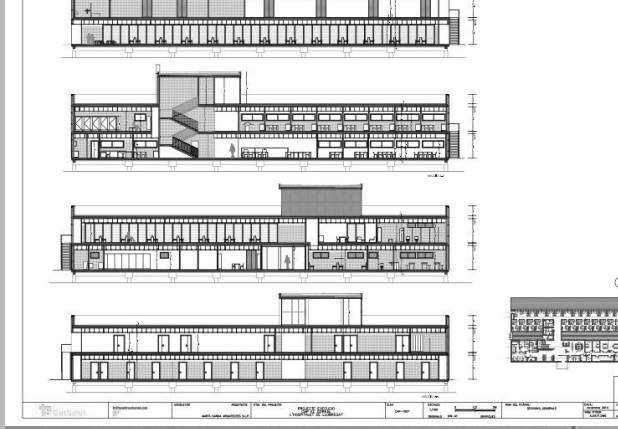
# Un análisis crítico y propuestas radicales para la transformación del sistema sanitario

**Entrar Afuera**



# Un análisis crítico y propuestas radicales para la transformación del sistema sanitario

## Una anàlisi crítica i propostes radicals per a la transformació del sistema sanitari

## A critical analysis and radical proposals for healthcare system's transformation

*ENTRAR AFUERA*

***RESUMEN***

*El artículo pone en relación el análisis histórico del sistema sanitario con el de las luchas vecinales y movimientos sociales que influyeron en su desarrollo, contextualizando así varias tensiones actuales y las hipótesis de transformación que plantea, basadas en la desinstitucionalización. Esta estrategia implica abrir las instituciones sanitarias para hacerlas más porosas y adaptables a las realidades y necesidades de las personas en los territorios. Frente a la inercia y la autorreferencialidad a la que tienden las instituciones, que a menudo ignoran el impacto de sus acciones, se examinan formas para que se dejen afectar por las personas y sus entornos. En definitiva, se trata de poner en valor la diversidad como herramienta para enfrentar la desigualdad. La propuesta radical se centra en reemplazar la lógica productivista por el cuidado común y la responsabilidad compartida en la atención sanitaria.*

***Palabras clave:*** *sistema sanitario, luchas sociales.*

***RESUM***

*L'article relaciona l'anàlisi històrica del sistema de salut amb la dels conflictes veïnals i els moviments socials que han influït en el seu desenvolupament, contextualitzant així diverses tensions actuals i les hipòtesis de transformació que planteja, basades en la desinstitucionalització. Aquesta estratègia implica obrir les institucions de salut per fer-les més permea-*

*bles i adaptables a les realitats i necessitats de les persones en els territoris. Davant de la inèrcia i la naturalesa autoreferencial de les institucions, que sovint ignoren l'impacte de les seves accions, examina maneres perquè es deixin afectar per les persones i els seus entorns, i valorin la diversitat com a eina per abordar la desigualtat. La proposta radical se centra a substituir la lògica productivista per una atenció comuna i una responsabilitat compartida en l'atenció sanitària*

***Paraules clau: s****istema sanitari, lluites socials.*

## *ABSTRACT*

*The article relates the historical analysis of the health system with that of the neighbourhood struggles and social movements that influenced its development, thus contextualising several current tensions and the hypotheses of transformation that it puts forward, based on deinstitutionalisation. This strategy involves opening up health institutions to make them more porous and adaptable to the realities and needs of people in the territories. In the face of the inertia and self-referential nature of institutions, which often ignore the impact of their actions, it examines ways for institutions to allow themselves to be affected by people and their environments, and to value diversity as a tool for tackling inequality. The radical proposal focuses on replacing productivist logic with common care and shared responsibility in health care.*

***Keywords:*** *health system, social fights.*

Es difícil entender el sistema sanitario público actual y, dentro del mismo, la Atención Primaria, sin conocer el contexto y el recorrido histórico que permitieron su creación. Partiremos, pues, de ahí para intentar explicar los retos y las posibilidades que queremos abrir con este artículo, repensando las prácticas cotidianas de cuidados desde los Centros de Atención Primaria.

La propuesta de las próximas páginas quiere situar algunos aspectos para pensar críticamente un CAP hoy. Para ello, revisita genealogías que dan cuenta del papel que la organización colectiva –desde movimientos políticos internacionalistas hasta luchas vecinales– ha tenido en la creación y desarrollo de la Atención Primaria, así como de las formas en las que esa organización se ha relacionado con la dimensión institucional de la AP, friccionando, interpelando, colaborando, inventando. Al poner el foco ahí, el análisis de la relación entre territorio, salud y cuidado que proponemos es necesariamente político. Aunque el marco de determinantes sociales en salud insiste en que tan sólo el diez por ciento de la salud de las personas tiene que ver con el sistema sanitario, esta propuesta le da un vuelco, incluyendo de lleno a las instituciones en la construcción de espacios de vida habitables. Hablamos de determinantes políticos de los cuidados porque entendemos que estos proliferan a través de vínculos significativos; y hablamos de desinstitucionalización como estrategia, responsabilidad y práctica crítica porque situar como tarea principal la creación, promoción y sostenimiento de esos vínculos transforma las instituciones sanitarias y nos plantea preguntas para seguir caminando (MARMOT, 2005; PÉREZ y RAMAS, 2019).

## LA CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, ATENCIÓN PRIMARIA Y CENTROS DE SALUD

El origen del actual sistema de salud se remonta a la II República y la propuesta de ley para la creación de un seguro obligatorio de enfermedad –en el marco de una propuesta de seguros obligatorios– que, más adelante, recogerá y transformará el franquismo desarrollando un modelo de asistencia ambulatoria. Terminada la dictadura, la estructura sanitaria seguía pensándose a través de la proyección de grandes hospitales y ambulatorios en los que la actividad principal era la extensión de recetas. De hecho, algunas de sus particularidades (la distinción entre titular y beneficiario, el sistema de cupos y los niveles asistenciales, etc.) se mantienen hasta hoy en día (AGUILÓ, 2018).

Entretanto, en la ciudad de Alma Ata en septiembre de 1978, tenía lugar la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud promovida por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la que supuso un antes y un después para los sistemas sanitarios de todo el mundo. En esta conferencia se propone la Atención Primaria como estrategia para disminuir las inequidades en salud y así mejorar la salud de los pueblos, definiéndola como «*la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación*» (ZAPATER, 2023). En ese momento en el Estado español seguía vigente la Ley de Sanidad de 1944 y el Seguro Obligatorio de Enfermedad creado en 1942, que organizaban la asistencia sanitaria a través de cuotas vinculadas al trabajo y un despliegue clasista tanto en su estructura como en su territorialidad (PONS, 2010).

Sin embargo, la aprobación de la constitución de 1978 por un lado –que recogía el reconocimiento a la protección de la salud (art. 43.1) y el mandato a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud (art. 43.2), así como el de mantener un régimen público para todos los ciudadanos (art. 41)– y la creación de las comunidades autónomas y el reparto de competencias por otro, dieron lugar a la reforma estructural más importante de la sanidad española hasta el momento. En 1981 Cataluña se convirtió en la primera comunidad autónoma en recibir las competencias en sanidad y en 1986 se aprobó la Ley General de Sanidad, sentando las bases del Sistema Nacional de Salud, es decir, la cobertura casi universal y el derecho a la protección de la salud, tomando como horizonte el NHS británico (FREIRE, 2023).

A partir de 1982 se comenzó a ampliar la cobertura sanitaria, incluyendo en ella a todos los colectivos relacionados con la afiliación a la Seguridad Social con el objetivo de universalizarla. De este modo, se abrió la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos, con la consiguiente supresión de la Beneficencia Sanitaria creada a mediados del siglo XIX. De aquí en adelante, esta medida se generalizó en todo el Estado con la aprobación del RD 1088/89, que también recoge la financiación del Sistema Nacional de Salud: pasa a ser mayoritariamente financiado por impuestos a través de una transferencia de los Presupuestos Generales del Estado a la Tesorería de la Seguridad Social, en lugar de cuotas de la Seguridad Social (GARCÍA OLMOS, 2023).

En este contexto se crea el actual modelo de Atención Primaria y comienza la reforma de la asistencia ambulatoria. Este cambio de modelo implicó la construcción de miles de centros de salud, insertos en los núcleos pobla-

cionales a los que daban cobertura, con una población asignada de unas 25.000 personas (variable en función de dispersión y complejidad), así como la formación de equipos de Atención Primaria, compuestos por perfiles profesionales sanitarios y no sanitarios. Se conciben no sólo como lugares donde se llevan a cabo prácticas relacionadas con la salud, sino también como una forma de concebirla, organizar los recursos, relacionarse con el entorno y desempeñar una práctica sanitaria a lo largo del tiempo.

Los centros de salud son el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención sanitaria al lugar donde residen y trabajan. Están orientados hacia los principales problemas de salud de la comunidad y prestan los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver dichos problemas. Exigen y fomentan en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la Atención Primaria, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales así como de otros recursos disponibles.

La reforma es inseparable de la creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria pues, en gran medida, fueron sus primeras promociones de especialistas las que impulsaron la nueva Atención Primaria y crearon su corpus teórico. Da una idea del dinamismo de este proceso instituyente el que, a pesar de que los centros de salud debían ser la base de su formación, cuando estas primeras promociones finalizaron la especialidad en 1981, todavía no existían dichos centros. Fue en ese entonces cuando los residentes de medicina de familia –representados por la Coordinadora de residentes de Medicina de Familia– trasladaron sus protestas a la Comisión Nacional al sentirse discriminados en el ámbito hospitalario (sin guardias presupuestadas, con rotaciones sin objetivos y sin planificación). La Coordinadora dirigió en 1982 una larga huelga y un encierro de 19 días de duración en el Colegio de Médicos de Madrid para reivindicar la creación de los centros de salud. Durante el encierro, se exigió la mejora de las condiciones laborales y formativas, pero también se crearon los espacios de discusión y diseño del modelo de Atención Primaria por venir (AGUILÓ, 2018).

Aquellas protestas consiguieron un compromiso para la creación de las Unidades Piloto de Medicina de Familia y el desarrollo legislativo sobre la regulación de la formación en Atención Primaria, que se materializaron en el RD 2392/827 y en la construcción de algunos centros de salud piloto. Prácticamente en todas las ciudades donde había sistema MIR (Médicos Internos Residentes) se crearon uno o varios centros, que fueron el germen de los futuros centros de salud y el comienzo de la reforma estructural de la AP. Durante las siguientes décadas, han sido los cambios demo-

gráficos y sociales en curso los que han influido en gran parte en la organización y distribución de los centros de salud.

## LUCHAS VECINALES POR EL DERECHO A LA SALUD

En paralelo a la creación del nuevo modelo de Atención Primaria y de los centros de salud, Barcelona y su área metropolitana atrajeron a gran cantidad de personas que migraron desde otros territorios del Estado para trabajar en la industria en expansión. Durante el proceso de construcción de los nuevos barrios que tendrían que alojar a los trabajadores de las fábricas y sus familias se articulan, a su vez, luchas vecinales en defensa del derecho a la salud, que modifican y deciden acerca de la distribución y los usos del espacio en esos nuevos barrios (movilizaciones para la preservación de espacios verdes, parques, huertos comunitarios…), luchas en las que se enredaban las reivindicaciones de justicia social y medioambiental, atravesadas por la voluntad de construir espacios saludables en los que poder arraigar y proyectar una *vida buena* (Història i lluites veïnals pel dret a la salut, 2019).

La creación de equipamientos que pudieran acoger los servicios públicos básicos fue parte de aquellas luchas y explica que, años más tarde, con la llegada de las diferentes crisis, la defensa de servicios públicos de calidad y proximidad también haya formado parte de las movilizaciones. Sin embargo el desarrollo de dispositivos públicos de salud y cuidados realmente orientados a la comunidad y en/de los que la comunidad pueda participar se ha visto limitado por el avance del modelo biomédico, traducción práctica de la hegemonía de formas de gestión neoliberales, que si bien han implicado recortes generalizados en el sistema público de salud, se han traducido en recortes de recursos proporcionalmente mayores en AP que en la atención hospitalaria desterritorializada (MARTÍNEZ, PÉREZ, HERAS-MOSTEIROM, DÍAZ-OLALLA Y RUÍZ-JIMÉNEZ, 2018).

## LUCHAS EN DEFENSA DE LO PÚBLICO Y SANIDAD UNIVERSAL

La consolidación del derecho a la salud y a la asistencia sanitaria como derechos sociales fundamentales que los poderes públicos deben garantizar, que tuvo lugar durante la segunda mitad del siglo XX, se ve cuestionada desde el comienzo de los 2000 con el embiste de las políticas de austeridad. Esto se traduce en un cambio en las políticas de gestión –a nivel estatal tiene su momento álgido durante los gobiernos del Partido Popular–, pero también en la implantación progresiva de un marco discursivo y simbólico que desprestigia lo público, creando un imaginario que lo nombra como insostenible en lo económico y lo social aduciendo el mal uso que la población nacional y transnacional hace de los servicios públicos

(los primeros por falta de «educación sanitaria», los segundo por el así llamado «turismo sanitario») (LEGIDO-QUIGLEY, URDANETA, LA PARRA, MUNTANER, 2013).

Como respuesta a lo anterior y en resonancia con la profunda convulsión que supuso el 15M en la primavera de 2011, en 2012 comienzan a aparecer y organizarse las Mareas Blancas en defensa de la sanidad pública, como movimientos sociales diversos y heterogéneos en los que participan colectivos, asociaciones y organizaciones profesionales y sindicales del ámbito sanitario, movimientos sociales y sociedad civil. Se construye una identidad de movimiento diversa y plural, en un momento de apertura que hace posibles alianzas y reivindicaciones que trascienden las propiamente corporativas o de grupos profesionales concretos (www.yosisanidaduniversal.net).

A su vez, en 2012 se aprueba también el RDL 16/2012. Este pone fin a la universalidad en el acceso al sistema sanitario público debido a que vincula el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria con la contribución a la Seguridad Social. Por tanto, se limita el acceso de personas extranjeras (aquellas sin permiso de residencia y algunas que sí lo tienen). Aunque su implantación fue muy desigual entre comunidades autónomas, se estima que el derecho a la asistencia sanitaria le fue negado a entre 800.000 y 1.600.000 personas en los 5 años que transcurrieron tras la aprobación del Real Decreto. Como respuesta, y bajo el lema «Yo Sí Sanidad Universal», usuarias y trabajadoras sanitarias se organizaron en un movimiento de desobediencia civil, creando una red estatal de grupos de acompañamiento para tratar de asegurar el acceso a la sanidad pública de las personas y colectivos excluidos (Yo Sí Sanidad Universal 2022).

En 2018, el nuevo Gobierno aprobó el RDL 7/2018 y anunció la restitución de la universalidad. Sin embargo, esta reforma no recuperó la lógica previa a 2012 de vincular el derecho a la atención sanitaria al hecho de vivir en el Estado español y, aunque mejoró la situación de algunas personas sin permiso de residencia, conservó importantes carencias que siguen produciendo situaciones de exclusión (Yo Sí Sanidad Universal 2022). Con el intento del Ministerio de Sanidad de tramitar un nuevo decreto en mayo de 2024, no está claro si estas situaciones de exclusión desaparecerán o no (https://www.reder162012.org/presentamos-nuestras-propuestas-de-enmiendas-sobre-universalidad/).

## SISTEMA SANITARIO

La historia que narra este sucederse de acontecimientos está compuesta de idas y venidas entre movimientos sociales y luchas sindicales, la composición concreta de las personas que trabajan, los territorios en los que

se inserta el sistema sanitario, las instituciones que lo gobiernan y las leyes que lo regulan. Diferentes empujes y arrastres han ido moldeando la organización, las lógicas, las formas de ordenar conceptos y establecer mandatos, en definitiva, de pautar el modo de hacer dentro del sistema sanitario. Estas son algunas de las dinámicas que han jugado en el tira y afloja que lo expande, contrae y remueve a cada momento. Tener estos movimientos presentes ayuda a no caer en pensar el sistema sanitario como un lugar neutro, de objetividad científica, donde se hace sencillamente lo mejor que se puede con lo que se dispone (como si las organizaciones no fuesen también resultado de decisiones) o, por otra parte, como un espacio de concentración de experticia y conocimiento basado en la mejor evidencia disponible. Puede evitar que lo pensemos como engranaje monolítico que evoluciona en el tiempo a merced del temporal, pero que en sus fueros internos es homogéneo, o que funciona de manera sincrónica en todas sus materializaciones y formas de accionarse.

Se han hecho auténticas barbaridades y a la vez se han logrado entender y abordar mecanismos, metabolismos, anatomías, microbiologías y tramas de sentidos de formas brillantes dentro de lo que no ha dejado nunca de ser una arena, una disciplina, una práctica e incluso unos conceptos siempre vivos y mutantes. La salud y el sistema sanitario están en transformación constante, lo que se ha hecho en nombre de la salud, la cura, como «tratamiento» o como remedio casero ha variado en forma y contenido a lo largo de la historia de maneras que a veces cuesta incluso imaginar.

No será hasta el nacimiento de los llamados Estados sociales cuando se recoja como competencia pública el hacernos cargo unas de otras a través del Estado y sus instituciones. Ese «hacerse cargo» tiene una acepción que hace referencia al sostén y al cuidado, y otra más vigilante y directiva que conlleva siempre un corte. Hacerse cargo entre unas a costa de otras, tanto en la forma por la que se construye el propio concepto de salud –en base a la normalidad (de unas) que se define por oposición a lo patológico o lo anormal (en otras) en base a regímenes heteropatriarcales y coloniales entre otros– tanto como que desde ahí avanza por exclusión: exclusión del contrato de las que nunca entraron y las expulsadas por no cumplir con ciertos mandatos.

De mandatos también queremos hablar, de mandatos y transformaciones. Así, eso que llamamos sistema sanitario, Atención Primaria incluida, a pesar de su aparente solidez, no es la fórmula definitiva de consecución del derecho a la salud, sino uno de los medios por los que explorar la difícil cuestión de cómo curar y cuidar en momentos de fragilidad orgánica, emocional, anatómica, social, etc. inherentes a la vida. Pensar en el sistema sanitario como la solución nos impide pensarlo como herramienta, y puede llevar a defender el sistema sanitario al margen, e incluso por

encima, de ese buscar e inventar las maneras más eficientes y efectivas, pero también justas y bellas, de hacernos cargo las unas de las otras.

El sistema sanitario, incluyendo la atención primaria, está en constante transformación y no sólo a lo largo del tiempo, sino que está recorrido por vibraciones, es un terreno en disputa atravesado por lógicas encontradas, mandatos contradictorios y sujetos con encargos que no siempre son claros. Es un campo en el cual se ordena a las personas de formas aparentemente rígidas y claras pero ambiguas a la vez. En esa confusión nos movemos, como si pensáramos todas estas cosas a la vez:

*Tengo que dejar mi salud en manos de expertas pero a la vez «empoderarme» respecto a los procesos que atravieso. Hay una experticia que debemos custodiar pero a la vez promover la toma compartida de decisiones. La última decisión es mía pero es frecuente que solo haya una respuesta acertada. El sistema sanitario es nuestro bien más preciado como sociedad y a la vez me deja fuera.*
*La salud se juega en realidades que desbordan y trascienden el sistema sanitario y con las que no tenemos competencias (ni tiempo, ni medios) para ponernos en relación. Que me cuide, cuando no puedo o no logro saber cómo.*

Lejos de dañar su reputación o poner en peligro la legitimidad del sistema sanitario o de la atención primaria, permitirse nombrar estas corrientes encontradas supone poder pensar, permite tratarlo, usarlo como espacio vivo, capaz de ajustarse a nuevas realidades, nuevos retos; permite incorporar nuevas herramientas, identificar los límites y estirarlos, identificar las barreras y abrirlas, identificar los sometimientos y violencias que se reproducen y articular estrategias de afirmación y emancipación desde la diferencia, la riqueza y los desbordamientos que se encuentran en los lugares donde vivimos, desde los sures que constituyen cada territorio.

Hemos hablado de vibraciones que recorren el sistema de salud y quienes lo habitan y atraviesan. Son movimientos de vaivén, sin embargo en su oscilación no van y vienen de lugares estáticos. Puede haber vibraciones como las que pasan por el cuerpo cuando estás a punto de ver a alguien que quieres después de mucho tiempo, pero hay vibraciones disonantes, que te sacuden o traen una presencia incómoda, confusa, ambigua. Algo así como una disonancia arrastrada marca, en parte, el entorno de la Atención Primaria, y particularmente sus mostradores, elementos de alta absorción de disonancias.

La existencia de Centros de Atención Primaria en los barrios es fruto de un solapamiento entre luchas vecinales, el fin del franquismo y la cultura de la transición, la influencia de la salud comunitaria y colectiva de Latinoamérica, movimientos de médicos residentes y las lógicas neoliberales,

entre muchas otras. Reflejo de este cruce de sentidos o lógicas encontradas son las metáforas que se usan para hacer referencia a la AP. Dos de las más extendidas son «la puerta de entrada» y su «función de filtro» y, por otro lado, está quien habla de «piedra angular» o «eje vertebrador» del sistema sanitario. No entraremos en las implicaciones de cada una de cara al modelo sanitario, lo que queremos apuntar aquí es que no son lo mismo, ilustran mandatos contradictorios, confusos y que generan desencuentros. Si es filtro es para dejar cosas (gente) fuera; si es puerta, lo es para que la gente entre (ordenada), pero también pueda cerrarse; si es piedra angular, sostiene; si es eje, organiza. En ocasiones no es fácil reconocer estas contradicciones, tanto como persona que se acerca al centro de salud con una demanda, como quien la recibe en el mostrador o en la consulta, como quien no va porque en su caso el mensaje fue ese, como quien intentó desde ahí organizar, abrir. Frente a esta dificultad en ocasiones las contradicciones se niegan y ahí nos soltamos, desconectamos, se alzan barreras y se abren abismos que colocan a unas a un lado y a las otras al otro. Para protegernos de la contradicción nos instalamos en un relato que presentamos como sólido, robusto, sin flecos: que si el sistema de salud no tira es porque se usa mal.

En las últimas décadas el discurso de la escasez ha sido un gran generador de estas desconexiones, separándonos de la pregunta sobre qué hacemos o cómo lo hacemos. Se sigue haciendo (casi) lo mismo pero retirándole progresivamente el acceso, o el derecho, a cada vez más colectivos y personas. Se sigue haciendo lo mismo siendo ciegas frente a nuevas realidades, a herramientas posibles o a fenómenos inesperados como la pandemia del Covid-19. Y así se despliegan todo tipo de herramientas legales, administrativas, morales, etc. para «proteger el sistema sanitario», esto es, proteger este modelo de sistema sanitario. Ahí entonces la Atención Primaria es un filtro, que absorbe las disonancias entre el mandato de ser «el dispositivo a través del cual se accede al sistema sanitario» y a su vez echar sistemáticamente a muchas para atrás con un «así no».

El sistema sanitario se constituye como frontera y su segmentación constituye una forma concreta de organizar esta escasez artificial, fruto de otros vectores económicos, sociales, morales, etcétera, y de oportunismo, a la vez que de una complejidad social marcada por la precariedad, por las dificultades que las crisis orgánicas de nuestro presente determinan sobre la vida social. El sistema se burocratiza, se compartimentaliza, busca romper los circuitos donde se puedan compartir las responsabilidades para no tener que lidiar con esa complejidad y aparecen así las subespecializaciones, las carteras cerradas de competencias que conllevan que cada persona, cada actor, cada agencia, mire al sistema desde su punto de vista en vez de como circuito de intercambio, de mutualidad, de energías compartidas. Se navega el sistema con una pregunta, con una dolencia, con una preocupación, esperando tocar a la puerta indicada, procurando for-

mular la «pregunta» de manera que encaje en la organización interna, en el esquema institucional y así este pueda dar respuesta, o resolver, o sencillamente escuchar. Y esto nos lleva como profesionales, como usuarias, como personas, a lugares cuya incomodidad arrastra una luz cegadora sobre las contradicciones del sistema. Ceguera que produce situaciones como:

*Abrí una analítica en la que había pedido parámetros que servían para valorar la desnutrición, y cruzaba los dedos para que fuesen positivos. [Ella] Pasaba hambre, pero hasta que no se constatase la desnutrición no podía pautarle los suplementos proteicos.*

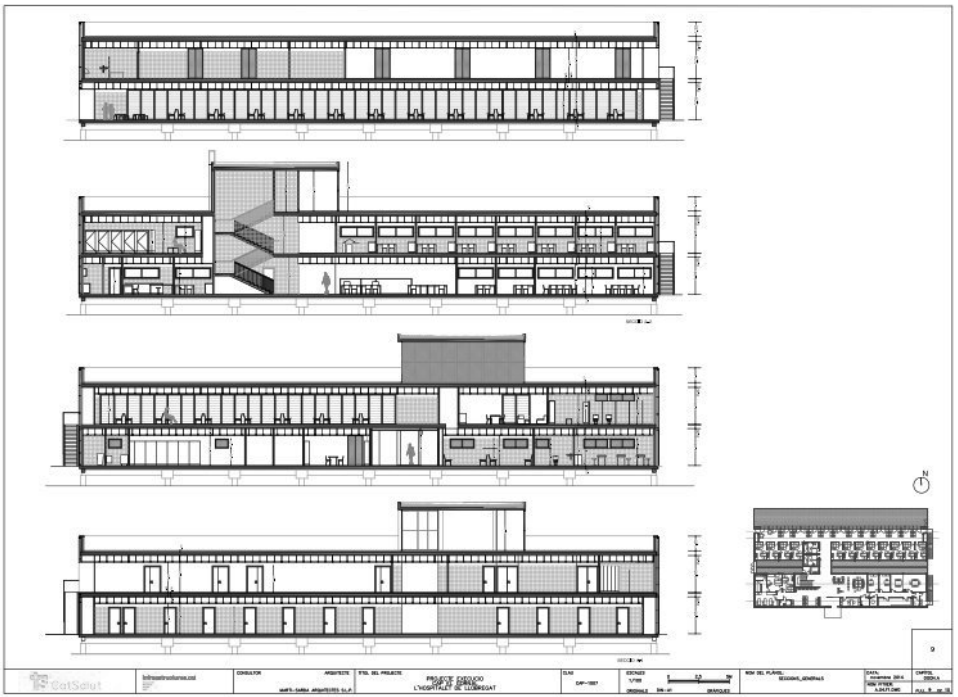
*Había sido cantante, pero en la residencia no se permite hacer ruido.*

*Para citar con traumatología le enviaban un sms,*
*ella tenía una prótesis rota y no tenía móvil.*

## LO PÚBLICO Y DECLINACIONES POSIBLES

¿Qué pasa frente a una situación o miles de situaciones como estas? Desde lo más sencillo a lo más complejo, ¿por qué la forma de organización de un servicio público no permite resolver, acercarse, acompañar, «hacer» con lo que hay? Para intentar responder concretamente a esta pregunta hay que dar un paso atrás y abarcar una ambigüedad más amplia, más general, en torno a lo que entendemos como *público* ¿Cuál es el punto de anclaje, el centro de gravedad en torno al cual pivota la práctica sanitaria que consideramos pública? ¿Cuál el punto, no necesariamente fijo, pero de referencia de un sistema público? ¿Qué lo hace público? Un primer acercamiento, y posiblemente el más habitual, es entender por público la financiación y provisión de un servicio por parte del Estado, con gratuidad en el punto o momento de acceso.

En el Sistema Sanitario público catalán (CatSalut) existe toda una amalgama de versiones a medio camino de esta definición, servicios con financiación pública y provisión privada (todo tipo de conciertos y externalizaciones con hospitales, servicio de atención a domicilio, Centros de Atención Primaria, etc.), cofinanciación por parte de las personas usuarias de algunos servicios (medicación, residencias, servicios de pago ofertados por entidades fuera de la «cartera pública», ingresos en centros socio-sanitarios, etc.), uso privativo de instalaciones y trabajadoras públicas (Barnaclínic), incluso entidades privadas con conciertos para ofertar servicios públicos con ánimo de lucro (Sagrat Cor). Todas estas fórmulas, nombradas de forma general como alianzas o colaboraciones público-privadas, se alejan de ese entendimiento de «lo público» como «estatal» y suponen un potencial conflicto de intereses por cruzar el cuidado de la salud con la



Planos del CAP en Gornal

posibilidad del lucro privado, de ahí que sean la diana de muchas organizaciones que se movilizan por una sanidad «100% pública».

Ahora bien, esta declinación público-privada, que cruza «lo público» con intereses particulares, no es la única lógica que aleja «lo público» del interés común. Hay otras agendas e intereses, dinámicas y, a veces, sencillamente inercias que atraviesan la organización de servicios públicos y que no responden en primera instancia al «bien común». Frente a ello, y como forma de reconocer que esto sucede, quizás se pueda jugar a introducir nuevas declinaciones que se refieran justamente a un acercamiento de lo público al bien común.

Otra dimensión central en la forma de entender habitualmente «lo público», y particularmente en lo que se refiere a los servicios proveedores de derechos fundamentales, como son el derecho a la salud y el derecho a la educación, es la universalidad y la homogeneidad: para todas y a todas por igual. Aquí encontramos también muchas medias tintas dentro del sistema sanitario en Cataluña. Existe una asimetría abismal entre diferentes niveles de acceso, desde personas directamente excluidas por su situación administrativa a personas con menor provisión o en peores condiciones

(áreas empobrecidas y densamente pobladas, entornos rurales, problemáticas no atendidas o mal atendidas). Vale la pena considerar como una de las claves para lograr la universalidad, o acercarse siquiera a ella, el reconocimiento de la diversidad, y cómo esto conlleva a veces hacer diferente, cuestionar hasta qué punto funciona tratar de hacer en todas partes lo mismo para llegar igual a todas.

Lo estatal y lo universal de los servicios son dos vectores diferentes, y sin embargo nos parecen dos elementos concretos para pasar a la parte propositiva de este ensayo (incierto). Tanto cuando nos paramos en las contradicciones del Estado, de lo público cada vez menos estatal, de los intereses privados que median su organización, etc., como cuando en cambio afirmamos los servicios como universales y homogéneos, estamos poniendo por delante de los derechos de la persona su función social. Y la función social de las personas (homogénea y universalmente entendida) en el sistema actual, que diríamos capitalista, es su capacidad (o no) de ser productivas.

Eso conlleva una organización del concepto de la salud hoy muy reconocido y en auge que nos gustaría matizar aquí. En la reconversión de la salud de lo biomédico sanitario a lo primario, social y territorial, un argumento sustancial es que la salud de una persona depende en gran medida de lo que se llama «determinantes sociales»: el género, la condición migratoria, el trabajo, la vivienda, la alimentación. La salud, es decir la capacidad de ser productiva de una persona, depende de la vida que lleva. Nos gustaría editar esta afirmación, repetirla con algunas diferencias y decir que la salud depende de *los determinantes políticos de los cuidados*. Por un lado sustituimos *sociales* por *políticos*, por el otro, *salud* por *los cuidados*. ¿Por qué?

Lo primero se refiere a cómo, en los últimos dos siglos, la organización de la producción social ha sido determinada por las luchas políticas y conflictuales entre diferentes actores que viven en la misma sociedad: las luchas obreras por la jornada laboral de 8 horas, las luchas feministas por la autodeterminación, las luchas negras para la abolición de la esclavitud, las luchas por el cierre de los manicomios. Siempre han sido luchas determinadas por enfrentamientos de orden político cuyo desenlace ha permitido una mejora de vida, y una mejora de la salud, pero cuyo origen radica en una afirmación de la vida frente a la necrofilia del capital, si se nos permite llamarla así: alienación del tiempo de vida, explotación de la energía vital, disciplinamiento de lo anormal.

Lo segundo afirma, pues, un desplazamiento de este agenciamiento político de los determinantes sociales y transforma las concepciones de la salud al afirmar la centralidad de los cuidados. No se trata ya de los determinantes sociales de la salud de un sujeto productivo, sino de qué es lo

que determina políticamente que una persona, independientemente de la «normalidad» de su capacidad productiva, pueda gozar de una casa, de una actividad generativa que le sea propia, de la comida, de la vida, en cuanto condiciones indispensables para una vida buena. Y entonces inmediatamente la salud nos parece que no alcanza para nombrar esto, sino que tiene que ser la relación que sostiene la salud la que esté en el centro, el cuidado mutuo, el cuidado entre las personas, inmediatamente los cuidados en plural.

Nos gusta mucho una reflexión de Franco Rotelli, hecha a partir de los movimientos de desinstitucionalización de salud mental, que nos parece afirmar un marco que es válido por la diferenciación que queremos hacer cuando hablamos de determinantes políticos de los cuidados:

> *Si hoy queremos hablar de igualdad, es desde ahí de donde debemos volver a empezar. La crítica a la desigualdad es sobre todo la crítica de cómo la diversidad ha sido transformada en desigualdad (o de lo contrario volvemos a una imagen falso-holográfica de la igualdad que quiere homologación, identidad, igual-idéntico en lugar de diferentes). Ser diferentes y no desiguales: ser diferentes, pero no por ello desiguales. Nunca como hoy esta posibilidad está ahí y es al mismo tiempo negada, desmentida, irreal. Los niños, las mujeres, los ancianos, los enfermos, las diversidades naturales siguen siendo fuente de desigualdades radicales, motivos fundantes de desigualdad.* ¿Por qué la enfermedad es un desvalor?
> *Nunca más que hoy ser iguales, blancos, occidentales, sanos, jóvenes y productivos construye sobre los demás la máxima desigualdad. Nunca como hoy se realiza una mayoría desviante, que es por su diversidad forzada a los márgenes. Se vislumbra la posibilidad de que todo esto pueda ser desbordado, superado para siempre; sobre todo que caiga la falsa igualdad que parece una diversidad suprimida*
> *en lugar de una diversidad infinitamente multiplicada y de valor infinito. (...). Y es la enorme expansión de una nueva y percibida diversidad*
> *la que permite la crítica a una igualdad hecha de semejanzas*
> *en lugar de diferencias respetadas.*

Diferentes pero no desiguales. Para poder imaginar un futuro en este camino, nos apetece rebobinar y desvelar otros elementos en la narrativa del Estado del bienestar, poniendo la historia específica del Estado español en un marco, tanto geográficamente como conceptualmente, más amplio.

## EL ESTADO DEL BIENESTAR, OTRA VEZ

Si lo miramos con cierta distancia, el tiempo del Estado del bienestar es

un tiempo corto. Si pensamos hoy en la crisis del Estado del bienestar, cabe preguntarse no sólo cuándo comenzó esta crisis –¿quizás a mediados de los años setenta?, ¿quizás antes?– sino también cuándo y por qué surgió el Estado del bienestar. Y quizás incluso antes, dónde y para quién.

De hecho, el Estado del bienestar como forma universalista de acceso a los derechos sociales (educación, sanidad, cultura, vivienda, seguridad social, etc.) caracterizó, de forma desigual, principalmente a los países de Europa Occidental en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial. Podríamos jugar a «me quiere, no me quiere» con una margarita, para encontrarnos finalmente con unos pocos pétalos entre los dedos (ESPING-ANDERSEN, 1990). En el caso de los países europeos mediterráneos, el Estado del bienestar nació en los años setenta y ochenta, cuando su crisis ya era manifiesta, en el avance de la lógica neoliberal de privatización y medicalización «farmacéutica» de los cuidados. Se constituyó así como un espacio de derechos y al mismo tiempo de contradicciones. Si pensamos entonces en la mayoría de los países de Europa occidental, Francia, Alemania, Holanda y muchos otros siguen teniendo sistemas de seguridad social mutualistas, aunque compensados a nivel nacional por fondos de seguridad social, pero todavía no universalistas. Y entonces es importante detenerse en aquellos sujetos que realmente han podido acceder a los derechos garantizados por el Estado del bienestar «universalista», en los pocos países europeos donde realmente podemos hablar de un Estado del bien-

*Sillas en el CAP de Gornal*

estar: ciudadanos, trabajadores, básicamente hombres, excluyendo con demasiada frecuencia a los más pobres, a las mujeres, a las minorías, a los migrantes (NEILSON y ROSSITER, 2008). Y por sinécdoque nos referimos a los múltiples procesos de exclusión que conlleva la organización capitalista de la violencia por explotación.

Si miramos al resto del mundo, es difícil decir que un verdadero modelo de función integral del Estado para sostener los derechos sociales haya estado presente en otros contextos, salvo quizás en los países del bloque soviético (pero sería difícil hablar de un modelo de Estado del bienestar sin que éste esté acompañado de una estructura estatal democrática), o los países europeos no alineados durante la Guerra Fría (en particular Yugoslavia). América Latina, Asia y África fueron continentes caracterizados por una gran inseguridad en materia de derechos civiles, políticos y sociales a lo largo del siglo XX, debido principalmente a los intereses coloniales y a la violencia extractivista capitalista, y América del Norte –en Estados Unidos, México y, en menor medida, Canadá– se organizó socialmente mediante un enfoque generalmente privativo del acceso a los servicios asistenciales, la educación, la seguridad social, etc. (MBEMBE, 2008, CHATTERJEE, 2008, KLEIN, 2007).

En definitiva, la relevancia histórica del modelo de «Estado del bienestar» es ciertamente limitada, pero su alcance imaginario es enorme para mucha gente no sólo en Europa; basta pensar en las luchas por la defensa de los servicios públicos que comentábamos al principio de este artículo, o en los ejemplos que siguen, desde Alma Ata a los zapatistas, pasando por las luchas globales de nuestro tiempo. ¿Por qué tanta importancia a un fenómeno tan reducido? Quizá la palabra que mejor resume el significado del Estado del bienestar es una palabra hoy demasiado ausente: paz. Y la necesidad de imaginar y construir un mundo en paz, afirmada a lo largo de los últimos cien años por las luchas sociales, obreras, comunistas, antirracistas, anticoloniales, feministas, antipsiquiátricas, etc.
El final de la Segunda Guerra Mundial y el deseo interclasista en Europa de un futuro pacífico condujeron, primero en Gran Bretaña y luego en el continente, a la concepción de un proyecto de paz vinculado a los derechos sociales: la acción concertada en las fábricas, las mutuas reconocidas y económicamente apoyadas. El reconocimiento del papel social de los sindicatos, los partidos y las asociaciones fueron de la mano, entre los años 50 y 60, del desarrollo de sistemas universales de acceso a la vivienda, al trabajo y, concretamente, a la sanidad y a la educación, en lo que T.H. Marshall denominó la *plena ciudadanía* (europea) (1961). Sin embargo, sería un error no reconocer la tensión social permanente que permitió la afirmación de este modelo y el papel de las luchas obreras, estudiantiles y feministas en el sostenimiento de este proceso, junto con –e incluso muchas veces enfrentadas a ellas– las políticas económicas de corte keynesiano.

## LAS LUCHAS ANTIMANICOMIALES COMO LUCHAS POR LA *CIUDADANÍA*

Las instituciones sociales de los siglos XIX y XX fueron campos de batalla políticos, y en este sentido es importante señalar la función pionera de las luchas por los derechos de las personas internadas en manicomios en este proceso. Historia menor pero importante, fue, como dijo Francesc Tosquelles, la afirmación de las prácticas antifascistas como principio de valor y acción dentro de las reformas institucionales (IBÁÑEZ, 2008). Al menos tres corrientes diferentes caracterizaron estas luchas, y lo que las hizo comunes fue una ontología diferente de la de la ciudadanía, es decir, una respuesta común pero totalmente original a lo que significa la palabra *ciudadanía*. Mientras que el modelo keynesiano-marshalliano configuraba la ciudadanía como garantía de la estabilidad de la producción social industrial y de la pertenencia identitaria (y discriminatoria) europea, para las luchas antimanicomiales se trataba más bien de una lucha por la emancipación y la afirmación de la diversidad, la vulnerabilidad y la solidaridad en el cuidado común como rasgo fundador de un sentido menor de *ciudadanía*. Vista desde Saint Alban en Francia, Trieste en Italia y Birmingham en Inglaterra, la historia de la ciudadanía como práctica de paz es algo diferente de las grandes narrativas europeas del ciudadano de pleno derecho.

En Birmingham, durante la Segunda Guerra Mundial, un presente convulso y violento permite afirmar la comunidad terapéutica como modelo de innovación en psiquiatría a partir de la explicitación de dos contradicciones. La primera concierne al paciente, hasta entonces considerado peligroso y escandaloso: esta definición no puede operar en relación con los veteranos de guerra y, por lo tanto, el paradigma del control y de la custodia debe ser cuestionado, estableciendo un modelo de diálogo y de comunidad con los internados. La segunda se refiere al cuerpo cuidador: la irrupción de las enfermeras, hijas de clases sociales cultas (clase media), rompe la verticalidad jerárquica de la delegación en «el enfermero» del papel de guardián, por lo que las jerarquías internas del cuidado pueden ser cuestionadas de forma conjunta (MILLARD, FEES, KENNARD, 1996). En Saint Alban, la psicoterapia institucional plantea un problema similar, pero desde un punto de vista completamente distinto. No son veteranos de guerra quienes habitan el manicomio. Más bien es Francesc Tosquelles quien, para apoyar la resistencia antifascista, abre las puertas del manicomio al maquis –los partisanos– y propone así construir, junto con la comunidad del hospital psiquiátrico, una psicoterapia de la institución, verdadera fuente de enfermedad y violencia. Es la contaminación social la que abre la posibilidad de una nueva pedagogía institucional que sitúe la libertad en el centro de la práctica terapéutica (GALLIO y COSTANTINO, 1987). En Trieste, en los años setenta, y unos años antes en Gorizia, Franco Basaglia y su equipo dan un vuelco al paradigma del manicomio. El manicomio, sostienen, es un vestigio del régimen fascista y debe ser destruido. A los inter-

nados allí se les niegan los derechos constitucionales de la ciudadanía republicana antifascista de 1948. Se trata, pues, de devolver a la sociedad la contradicción de esta falta de derechos, desmantelando el manicomio e introduciendo la práctica terapéutica en los mecanismos de intercambio social: desinstitucionalizar las vías de tratamiento para sustituir el enfoque invalidante de la psiquiatría tradicional por un enfoque basado en la libertad y en el apoyo a la vida social de las personas más frágiles, en el que la ciudadanía sea la responsabilidad social de los cuidados compartidos (ROTELLI, 2015).

Los años setenta fueron años tormentosos y, mientras los márgenes olvidados de la sociedad europea gritaban sus derechos a viva voz, los movimientos anticoloniales y las revoluciones sociales en muchos países también estaban reconfigurando la lógica de la salud. Alma Ata, como ya se ha mencionado, fue un paso fundamental en este paradigma y representa el punto álgido de una concepción social, política y holística de la salud como instrumento de emancipación a escala mundial. Lo que se afirma en Alma Ata es la necesidad de desplazar el foco de la atención en salud de la institución hospitalaria a la salud en los territorios, a una atención primaria que sólo secundariamente puede apoyarse en el hospital como lugar de institucionalización –ya que el cuerpo social de la persona y los derechos que puede ejercer se ven reducidos en el hospital por las reglas de la institución. Alma Ata es, pues, ante todo, una ola que afirma la dimensión política de la salud en el gobierno de las sociedades. En Alma Ata, quizás por primera vez, la enunciación política se desplaza del centro de la Guerra Fría a sus márgenes, dejando el escenario a los movimientos chinos de atención primaria, al desarrollo latinoamericano de los procesos comunitarios de promoción de la salud, a los procesos anticoloniales africanos y su relación eminentemente política con otra epistemología de los cuidados (BIRN, 2009) y, por otra parte, dando visibilidad e impulso, como se ha explicado anteriormente, a los movimientos primaristas en España y a las nuevas democracias que emergen a finales de los 70 y principios de los 80 en el contexto internacional y europeo.

Sin embargo, el futuro pronto se cerró sobre sí mismo. Las luchas emancipadoras de los años 70 se apagaron en la represión y la crisis y surgió un nuevo modelo neoliberal que ponía la ilusión del individuo en el centro de la maquinaria de producción y reproducción social.[1] La crisis de Alma

1. El viraje hacia un modelo neoliberal pasa por la relación entre Atención Primaria y la industria del desarrollo, que se concreta en la llamada «Atención Primaria Selectiva»: el foco de los actores occidentales se centra en los programas que agencias internacionales como el Banco Mundial despliegan para alcanzar indicadores como los GOBI (medidores de crecimiento, hidratación oral, lactancia materna e inmunización de niñas/niños), y solo en países llamados «pobres» (WALSH y WARREN, 1979).

Ata y del enfoque sanitario emerge de forma más clara en el fenómeno sanitario históricamente más importante de la segunda mitad del siglo XX, el estallido de la pandemia del VIH/SIDA, cuya gestión fue inmediatamente privatizada, moralizada, colonizada. Las luchas de ACT UP (AIDS Coalition to Unleash Power) pusieron por primera vez en el norte global la lógica neoliberal en el centro de las luchas sociales y se organizaron globalmente para forzar políticas públicas de apoyo a la vida social en lugar de a los intereses privados (y consiguieron, a principios de los años 90, acelerar y democratizar el acceso a los medicamentos antirretrovirales para las personas con VIH, precisamente a partir de una lucha por la distribución del conocimiento técnico y la afirmación de la prioridad del bien común sobre los intereses privados del mercado de las Big Pharma) (SHILTS, 1987). En el contexto de las nuevas naciones africanas, la pandemia del VIH/SIDA marca, sin duda, la afirmación de una lógica necropolítica de gobernanza social: mientras se desmantelan las redes comunitarias de apoyo a la salud como formas sociales legítimas de organizar la atención, la organización de los sistemas sanitarios se ancla en los circuitos de compra, distribución y consumo de medicamentos, cuyo valor de uso se vincula inmediatamente a la decisión de qué vidas importan y, por tanto, merecen ser atendidas (MBEMBE, 2003). Algo que resuena dramáticamente con un grito de guerra contemporáneo: ¡BLACK LIVES MATTER! y los ecos de las luchas en salud de las últimas décadas que resuenan hoy no terminan allí.

## PARA ABRIR, EN VEZ DE PARA CERRAR

Agitadas por esta genealogía, empezamos a perfilar algunas preguntas que señalan esas contradicciones que no se pueden resolver, de las que no podemos huir: son los lugares para situar prácticas capaces de identificar los determinantes políticos de los cuidados y de hacerse cargo de ellos.

Para declinar lo público y lo universal hacia la afirmación de un interés común, que haga posible la diversidad sin desigualdad, quizá sea necesario salirse de un modelo exclusivamente estatal y homogéneo. ¿Cómo podemos trabajar desde lo público tomando como referencia el bien/interés común como algo en permanente transformación? ¿Cómo nos ubicamos y cómo actuamos en un marco en el que van tomando fuerza propuestas contemporáneas de diálogo entre lo público y la proyección conjunta con el territorio (el modelo público-comunitario), pero donde también la externalización y la privatización ganan terreno?

Se trata de repensar la defensa del bien común como algo en diálogo con –pero no completamente solapado a– lo público; «la defensa» no como acto de conservación, en el sentido más literal y conservador, ni como la

«salvaguarda» que logra mantener algo en el mismo estado en el que se encuentra a lo largo del tiempo. Quizás valga la pena pensar otras acciones, de «empuje» o «promoción», crear, inspirar, imaginar... o asumir *la defensa,* pero de una institución que sabemos viva y queremos abierta como condición concreta para desplazar «lo público» de su propia lógica institucional. Esa declinación de lo público hacia el bien común es lo que entendemos por desinstitucionalización. Como estrategia, como responsabilidad, como práctica crítica.

En primer término, la desinstitucionalización alude a una estrategia que dé un vuelco a la institución en tanto que espacio determinado por su cierre, por su autorreferencialidad, por su propia reproducción. Alude, pues, a la apertura como forma de estar, no como forma de permitirse tratar diferente, dejándose llevar por la corriente de los prejuicios y tratos diferenciales, sino como forma de tomar conciencia de que estas diferencias existen, de que nadamos en ellas, de que forman parte de un mandato que nos coloca en lugares incómodos. Apertura como forma de devolver esa incomodidad garantizando derechos y no negándolos: abrir los lugares, abrir los protocolos, abrir las prácticas.

Si se trata de «estar y quedarse», la desinstitucionalización como estrategia es, en segunda instancia, «responsabilidad» en cuanto habilidad para responder a las fragilidades de la vida en sus muchas contradicciones. Se trata entonces de hacerse preguntas: ¿Cuáles son las traducciones concretas, materiales, de esta forma de *pensar el hacer* en el entorno sanitario, de la Atención Primaria en concreto, en una ciudad como l'Hospitalet? ¿Qué podemos hacer para que el mostrador de un CAP no absorba la disonancia sino que la ponga de relieve y trabaje con ella? ¿O sobre ella? ¿Qué hacemos con el hambre sin desnutrición, con la cita sin móvil y con las ganas de cantar?

Si la desinstitucionalización es estrategia, también es responsabilidad, y si es responsabilidad en las contradicciones, tiene que ser práctica y crítica a la vez. La práctica institucional propone la inercia como lógica, la muda exigencia de la repetición, del no hacer, de la indiferencia ante la realidad. Siempre entrópica, la institución tiende a refugiarse en la reproducción de su propia lógica y función, desentendida de la utilidad que realmente puede tener, sin interés por el efecto de su acción sobre la realidad. Inerte está la práctica institucional, como si de materia inorgánica se tratara. Pensamos que parte de la solución pasa por cambiar las instituciones: abrir la institución, hacerla porosa a las realidades que atiende y, en tanto que porosa, también maleable, para que pueda adaptarse a las necesidades que llegan a ella. Para ello también entendemos como necesaria la cualidad de dejarse afectar, es decir, que un espacio se viva y permita verse afectado por lo que pasa en él y también afecte a las personas, sus dinámicas y sus entornos.

Para repensar las prácticas que sostienen el cotidiano desplegarse de los cuidados dentro y alrededor de la Atención Primaria en nuestra sociedad, es necesario hacer crítica de los mandatos que la moldean. La constitución histórica de este modelo está marcada por las luchas que han afirmado nuevos derechos a lo largo del siglo pasado, pero también por los intereses contrapuestos que en el pasar de las décadas han ido perfilando un modelo que demasiadas veces está determinado por estructuras excluyentes, discriminatorias y productivistas. Este es el campo ventoso en el que nos movemos, con sus posibilidades, contradicciones, desafíos. Es allí donde, agitadas por las olas, tenemos que armar nuestras velas. Las posiciones en que nos encontramos son incómodas, oscilantes, pero nos parece necesario reconocerlo y reconocernos en este mar agitado y desconocido para buscar las rutas por venir.

## BIBLIOGRAFÍA


Aguiló Pastrana, Elena (2018). La Atención Primaria desde dentro. En: Javier Segura del Pozo, Blog Salud Pública y otras dudas. Recuperado de: https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2018/06/23/la-atencion-primaria-desde-dentro/

Bajo Viñas, Rosa; Ruiz-Giménez, Juan Luis. «La 'Marea Blanca' y el cuidado de lo común y lo público». En: Pérez Alonso, Edith; Girón, Antonio; Ruiz-Giménez, Juan Luis (Coords.), *Los cuidados. Saberes y experiencias para cuidar los barrios que habitamos*. La Sandunga Transmedia y Libros en Acción. ISBN 978-84-948749-3-2.

Birn, A. E. (2009). «Building better global health: the case for reinventing primary health care». En: *American Journal of Public Health*, 99(11), 2053-2055.

Esping-Andersen, Gøsta. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1990. ISBN: 9780691028576.

Gallio, Giovanna; Costantino, Maurizio (1987). La Escuela de la Libertad. Recuperado el 03 de junio de 2024, de https://www.persalutementale.altervista.org/files/ScuolaLiberta.pdf

Freire, José Manuel. «Los antecedentes internos: del Seguro Obligatorio de Enfermedad a un Sistema Nacional de Salud imperfecto». Atención Primaria en España. Una mirada por el retrovisor. *Actualización en Medicina de Familia, AMF.* ISSN (Papel): 1699-9029 I ISSN (Internet): 1885-2521.

García Olmos, Luis. «La especialización de los médicos generalistas: los orígenes de la especialidad de Medicina de Familia». Atención Primaria en

España. Una mirada por el retrovisor. *Actualización en Medicina de Familia, AMF*. ISSN (Papel): 1699-9029 I ISSN (Internet): 1885-2521.

HISTÒRIA I LLUITES VEÏNALS PEL DRET A LA SALUT. En internet: https://favb.cat/noticies/historia-i-lluites-veinals-pel-dret-la-salut-2/

Ibáñez, Tomás (2008). The School of Freedom: Psychiatry and Liberalism in Francoist Spain. Montreal: McGill-Queen's University Press.

Legido-Quigley, Helena; Urdaneta, Elena; La Parra, Daniel; Muntaner, Carles; Álvarez-Dardet, Carlos; Martín-Moreno, José M.; Mackee, Martin (2013, Junio). «Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?». *BMJ*, 346, f2363.

—(2013, Diciembre). «Erosion of universal health coverage in Spain». *The Lancet*, 382(9909), 1977.

Marmot, Michael; Wilkinson, Richard, eds. (2005). *Social Determinants of Health*. Oup Oxford.

Martínez, Nieves; Pérez, Marta; Heras-Mosteirom, Julio; Gutiérrez, Gonzalo; Díaz Ollala, José Manuel; Ruiz Jiménez, Juan Luis (2018). «Encuentros y Desencuentros entre Salud Comunitaria y Sistema Sanitario Español». En: Botello, Blanca; Cubillo, Jara; Gea, Vicente; March, Sebastià (Eds.), Informe SESPAS 2018 (Salud comunitaria y administración local), *Gaceta Sanitaria*.

Mbembe, A. (2003). Necropolitics. *Public Culture*, 15(1), 11-40.

Millard, D.; Fees, C.; & Kennard, D. (1996). Classic Text nº 133: «Maxwell Jones and the Therapeutic Community». *History of Psychiatry*, 7(4), 431-444. DOI: 10.1177/0957154X221140734.

Neilson, Brett; Rossiter, Ned. «Precarity as a political concept, or, Fordism as exception». *Theory, Culture & Society*, nº 25.7-8, 2008, p. 51-72. DOI: 10.1177/0263276408097796.

Pérez, Marta; Salvini, Francesco –Pantxo RAMAS– (2019). «The right to care: Entering outside in the southern European crisis of welfare», *Ephemera*, 19(2), 389-400.

Pons Pons, Jerònia. «El Seguro obligatorio de enfermedad y la gestión de las entidades colaboradoras (1942-1963)». *Revista de la historia de la economía y de la empresa*, ISSN 1887-2956, nº 4, 2010, págs. 227-248.

Rotelli, F. (2015). *L'istituzione inventata: Almanacco Trieste 1971-2010*. Milán: Alphabeta.

Shilts, R. (1987). «And the Band Played». En: Politics, People, and the AIDS Epidemic. St. Martin's Press.

Walsh, Julia A.; Warren, Kenneth S., «Selective Primary Health Care — An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries». *The New England Journal of Medicine*, núm. 301, 1979, p. 967-974. DOI: 10.1056/NEJM 197911013011804.

Zapater, Francesca. «La declaración de Alma Ata: tirando piedras a la luna». *Actualización en Medicina de Familia, AMF*. Atención Primaria en España. Una mirada por el retrovisor. ISSN (Papel): 1699-9029 I ISSN (Internet): 1885-2521.