

# Els determinants socials de la salut. Repercussions socials del neoliberalisme.

dijous, 22 octubre del 2009

Vicenç Navarro

Aquest text, la intervenció del professor Navarro en les XXVIII Jornades de Debat sobre Sanitat Pública, analitza els canvis en les condicions de salut i qualitat de vida en les poblacions dels països desenvolupats i dels països en vies de desenvolupament, durant els últims 30 anys, com a conseqüència de l'aplicació de les polítiques neoliberals per nombrosos governs i promogudes pel Banc Mundial, el Fons Monetari Internacional i per l'Organització Mundial de la Salut, i altres agències internacionals.

L'autor mostra que el que ha passat no és tant una reducció de les intervencions de l'Estat sinó un canvi en la naturalesa i en el caràcter d'aquestes, amb el resultat d'importants canvis en les relacions de poder de classe a cada país, establint una aliança entre les classes dominants dels països desenvolupats i les dels països en desenvolupament que ha imposat la seva ideologia: el Neoliberalisme. Aquesta és la causa de les enormes desigualtats en salut en el món d'avui. L'article conclou amb un anàlisi de l'informe final de la Comissió de Determinants Socials de la Salut de l'OMS, elogiant i aplaudint la seva anàlisi i molts de les seves recomanacions, però criticant la seva falta d'atenció a les relacions de poder que representen els determinants socials. No és únicament que les desigualtats maten a les persones —com assenyala l'informe— sinó que qui és responsable d'aquestes desigualtats mata a les persones. I sabem el nom d'aquest responsables.

## Introducció

Moltíssimes gràcies per convidar-me a realitzar la ponència sobre les repercussions socials de la crisi global en les XXVIII Jornades de Debat sobre Sanitat Pública, que té lloc en la ciutat de Madrid. Permetin-me començar felicitant-los per haver triat com tema central d'aquesta conferència els Impactes de la Crisi Financera i Econòmica en la Salut de les Poblacions del Món. Aquest tema està relacionat amb l'altre que es discuteix àmpliament avui en cercles salubristes: els Determinants Socials de Salut. Com vostès saben, la Comissió de Determinants Socials de la Salut de l'OMS (Organització Mundial de la Salut) acaba de publicar el seu esperat informe. Aquest document va suscitar, merescudament, gran interès mundial, i en pocs dies va monopolitzar les notícies sobre la salut i assumptes mèdics en els principals diaris del món, amb notables excepcions com els EUA, on amb prou feines va arribar a ser notícia en els mitjans. Em va alegrar que s'establís tal Comissió de l'OMS i ara aplaudeixo la majoria de les recomanacions que fa l'informe. Però el meu entusiasme per aquest informe no és acrític, i ampliaré les meves observacions al mateix al llarg de la meua presentació. Permetin-me començar, llavors, referint-me a algunes de les dades presentades en l'Informe de la Comissió, dades que

haurien de causar malestar a qualsevol persona que estigui compromesa amb la salut i la qualitat de vida de les nostres poblacions, perquè els problemes que es descriuen en l'informe -com les enormes desigualtats de les taxes de mortalitat i morbiditat existents avui en el món- són fàcilment solucionables. Sabem com podem solucionar-los. El problema, no obstant això, no és solament científic. Però abans de tocar aquest tema &ndash; el principal tema de la meva intervenció - observem tals dades.

Cito una estadística presa directament de l'informe: &ldquo;una nena que neix a Suècia viurà 43 anys més que una nena que neix a Sierra Leone&rdquo;. La diferència en la mortalitat entre països és enorme. Però aquestes desigualtats apareixen també dins de cada país, incloent els anomenats països rics o desenvolupats. Altra vegada, citant l'informe de la Comissió: &ldquo;a Glasgow, un obrer no qualificat, és a dir una persona de la classe obrera, tindrà una esperança de vida 28 anys menor que la d'un home de negocis amb uns ingressos en l'esglaió més alt de l'escala d'ingressos a Escòcia&rdquo;. Podríem afegir aquí algunes dades procedents dels EUA: a l'est de Baltimore (on es troba la meua universitat, la Johns Hopkins University) un jove negre aturat té una esperança de vida de 32 anys menys que un advocat blanc d'un despatx important. Actualment, com també he documentat que en altre article, (1) un jove afroamericà té 1.8 vegades més probabilitats de morir a conseqüència d'una malaltia cardiovascular que un jove blanc americà. Als EUA, les diferències racials en la mortalitat són grans, però les diferències en la mortalitat segons classe social són encara més grans. En el mateix article vaig mostrar que un treballador té 2.8 vegades més probabilitat de morir per una malaltia cardiovascular que un home de negocis. Als EUA, com en qualsevol país, s'aconseguiria prevenir un major nombre de morts si aconseguís que totes les classes socials tinguessin la mateixa taxa de mortalitat que la de les classes més riques (és a dir, en el nivell de renda superior del país). Aquests són el tipus de dades que l'informe de la Comissió de l'OMS i altres treballs han documentat. L'evidència que la salut i la qualitat de vida estan socialment determinades és un fet innegable i aclaparant.

Canvis en el context econòmic, polític i social dels últims 30 anys.

Abans de discutir els resultats i les recomanacions de la Comissió de l'OMS m'agradaria analitzar els canvis que hem vist en el món en els últims 30 anys &ndash; canvis en els contextos econòmic, polític i social, en els quals la desigualtat en la mortalitat es produeix i es reproduïx. Els canvis més destacables són aquells que van ser iniciats pel president Reagan als EUA i per la Primera Ministra Thatcher a Gran Bretanya, a la fi dels anys 70 i principis dels anys 80. Durant el període 1980-2008, hem vist la promoció de polítiques públiques basades en la narrativa que: (a) l'Estat (o com usualment és anomenat en el llenguatge popular &ldquo;el govern&rdquo;) ha de reduir les seves intervencions en les activitats econòmiques i socials; (b) els mercats laborals i financers han de ser desregulats amb l'objectiu d'alliberar l'enorme creativitat dels mercats; i (c) el comerç i la inversió han de ser estimulats eliminant fronteres i barreres per a permetre una completa mobilitat del treball, del capital, dels productes i dels serveis. Aquestes

polítiques constituïxen la ideologia neoliberal.

L'aplicació

d'aquestes polítiques al sector salut ha donat lloc a polítiques que emfatitzen (a) la necessitat de reduir la responsabilitat pública sobre la salut de les poblacions; (b) la necessitat d'incrementar el mercat i la comercialització de la medicina; (c) la necessitat de transformar els Serveis Nacionals de Salut en sistemes basats en l'assegurança privada; (d) la necessitat de privatitzar l'atenció mèdica; (e) la necessitat de desenvolupar un discurs en el qual als pacients se'ls anomena clients i la planificació és reemplaçada pels mercats; (f) el millorament de la salut és una responsabilitat personal dels individus; (g) la promoció de la salut com a canvi en els comportaments de les persones; i (h) la necessitat d'incrementar la responsabilitat personal dels individus per a augmentar el seu capital social com a dotació. En els últims 30 anys hem estat testimonis de la implementació d'aquestes polítiques i pràctiques a nivell mundial, incloent als EUA, a la UE i en agències internacionals com l'OMS. Aquestes polítiques han aparegut en el Consens de Washington, en el Consens de Brussel·les, i a més en el Consens de l'OMS, com pot evidenciar-se en l'informe sobre la salut en el món de l'OMS de l'any 2000 sobre l'acompliment dels sistemes de salut en el món. (2, 3)

El marc teòric per

al desenvolupament d'aquestes polítiques econòmiques i socials va ser la creença que l'ordre econòmic mundial havia canviat amb una globalització de l'activitat econòmica (estimulada per aquestes polítiques), responsable d'un creixement econòmic sense precedents. En aquest nou ordre econòmic i mundial, els estats se suposa que perden poder i arriben a ser suplantats per un nou mercat mundial centrat en les multinacionals, les quals passen a ser les principals unitats d'activitat del món avui dia. Aquest escenari teòric va arribar a ser, fins a fa poc, dogma, el qual va ser aplaudit pel New York Times, el Financial Times, L'Economist, i molts altres mitjans de comunicació que han reproduït al voltant del món el dogma neoliberal.

Mentre aquests òrgans

de l'establishment financer aplaudeixen l'escenari neoliberal, altres que estan en contra de l'establishment (com Susan George, Eric Hobsbawm, i amplis sectors del moviment antiglobalització i del Fòrum Social Mundial) se'n lamenten. Però ambdós interpreten la realitat de la mateixa manera: segons tots ells estem vivint en un món globalitzat en el qual el poder dels estats està sent substituït pel poder de les multinacionals; l'única diferència és que mentre les veus de l'establishment aplaudeixen la globalització, les veus anti-establishment la lamenten. El problema amb aquesta interpretació de la realitat, no obstant això, és que les dues veus estan equivocades!

Observem la

pràctica, no la teoria, del neoliberalisme

Analitzem les

presumpcions ideològiques que subjeuen a aquestes interpretacions de la realitat. Per a començar, contràriament al que afirma la teoria neoliberal, no s'ha donat una reducció

del sector públic en la majoria dels països de l'OCDE. En molts països, la despesa pública com percentatge del producte intern brut (PIB), i com despesa per habitant, ha crescut. Als EUA, capdavanter del moviment mundial neoliberal, la despesa pública s'ha incrementat d'un 34% del PIB el 1980, quan el president Reagan va iniciar la revolució neoliberal, a un 38% del PIB el 2007; amb un increment de la despesa per càpita de \$ 4.148 en 1980 a \$18.748 en 2007. També hem vist que en la majoria dels països de l'OCDE, s'ha produït un augment, i no un descens, dels impostos com percentatge del PIB: als EUA es va donar un increment del 35% el 1980 a 39% el 2007; o sense considerar els impostos sobre els salaris, un increment del 32% el 1980 al 36% el 2007. Aquesta situació es va iniciar sota l'administració del President Reagan, als EUA, quan es va donar un increment de la despesa pública federal de 21,6% a 23% del PIB, alhora que els impostos es van incrementar no una sinó dues vegades. De fet, Reagan va incrementar més els impostos, per a un major nombre de persones (en temps de pau), que qualsevol altre president. Va reduir els impostos al 20% de la població amb ingressos més alts i va incrementar els impostos a tots els altres. Com John Williamson, el pare del Consens neoliberal de Washington, va escriure: «nosaltres hem de reconèixer que el Govern Nord-americà va promoure en l'estranger el que no va aplicar a casa»; (4).

I el que hem vist recentment han estat unes intervencions federals massives per a resoldre la crisi bancària creada per la desregulació de la indústria financera. Això és només un dels exemples de com d'equivocada resulta la tesi que l'Estat està sent reemplaçat per les multinacionals. Els Estats no estan desapareixent, el que estem veient no és una reducció de les intervencions estatals sinó un canvi en la naturalesa d'aquestes. Això resulta evident si veiem l'evolució de la despesa federal. El 1980, inici de la revolució neoliberal, el 38% de la despesa federal estava dirigit a les persones, 41% per a despesa militar i 21% per al suport a les empreses privades. Durant 2007, aquestes despeses van canviar dramàticament: les despeses orientades a les persones van disminuir a 32%, la despesa militar es va incrementar al 45% i la despesa per a donar suport a les empreses privades va pujar al 23%. I tot això ocorria abans de la massiva ajuda pública que s'ha donat a la comunitat bancària (com una manera de resoldre la crisi financera) tal com ho va aprovar el Congrés dels EUA.

Una situació similar s'evidencia en el sector de l'atenció sanitària. Hem vist una privatització cada vegada major dels serveis de salut, amb una expansió del rol de les companyies asseguradores del sector sanitari deguda a polítiques fiscals, que van des del desgravament fiscal fins a subsidis, suports que s'han incrementat exponencialment. De manera similar, la gestió privada dels serveis públics s'ha acompanyat d'un increment dels copagaments i co-assuraments privats. També s'ha vist un massiu creixement de la inversió, tant pública com privada, per al desenvolupament de la investigació biomèdica i genètica, a la recerca de la «solució» biològica que sigui capaç de resoldre els majors problemes de salut del món, amb gran èmfasi en el model biomèdic — i tot això ocorre sota els auspicis i guia de la indústria farmacèutica, clarament recolzada amb diners procedents dels impostos.

Canvi en la naturalesa de les intervencions públiques: La importància de la categoria analítica Classe Social.

Una característica

d'aquests canvis que es donen en la naturalesa de les intervencions públiques és que ocorren com resposta als canvis en la distribució del poder en les nostres societats. Els canvis han beneficiat sistemàticament a alguns grups en detriment d'uns altres. Les intervencions públiques han beneficiat a unes classes socials a costa d'altres classes, a unes races a costa d'altres races, a un gènere a costa de l'altre, i a algunes nacions a costa d'unes altres. Hem vist una intensificació de les tensions entre classes, races, gèneres i entre nacions. Cal emfatitzar la importància de parlar de desigualtats de classe tant o més que de desigualtats de raça, de gènere o de nació. Un element de l'era postmoderna és que el terme classe ha desaparegut gairebé completament en el discurs polític i científic. L'anàlisi de classe és, freqüentment, rebutjat per considerar-lo antiquat, un tipus d'anàlisi i de discurs per a "ideòlegs", i no per a seriosos i rigorosos científics. Com que la categoria "classe" pràcticament ha desaparegut de la literatura científica, aquesta ha estat reemplaçada per la categoria "estatus" o per altres categories menys conflictives. La desaparició de l'anàlisi de classe i del discurs de classe, no obstant això, es dona per motius polítics. Aquest és precisament un signe del poder de classe (el poder de la classe dominant), atès que l'anàlisi de classe ha estat reemplaçada per categories menys amenaçadores per a l'ordre social. En aquest nou escenari, la majoria dels ciutadans són definits com classe mitja i la vasta majoria de les persones estan sent col·locades al mig, és a dir entre "els rics" i "els pobres".

Però les classes

socials existeixen. I hi ha dades que ho proven. Dues de les més importants tradicions científiques de la sociologia, com són la Marxista i la Weberiana, han contribuït enormement a la comprensió científica de les nostres societats. Ambdues consideren la classe social com la major categoria de poder, i la lluita o el conflicte de classe com el major determinant del canvi en la societat. Definir l'anàlisi de classe com antiquat és confondre l'antic amb l'antiquat. La llei de la gravetat és antiga, però no és antiquada. Si algun de vostès no ho considera així, pot saltar per una finestra des d'un quart pis per a provar-ho. Jo temo que moltes de les anàlisis que trobem avui són salts des d'un quart pis. Oblidar o ignorar categories científiques comporta un enorme cost. Un d'ells és la incapacitat d'entendre el nostre món avui.

El neoliberalisme és

la ideologia de les classes dominants del nord i del sud. I la privatització de la sanitat és una política de classe, perquè beneficia als grups de rendes més altes a costa de les classes populars. Cadascuna de les polítiques públiques neoliberals es caracteritzen per beneficiar a la classe dominant a costa de les classes dominades. El desenvolupament d'aquest tipus de polítiques neoliberals ha incrementat enormement les desigualtats, no solament entre països sinó també dins dels països.

Un altre exemple dels costos d'oblidar la categoria classe és que comunament s'usa la divisió del món en països rics (el nord) i països pobres (el sud), ignorant l'existència de classes socials dintre dels països, tant en els del nord com en els del sud. De fet, el 20% de les fortunes més grans del món es troben en els països denominats pobres. Les classes més riques a Brasil són tan riques com les classes més riques a França. Els pobres a Brasil són molt més pobres que els pobres a França, però no és molta la diferència entre els rics. I no podem oblidar que un jove obrer no qualificat de l'est de Baltimore (EUA) té una esperança de vida tan curta com el terme mitjà de l'esperança de vida a Bangla Desh. Hi ha classes en cada país. I el que ha estat passant en el món en els últims 30 anys és la formació de l'aliança entre les classes dominants del nord i del sud, una aliança que ha promogut polítiques neoliberals que van en contra dels interessos de les classes dominades (les classes populars), tant en el nord com en el sud. Existeix una urgent necessitat de desenvolupar aliances similars a les de les classes dominants del nord i del sud. Com a treballadors de Salut Pública, nosaltres podem facilitar o obstruir el desenvolupament de tals aliances.

L'aliança de classes com a determinant del No Canvi.

Vaig ser completament conscient d'aquesta situació quan vaig ser assessor a Xile del Govern d'Unitat Popular, presidit pel dr. Salvador Allende. No va ser EUA qui va imposar el cop d'estat liderat per Pinochet (la qual cosa va es va dir àmpliament en aquell temps). Jo vaig estar a Xile i vaig poder veure el que estava passant. El que va succeir fou que les elits econòmiques, el sector financer, els terratinents, l'església catòlica, les classes altes i mitjanes-altes i les forces armades es van alçar contra el govern democràtic, en un cop feixista recolzat, no pels EUA ( els EUA no són un país de 244 milions d'imperialistes), sinó pel govern federal dels EUA, encapçalat per l'impopular president Nixon (que havia enviat a l'exèrcit per a acabar una vaga general dels miners del carbó en la regió dels Apalaches). Un mai ha de confondre al poble d'un país amb el seu govern. I això és particularment important als EUA: on ni més ni menys que el 82% de la població considera que el govern del seu país no representa els seus interessos, sinó els interessos dels grups econòmics (als EUA, anomenats classe corporativa), que són els que controlen el comportament del govern i del Congrés d'EUA.

Sóc conscient que freqüentment s'argumenta que el ciutadà comú dels EUA es beneficia de les polítiques imperialistes portades a terme pel govern federal. La gasolina, per exemple, és relativament barata als EUA (encara que cada vegada ho és menys). Aquesta situació, es diu, beneficia a la classe treballadora dels EUA. Però aquest argument ignora l'elevada dependència que té el ciutadà comú del transport privat i el cost que té aquest transport per a les classes populars, les quals podrien beneficiar-se enormement del transport públic (la qual cosa molts preferirien, segons les enquestes), però aquest pràcticament no existeix en la majoria del país. Això

es deu a l'aliança entre la indústria de l'automòbil i la indústria del petroli que és la responsable de la falta de desenvolupament i cura del transport públic. Existeix fora dels EUA una falta de consciència que la primera víctima del sistema econòmic i polític d'aquest país és la seva classe treballadora. El sector salut és un altre exemple d'això. Cap classe treballadora de cap país desenvolupat econòmicament s'enfronta amb els problemes d'accés als serveis sanitaris que tenen les classes populars nord-americanes. El 2006, 47 milions d'americans no tenien cap cobertura en salut. I moltes persones van morir a conseqüència d'això. S'estima que el nombre de morts prevenibles varia entre unes 18.000 (segons el conservador Institut de la Medicina dels EUA) i un nivell més realista de més de 100.000 morts per any (segons càlculs del professor David Himmelstein de la Universitat de Harvard). El nombre varia segons com es defineixi &ldquo;mort prevenible&rdquo;. Però encara així la conservadora xifra de 18.000 morts per any és sis vegades el nombre de morts ocorregudes en l'atac del 11 de setembre al World Trade Center. Fet que indigna a la gent (i així ha de ésser), però les morts que ocorren per falta d'atenció mèdica no arriben a ser notícia. D'aquestes morts no s'informa ni en les primeres pàgines ni en les últimes del New York Times, del Washington Post, del Los Angeles Times o de qualsevol altre periòdic dels EUA. Aquestes morts són una part de la realitat diària que no és notícia.

Però darrere del problema de la falta d'assegurança, EUA té un problema major: l'assegurament parcial (el sub-assegurament), uns 108 milions de persones tenien una assegurança insuficient el 2006. Molts d'ells creuen que pel fet de tenir assegurança de salut mai tindran problemes per a pagar les seves factures mèdiques. De tant en tant i de forma ocasional, s'enfronten a la veritat: el seu assegurament és dramàticament insuficient. Fins i tot per a les famílies amb la millor cobertura, la cobertura és molt menor que la que s'oferix a Canadà i en la majoria dels països de la Unió Europea (UE). El pagament de les factures mèdiques és un problema molt seriós per a moltes persones. De fet la incapacitat per a pagar aquestes factures és una de les principals causes de fallida familiar, i això malgrat que moltes d'aquestes famílies tenen assegurança mèdica. A més, el 20 % de les famílies gasten més del 10% dels seus ingressos disponibles en primes d'assegurances i factures mèdiques (el percentatge és encara més alt per a qui tenen una assegurança individual: 53%). El 2006 un de cada quatre americans tenia problemes per a pagar les factures mèdiques i això malgrat que la majoria d'ells tenia assegurança sanitària privada. I la crueltat del sistema apareix amb tota brutalitat amb aquesta dada: el 42% de les persones que estan morint amb una malaltia terminal manifesten que estan preocupades de com ells o els seus familiars pagaran les factures pels serveis mèdics. Cap dels països de la UE s'enfronta a aquesta dramàtica situació.

La situació dels països en desenvolupament

Les classes dominants i l'aliança de classe existents en el món són l'arrel del problema de la pobresa. Aquesta aliança reproduïx l'explotació responsable de la pobresa i del subdesenvolupament de la salut. Permetin-me citar d'una font

&ldquo;respectable&rdquo;, el diari New York Times, que, en un rar moment de candor, va analitzar la pobresa a Bangla Desh, el &ldquo;país més pobre del món&rdquo; (5). Però Bangla Desh no és pobre; tot el contrari, és un país ric. Encara que la majoria de la seva gent és pobra (amb unes pobres condicions de salut i de qualitat de vida), el país no és pobre. Té enormes recursos. L'arrel del problema és qui controla aquests recursos. Com reconeix el New York Times:

L'arrel de la malnutrició persistent enmig d'una relativa abundància és la desigualtat en la distribució de la terra a Bangla Desh. Poques persones aquí són riques segons els estàndards occidentals, però les desigualtats existents són moltes i es reflecteixen en l'alta concentració de la propietat de la terra. El 16% de la població rural més rica controla dues terceres parts de la terra i prop del 60% de la població posseïx menys d'un acre&hellip;La nova tecnologia agrícola recentment introduïda tendeix a afavorir als grans agricultors, col·locant-los en una millor posició per a negociar amb els seus veïns menys afortunats. El govern està dominat per terratinents &ndash; 75% dels membres del parlament posseïxen grans lots de terres- i, per tant, no pot preveure's cap suport oficial per a canvis fonamentals en el sistema&hellip; Les ONGs per a facilitar aliments a Bangla Desh reconeixen que solament una fracció de les milions de tones d'ajuda en aliments enviades a aquest país arriba als pobres i gent famolenca dels pobles. Els aliments estan sent lliurats pel govern, que els ven a preus subsidiats a militars, policies i a la classe mitja que habita en les ciutats. Finalment, The New York Times conclou: Bangla Desh té suficient terra per a proveir una adequada alimentació a cada home, dona i nen del país. El potencial de l'agricultura d'aquesta terra exuberantment verda es manté, encara amb un inevitable creixement poblacional, per als pròxims 20 anys, en els quals la població pot ser alimentada fàcilment solament amb els recursos propis d'aquest país.

Permetin-me repetir-ho, el conflicte en el món avui no és del Nord versus el Sud. Tampoc és cert que el problema sigui la globalització o l'escassetat de recursos. L'arrel del problema és la diferència de poder entre les classes socials que existeixen en els països i les seves influències sobre l'estat. Aquestes són les arrels del problema de la pobresa. En la majoria dels països en desenvolupament la classe dominant, està aliada amb les classes dominants dels països desenvolupats i controlen els òrgans de l'Estat. I l'experiència històrica mostra que quan la població que no posseïx terres i altres recursos es rebel·la contra aquesta situació per a forçar un canvi, les classes dominants tant del Nord com del Sud, s'uneixen per a oposar-se al canvi utilitzant qualsevol mitjà disponible, incloent la brutal repressió. Aquesta és la història dels pobles que tracten de trencar el subdesenvolupament de la seva salut. Un exemple d'això és l'enorme hostilitat dels principals mitjans de comunicació dels EUA i la UE contra els governs de Chávez a Veneçuela o el d'Evo Morales a Bolívia, que porten a terme reformes que afecten als interessos econòmics de l'aliança de les seves classes dominants.

El fracàs del neoliberalisme

Una altra cosa que s'assumeix en el discurs neoliberal és que el desenvolupament de les polítiques neoliberals ha estimulat enormement el creixement econòmic i ha millorat la salut i la qualitat de vida de les poblacions. Aquí altra vegada, l'evidència contradiu aquest dogma. El terme mitjà del creixement real del PIB a Amèrica Llatina va ser un impressionant 82% durant 1960-1980, però va descendir un 9% en el període liberal de 1980-2000, i després, un 1% durant el període 2000-2005. Aquest decreixement explica les revoltes contra les polítiques neoliberals quan aquestes van ser implantades a Amèrica Llatina. Pel que fa als indicadors de salut, com mostra la figura 1, els països amb nivells de desenvolupament similar en el punt de partida del període d'estudi (per exemple, el 1980 tenien el mateix nivell de desenvolupament que altres països el 1960), van tenir un nivell molt més baix de millora en la taxa de mortalitat infantil durant 1980-2002 que durant 1960-1980. Una situació similar es dona en els països desenvolupats. En els EUA ha existit un gran increment de la mortalitat diferencial per classe social i una deterioració en la cobertura dels serveis d'atenció en salut de la població. Durant els últims 10 anys, un milió de persones ha perdut cada any cobertura en els serveis de salut.

La situació social a Europa

Permetin-me ara mostrar el que ha passat a la Unió Europea, mostrant el que ha succeït en el mercat laboral, en l'atur, en els salaris, en les condicions de treball, en la protecció social, en els beneficis socials i en els beneficis empresarials a la UE-15. Ens centrarem en la UE-15 perquè aquests són els països que han format part durant més temps de la UE i per tant, han estat exposats a les polítiques de la Unió Europea durant un període més perllongat.

El gràfic 2 mostra com l'atur ha crescut en la UE-15 des de principis dels 70s, el que coincideix amb el desenvolupament de polítiques dirigides a l'establiment de la UE. Tingui's en compte que Europa va tenir unes taxes d'atur menors que els EUA durant el període 1960-1980 i molt majors en el període 1980-2003.

En el gràfic 3 podem veure les rendes del treball (la qual inclou la compensació per treball, la protecció social dels treballadors, la contribució per a la jubilació i l'assegurança d'atur), com a percentatge del PNB (Producte Nacional Brut) en la UE-15, les quals van disminuir durant el període 1975-2005. Aquesta reducció va tenir lloc a pesar que el nombre de treballadors augmentés. A més, això passava independentment del cicle econòmic.

El gràfic 4 indica que la intensitat i l'estrès en el treball van augmentar en gairebé tots els països de l'EU-15. En terme mitjà, el nombre de treballadors que viuen sota pressió

es va incrementar d'un 32% en 1991 al 45% en 2005. Una conseqüència d'això és que, en el lloc de treball, les malalties relacionades amb els aspectes laborals també s'han incrementat.

La taxa del creixement de la despesa pública social, com ho mostra la figura 5, va disminuir durant 1990-2004. I en la taula 1 s'observa com els beneficis socials (compensació per malaltia, compensació per accident de treball i segur d'atur) van disminuir en tots els països de la UE en el període 1975-1995. En els països anglosaxons liberals (Austràlia, Canadà, EUA, Irlanda, Nova Zelanda i Regne Unit) s'aprecia la major retallada en els beneficis, seguits pels països demòcratacristians i després pels socialdemòcrates; la reducció no és lineal, algunes retallades són més marcades en els països socialdemòcrates que en alguns països liberals. Però en tots els països de la UE-15 els beneficis socials es van reduir.

Com aquestes figures i taules mostren, les condicions de treball i de cobertura dels beneficis socials per a la classe treballadora i altres sectors de les classes populars s'han deteriorat, la qual cosa contrasta amb els exuberants beneficis de la classe empresarial. Des de 1999 a 2006, els seus beneficis es van incrementar 33,2% en els EUA i 36% en l'Euro zona. Els costos laborals, no obstant això, solament es van incrementar un 18,2%.

En resum durant els anys de creació de la UE-15 alhora que es van incrementar els ingressos de capital, van disminuir els ingressos dels treballadors, van incrementar les desigualtats salarials, es va incrementar la regressivitat fiscal, van disminuir els beneficis socials i va disminuir la protecció social —tot això determinant, com resultat, un increment de les desigualtats socials. Això ha anat acompanyat d'un augment del percentatge de població dels països de la UE-15 que considera que existeixen excessives desigualtats socials (78%, el major percentatge des de la II Guerra Mundial). També val la pena comentar que un creixent nombre de persones de les classes treballadores i de les classes populars considera que hi ha una deterioració en la seva situació social a causa de les polítiques desenvolupades com a conseqüència de l'establiment de la UE. Tenen raó?

Quina explicació té el sentiment anti-Europa entre les classes treballadores europees?

Per a donar resposta a aquesta pregunta hem de tenir en compte, en primer lloc, quines són les raons que dona l'establishment europeu - el Consens de Brussel·les — per a explicar el creixement de l'atur entre els països de la UE-15. L'establishment en la UE atribueix aquest increment de l'atur a tres factors:

- a) una excessiva regulació dels mercats laborals,
- b) una excessiva generositat en els beneficis socials i

c) una excessiva despesa pública.

Com a conseqüència, les polítiques promogudes pel consell, la Comissió Europea i el Banc Central Europeu (els majors components de l'establishment de la UE) han inclòs mesures que:

a) promouen la desregulació dels mercats laborals,

b) promouen restriccions i/o reduccions de la despesa pública. Un exemple, entre molts altres, és la declaració de Pedro Solbes, que durant molts anys va ser Comissari Europeu d'Assumptes Econòmics i Monetaris de la UE i fins a fa poc era el Ministre d'Economia del Govern 'Socialista' a Espanya: "la política de la qual més orgullós em sento és la de no haver incrementat la despesa pública a Espanya", una declaració feta en el país on la despesa pública és la més baixa en la UE (després de Portugal); i

c) una reducció dels beneficis socials, la qual cosa ha arribat a la màxima expressió en la proposta de la Comissió Europea d'incrementar el temps de treball permès a més de 65 hores per setmana.

Aquestes polítiques han estat iniciades en el marc de la política monetària establerta en el pacte d'Estabilitat, el qual requereix austeritat en la despesa pública juntament amb la prioritització de les polítiques del Banc Central Europeu, que han donat prioritat al control de la inflació sobre el creixement econòmic i la creació de l'ocupació. En el Regne Unit (el primer país que va desenvolupar aquestes polítiques, sota el govern de Thatcher), una conseqüència d'aquestes polítiques ha estat una lenta disminució de la mortalitat en tots els grups d'edat, com ho indica la figura 6.

Quins són els components d'un programa nacional de salut? Què ha de contemplar?

Evidentment, la tradicional resposta de les institucions d'atenció mèdica per a totes aquestes realitats és completament insuficient. Les institucions mèdiques proveïxen més tractaments que guariments. Les majors causes de mortalitat —el càncer i les malalties cardiovasculars— no poden ser resoltes amb intervencions mèdiques. Les institucions mèdiques donen atenció als individus afectats per aquestes condicions i poden millorar la seva qualitat de vida, però no poden resoldre ni aquests ni la majoria d'altres problemes crònics. La prevenció de malalties i la promoció de programes de salut basats fonamentalment en intervencions en el comportament i en

l'estil de vida són també insuficients. Tenim l'evidència que els programes dirigits als canvis de comportament a nivell individual tenen una efectivitat limitada. I per tant, necessitem àmplies estratègies per a millorar la salut que incloguin intervencions polítiques, econòmiques, socials i culturals que toquin els determinants socials de la salut (distingint-los dels individuals). Aquestes intervencions han de tenir com primer objectiu la participació de les persones. Per tant, una política nacional de salut ha d'enfocar-se en els determinants estructurals de la salut i ha de contenir dintre dels seus components fonamentals:

a) polítiques públiques que estimulin la participació i la capacitat d'influència de la població en la societat.

b) determinants socials i econòmics

c) determinants culturals

d) intervencions en la vida laboral

i) intervencions per a la protecció del medi ambient i del consumidor

f) condicions favorables i segures durant la infància, l'adolescència i la vellesa, i finalment

g) intervencions mèdiques que promoguin la salut.

Permetin-me fer èmfasi que la participació de la gent és transcendental. Som conscients que en ambdós costats de l'Atlàntic, als EUA i a la UE, existeix una crisi de la democràcia. Les institucions representatives es perceben àmpliament com controlades i instrumentalitzades pels grups econòmics i financers de la societat. Als EUA, la desconfiança en l'establishment polític (al que es coneix comunament com 'Washington'), es deu al fet que és percebut com influenciat per la classe empresarial. Tots els candidats en les eleccions primàries per a president en 2008, fins i tot John McCain, es presentaven com anti-Washington. Una situació similar està ocorrent en la UE, on un país rere l'altre, la classe treballadora està rebutjant el projecte europeu, el qual està sent construït pels grups econòmics i financers amb mínima participació democràtica. No és solament que França, Holanda i Irlanda hagin rebutjat la Constitució Europea, sinó que les enquestes també assenyalen que les classes treballadores a Dinamarca, Suècia, Alemanya i molts altres països estan en contra de la Constitució Europea. Extremadament important i urgent és un projecte de salut que recuperi la importància de la representativitat política. És urgent que les institucions representatives siguin responsables i rendeixin comptes als representats. I és aquí on he de fer la meva crítica a l'informe de la Comissió de la OMS.

Com he esmentat

a l'inici, jo vaig aplaudir l'establiment de la Comissió sobre els Determinants Socials de la OMS i vaig donar la seva anàlisi i recomanacions. De fet, desitjaria que pel seu treball la Comissió rebés el Premi Nobel de Medicina o de la Pau. Aquesta Comissió ha elaborat un sòlid, rigorós i valent informe que ha anat més lluny que qualsevol altre informe, denunciant els obstacles per a arribar a un ple desenvolupament de la salut. Una frase de l'informe &ldquo;desigualtats socials maten&rdquo; ha ofès a les forces conservadores i liberals, que troben la narrativa i el discurs de l'Informe molt fort per a l'estómac.

Ara bé, no és

només que les desigualtats socials maten, sinó que els responsables d'aquestes desigualtats (i els que s'en beneficien) maten. La Comissió evita la categoria poder (tant el poder de classe, com de raça, gènere o nació) i tampoc analitza com el poder és produït i reproduït per les institucions polítiques. Aquesta és la major debilitat de l'informe. I això es produeix en una ja arrelada pràctica de les agències internacionals que parlen de polítiques sense tocar allò polític. Aquestes institucions emfatitzen, en termes generals, la necessitat de redistribuir els recursos, però es mantenen en silenci en el tema de quins recursos, i en el com i amb quins instruments, i qui els controla. Desitgen ser profundament apolítics i aquí és on es troba la debilitat de l'informe.

Els

meus comentaris fins a aquí no són en part una crítica a la pròpia Comissió sinó a l'OMS &ndash; i a altres agències internacionals que tracten la matèria. Aquestes agències sempre intenten arribar a un consens i el consens sempre dóna al més poderós el poder de veto. Qualsevol conclusió, tema o terminologia que pugui ofendre a un grup de poderosos asseguts en la taula és eliminat. Els que aproven l'informe poden també rebutjar-lo. L'informe de la Comissió se centra més a descriure com les desigualtats socials maten a la gent. Però nosaltres coneixem els noms dels assassins. Coneixem el crim, com el procés s'esdevé i als agents que en són responsables. I nosaltres, com treballadors de la Salut Pública hem de no solament denunciar el procés, sinó també les forces que cometen l'assassinat. L'OMS mai ha fet això, però nosaltres com treballadors de Salut Pública podem i hem de fer-ho. No és suficient amb definir malaltia com absència de salut. La malaltia és una categoria social i política imposada sobre la gent amb una enorme pressió social i econòmica del sistema capitalista, una de les majors forces en el món que causa malaltia i mort.

Recordem

que Chadwick, un dels fundadors de la Salut Pública, quan, com a Comissionat del Comitè de Salut de la Gran Bretanya entre 1848-1854, va concloure que les classes pobres del país estaven afectades per una contínua, creixent i segura causa de mort, escrivint que: &ldquo;el resultat (de la situació social) és igual que si 20 o 30 mil d'aquestes persones fossin tretes de les

seves miserables llars i fossin dutes a morir. Un segle i mig després, milions de persones tant en el Nord com en el Sud, moren d'aquesta manera. I nosaltres coneixem a les forces polítiques, econòmiques i financeres que són responsables d'això i hem de denunciar-les pel seu nom.

Així ho va fer també Engels, qui en el seu excel·lent treball de salut pública sobre la condicions de vida de la classe treballadora britànica, va mostrar la incompatibilitat entre el sistema econòmic capitalista vigent llavors i les condicions de salut i laborals de la gent treballadora. I va ser també Virchow, qui en resposta a la declaració feta per l'estructura de poder d'Alemanya, enfront del seu informe (en el qual demanava que es redistribuís l'aigua, la terra, i la propietat) al qual els amos d'aquells recursos es van referir com un document polític, ell va respondre: "la medicina és una ciència social i la política no és més que medicina a gran escala" (6). El que nosaltres com treballadors de salut pública necessitem és actuar com agents, fins i tot agents polítics, per al canvi. I jo espero que vostès hi estiguin d'acord.

Moltíssimes gràcies per la seva atenció.

#### Referències:

1. Navarro, V. Race or class versus race and class: mortality differentials in the U.S. Lancet. 1990; 336:1238-1240.
2. Navarro, V. Assessment of the World Health Organization Report 2000. Lancet. 2000; 356:1598-1601.
3. Navarro, V. World Health Report 2000: Responses to Murray and Frenk. Lancet 2000; 357: 1701-1702; discussion. 1702-1703, 2001.
4. Williamson, J. What Washington Means by Policy Reform. Institute for International Economics, Washington, DC, 1990.
5. New York Times, September 12, 1992.
6. Virchow, R. Die Medizinische Reform, 2. In H. E. Sigerist, Medicine and Human Welfare, 93, 1941.

Traducció  
al català de La Fàbrica (<http://www.fabrica.cat>)

