad de atención, ya sea de izquierdas o de derechas, creyente o ateo. Pero esto no significa que, como profesional de la salud, no pueda reaccionar ante los abusos.

"Permanecer neutral ante la injusticia es elegir el lado del opresor. Si ves a un elefante aplastar la cola de un ratón, tu neutralidad no sirve de nada para ese ratón", dijo Desmond Tutu, activista sudafricano de los derechos humanos fallecido en 2021. No elegir un bando es también tomar partido, el lado del statu quo, el partido del elefante, como dijo Desmond Tutu. Por eso Medicina para el Pueblo se asocia con el PTB, el partido político que lucha por otro sistema.

"Los filósofos sólo han interpretado el mundo de diferentes maneras, lo que importa es transformarlo", decía Karl Marx. Con motivo de la celebración de su 200 aniversario en 2018, el redactor jefe Richard Horton se dirigió a los lectores de la revista médica líder The Lancet: "El marxismo es una llamada al compromiso, una invitación a reforzar la lucha para proteger nuestros valores compartidos. Podemos concluir que la medicina tiene mucho que aprender de Marx".¹⁷



Juntos, con el PTB de nuestro lado

Cuando empecé a trabajar como médico de cabecera en Medicina del Pueblo hace más de 10 años, mi experiencia con la desigualdad y sus determinantes sociales era muy limitada. Sabía que algunos de mis colegas eran muy activos en el PTB. En aquel momento me pareció una posición difícil de mantener. ¿Cómo puede actuar con objetividad en una consulta si el color de su compromiso es tan abiertamente visible? ¿Seguimos siendo creíbles como profesionales médicos?

Sin embargo, fueron las historias de los pacientes las que me hicieron darme cuenta de que, como médico, tienes que tomar parte activa si quieres que la salud de la gente mejore. Está el ejemplo de Moretusburg, en Hoboken, una popular zona residencial justo al lado de la planta metalúrgica de la multinacional Umicore, cuyas emisiones de metales pesados han causado importantes problemas de salud durante décadas. Los niños que crecen allí y acuden a nosotros en busca de asesoramiento no se benefician de un trabajador social "imparcial" que acepta el statu quo. Las durísimas historias de padres y madres preocupados te empujan automáticamente al activismo social.

El PTB ayudó a sacar a la luz estas historias y a trasladarlas al plano político, para luego, junto con la gente, bajar los niveles de plomo en la sangre. La fuerza de la simbiosis entre el MPLP y el PTB demostró ser una verdadera palanca para hacer que las cosas sucedan sobre el terreno. Gracias a ello, las condiciones de vida han mejorado drásticamente para muchas personas a lo largo de los años, un impacto que es difícil de igualar individualmente como profesional médico. El MPLP y el PTB son sólo una parte de un gran movimiento social que ayuda, como profesional médico, a mejorar estructuralmente la salud de las personas.

Filip Vandroost

Médico de MPLP de Hoboken



Notes

- 1 El historiador británico Simon Szreter ha estudiado en Cambridge la historia de la salud pública en los últimos 200 años. Sus conclusiones son contrarias a la idea de que el capitalismo y la industrialización del siglo XIX condujeron a una mejora de la salud pública. Por el contrario, el efecto fue más bien negativo. La esperanza de vida sólo empezó a aumentar cuando desde la política se decidió invertir en reformas sociales, bajo la presión de las luchas sociales desde abajo.
Jason Hickel, autor del libro "The Divide", se refiere a menudo a la obra de Szreter en el debate con optimistas del progreso como Steven Pinker.
Vea su opinión en The Guardian en 2019:
<https://www.theguardian.com/commentisfree/2019/nov/22/progressive-politics-capitalism-unions-healthcare-education>
- 2 Marc Reynebeau es el autor de "Una Historia de Bélgica". Basa su tesis en el trabajo del profesor de historia Jan Dhondt: "En 1954, Jan Dhondt, de la UGent, escribió que todos los acontecimientos importantes en el sistema político de Bélgica no fueron causados por el parlamento o el sistema político, sino por el movimiento de protesta. 20160531 de abril de 02317229. https://www.standaard.be/cnt/dmf20160531_02317229
- 3 En 2014, el ex presidente del MPLP, Dirk Van Duppen, escribió un capítulo sobre el empoderamiento para "Leerboek Huisartsgeneeskunde", que se centra en la obra de Paolo Freire. (Cap. 18, p. 246)
- 4 Nos remitimos al folleto temático de Viva Salud, "Empoderamiento. Todxs juntxs por la salud". (p. 85) <https://www.vivasalud.be/wp-content/uploads//10/Brochure-Empowerment-EN.pdf>
- 5 Reconocimiento del concepto a un artículo de Salud Conjugada, la revista de la Fédération des Maisons Médicales. <https://www.maisonmedicale.org/L-empowerment-une-notion-malleable.html>
- 6 La científica de la salud Jenny Boumans lleva años trabajando en el significado de "empoderamiento". Escribió el libro "El corazón del empoderamiento". Ella escribió: "Al empoderamiento hay que darle una perspectiva más amplia. especialmente ahora que la política del gobierno está más bien unilateralmente enfocada en fortalecer la 'fuerza propia'. Es igualmente importante que lxs ciudadanxs vulnerables también tengan más voz y puedan influir en sus condiciones de vida"
<https://www.movisie.nl/artikel/focus-empowerment-niet-alleen-eigen-kracht>
- 7 El universalismo proporcional es un método para abordar las desigualdades sanitarias. El concepto es que la política o la acción se dirige a todos lxs ciudadanxs (universal), pero que su aplicación es más intensa cuanto más vulnerables sean los grupos destinatarios y más obstáculos haya que superar (proporcional).
El término fue acuñado por Michael Marmot, autor del informe de la OMS sobre determinantes sociales.
Puede encontrar más información en el folleto sobre el universalismo proporcional de Gezond Leven. En sus 10 métodos de trabajo, también destacan la importancia de la politización y el empoderamiento.
<https://www.gezondleven.be/archivos/ongelijkheid/10-werkwijzen-volgens-het-principe-van-proportioneel-universalisme.pdf>
- 8 En el manual de medicina general de las facultades flamencas y holandesas, el profesor Jan De Maeseneer escribe "La perspectiva social del profesional médico también se deriva de su posición y método de trabajo en la primera línea de la atención de la salud. La atención médica general es corresponsable de optimizar el uso de las instalaciones de atención. 46-4 El o la médico de cabecera se asegura de que las personas con mayor necesidad de atención también reciban la mayor cantidad de atención (el principio de equidad).
Aquí se describen cuatro importantes contribuciones que se pueden hacer:
 - Proporcionar una atención accesible.
 - Abordar activamente los factores sociales y, si es necesario, utilizar la asistencia social para remediarlos.
 - Identificar los factores sociales patógenos.
 - Reforzar la cohesión social y la capacitación de lxs pacientes, colaborando con los servicios locales de atención sanitaria y social.La atención primaria orientada a la comunidad (APC) se produce cuando los centros de atención primaria inician intervenciones para mejorar el estado de salud de su vecindario. (p. 240-242)
- 9 Cita de Jenny Boumans del mismo libro de empoderamiento. <https://www.movisie.nl/artikel/focus-empowerment-niet-alleen-eigen-kracht>
- 10 Este estudio es descrito por el sociólogo español Vicenç Navarro en un artículo de 2007, en el que desarrolla su visión de las estrategias de empoderamiento. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17436983/>
- 11 Voluntariado y salud. Extracto de MC-Informations, marzo de 2020 https://www.mc.be/media/annexe-volontariat-et-sante-mc-uclovain_tcm49-62950.pdf
- 12 Del folleto de empoderamiento de Viva Salud (p. 67)
- 13 Se trata del modelo CanMEDS, desarrollado en Canadá y utilizado actualmente a nivel internacional como marco de referencia para la formación y el reconocimiento de médicos, enfermeros, etc.
<https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f>
- 14 Homenaje en la revista de referencia New England Journal of Medicine con motivo del 200 aniversario de Rudolf Virchow y el 100 aniversario de Bernard Lown, dos médicos comprometidos durante su carrera: "Physicians as Activists". <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2103050>
- 15 Descripción de los resultados por De Standaard: https://www.standaard.be/cnt/dmf20210519_98356659
- 16 "Después de 13 años, pienso despedirme de la medicina. No se me ocurre nada más." Carta de despedida en [knack.be](https://www.knack.be) del internista en formación Sam Proesmans
<https://www.knack.be/nieuws/belgie/na-13-jaar-ben-ik-van-plan-om-de-geneeskunde-vaarwel-te-zeggen-ik-wil-geen-dokter-meer-zijn/article-opinion-1451199.html>
- 17 Offline: Medicine and Marx [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32805-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32805-2/fulltext)

Colophon

15 de abril de 2022

Redacción: Medicina para el Pueblo

Editor responsable: Jan Franssen, Commandant Weynsstraat 85, 2660 Hoboken

Formato: commsa.be

Portada: Jasmine Elsen

Impresión: impresión EPO



geneeskunde 
voor het volk
médecine
pour le peuple