

DISCURSOS DE MOVIMIENTOS SOCIALES SOBRE PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CATALANES

*DISCOURSES OF SOCIAL MOVEMENTS ABOUT THE PRIVATIZATION OF CATALAN HEALTH
SERVICES*

Lutiane de Lara*, Lluís Camprubí, Neuza Maria de Fátima
Guareschi*, Carme Borrell*******

***Universidade Federal do Rio Grande do Sul; **Agencia de Salud Pública de
Barcelona (ASPB); ***Universitat Pompeu Fabra; ****Ciber de Epidemiología y
Salud Pública (CIBERESP); lutianelara@yahoo.com.br**

Historia editorial

Recibido: 28-07-2014
Primera revisión: 07-03-2015
Segunda revisión: 20-04-2015
Aceptado: 24-06-2015

Palabras clave

Sistema sanitario catalán
Privatización
Discursos movimientos
sociales

Resumen

En ese artículo discutimos los discursos sobre la privatización de la sanidad a partir del análisis de entrevistas y de manifiestos, en tres movimientos catalanes: *Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (Caps)*, *Grup de Defensa de Sanitat Pública (15MBCNSalut)* y *Plataforma Pel Dret a la Salut (PDS)*. Para el tratamiento metodológico utilizamos el análisis de contenido. El análisis enuncia la dicotomía entre sistema público/privado como dualidad que organiza los discursos de defensa del modelo público y el gran trabajo que tienen los movimientos para garantizar este modelo, lo que configura los movimientos como una fuerza revolucionaria que defiende el sistema público de las amenazas privadas y que lo hacen presuponiendo que éste, en esencia, representa los ideales de la población. Es central en el análisis el debate entre lo tradicional y lo nuevo en actuación social y la problemática de la coexistencia de diferentes modelos de actuación.

Abstract

In this paper, we discuss the discourses about the health privatization from the analysis of interviews and manifests of three Catalan movements: *Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (Caps)*, *Grup de Defensa de Sanitat Pública (15MBCNSalut)* and *Plataforma Pel Dret a la Salut (PDS)*. The content analysis has been adopted as methodology. The analysis has evidenced a dichotomy between public and private systems as a duality that structures discourses favoring the public model and the great efforts made by the movements to guarantee that model. This has shaped the movements as a revolutionary force that defends the public system from private threats by assuming that it essentially represents the people's ideals. The debate between the traditional and the new in social action has been central to the analysis, as well as the problem of coexistence of different models of action.

Keywords

Catalan health system
Privatization
Discourses of social
movements

de Lara, Lutiane; Camprubí, Lluís; Guareschi, Neuza Maria de Fátima e Borrell, Carme (2015). Discursos de movimientos sociales sobre privatización de los servicios de salud catalanes. *Athenea Digital*, 15(2), 51-80. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1436>

Introducción

En la segunda mitad del siglo XX, se avanzó en la definición de salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1948, párr.1). Vinculado a la ampliación del concepto de salud se puso en marcha la creación de sistemas públicos de salud en el contexto europeo como parte del interés de proveer la garantía de los derechos sociales. Las bases del sistema sanitario público catalán avanzan en este sentido a partir de la década de 1960

y 1970, y posteriormente con la restauración del gobierno democrático. Esto ocurrió mediante la introducción de experiencias en salud pública y con la creación del *Servei Nacional de Salut de Catalunya* y del *Mapa Sanitari* de Catalunya que siguieron los preceptos de la OMS (Organización Mundial de Salud), promoviendo a través del *Departament de Sanitat i Assistència Social* de la Generalitat de Catalunya una perspectiva más integral y menos asistencialista (Lo Cascio, 2008). Las movilizaciones en el ámbito técnico-político, que estaban en consonancia con las pautas de las reivindicaciones de los movimientos comunitarios de la época, exigían la “promoción de salud, prevención de la enfermedad, demanda y defensa de un sistema sanitario público y de calidad que no reproduzca el patrón consumista de servicios” (Martí, 2010, p. 309). Estas demandas confluían con las demandas internacionales por la construcción de modelos públicos de salud. Así, en Cataluña, como en el resto de España, a partir de la promulgación de la Constitución de 1978 y la Ley General de Sanidad del 1986, la sanidad posee financiamiento público, con previsión de acceso universal y gratuito para toda la población.

En el establecimiento de las competencias sanitarias en Cataluña comienza la dificultad de señalar los límites con lo privado. Este establecimiento se basó en fortalecer la construcción de las bases del modelo sanitario catalán de las décadas 60 y 70 y en agregar a la red de la sanidad pública los servicios ya existían anteriormente a 1981. La intención era aprovechar todos los recursos existentes, tanto públicos como privados, y para eso, se creó un sistema de cobertura pública de provisión mixta a través de la compra por parte del sector público de servicios a proveedores concertados (privados), en vez de absorber estos proveedores. El modelo catalán avanza su diseño en 1990 con la creación del *Servei Català de la Salut* como un ente público dotado de personalidad jurídica propia. Configuración jurídica que permitiría regir por las normas del derecho privado y la adopción de fórmulas de gestión múltiples. La dificultad de determinar lo que es público y privado se intensificó en 1995 con la Reforma de la LOSC (Ley de Ordenación Sanitaria 5/1990) que completó la separación de las funciones de financiación y de provisión. Esta reforma permitió al poder público crear cualquier fórmula de titularidad y gestión admitidas en la taxonomía jurídica y abrió la concertación de centros de atención primaria por EBAS (Entidades de Base Asociativa) (Lo Cascio, 2008), es decir, prestación de servicios de salud con o sin ánimo de lucro mediante gestión indirecta hecha por entidades formadas por profesionales de salud. De ese modo, el modelo de gestión de Cataluña se caracteriza, básicamente, por la separación de compra y provisión en el ámbito público, lo que significa que puede integrar en una misma red: servicios públicos, semi-públicos y privados contratados por el CatSalut (Servicio Catalán de Salud) para asegurar la asistencia sanitaria. Permite así que entidades, mutuas, fundaciones, consorcios y órdenes religiosas se utilicen ampliamente implicando un alto grado de provisión del sector privado en los servicios ofrecidos públicamente. Otro as-

pecto diferencial del sistema catalán respecto al resto de España es la fuerte presencia del seguro sanitario privado, que sobre todo es adquirido por las personas de clases sociales más privilegiadas, y que coexiste junto al acceso universal gratuito (Canals, 2010).

Después del inicio de la crisis financiera de 2008, las medidas de recorte del presupuesto en sanidad, que entre 2010 y 2014 pasó de 10.000 millones de euros a 8.500 millones, en Cataluña amenazan la universalidad y la calidad del acceso al derecho a la salud. En 2011 el gobierno catalán publica la Ley Omnibus o “Reestructuración del sector público para agilizar la actividad administrativa” (LAR, 11/2011 de 29 de Diciembre) que introduce cambios importantes en el sistema como por ejemplo, el hecho de que los operadores privados alquilen a los hospitales públicos unidades que han dejado de funcionar con los recortes, lo que facilita la fragmentación del principal proveedor público, el ICS (*Institut Català de la Salut*) (Puig-Barrachina, Martí, & Vergara, 2013). En 2012 esas medidas sufren una radicalización en el conjunto del estado con el Real Decreto Ley 16/2012, al establecer criterios de exclusión de inmigrantes en situación administrativa irregular para acceder al sistema sanitario y al establecer distintos tipos de copagos. Esas medidas promueven un cambio sustancial en el modelo de seguro público de sanidad al retroceder en el derecho universal de acceso a la salud y al establecer cortes entre quien está asegurado y quien no lo está, e igualmente avanza en la disminución del acceso gratuito a la salud. La redefinición de quien posee acceso a la salud y el escalonamiento de servicios a ser ofertados a partir de la cartera común remodela el acceso y promueve un gran cambio en el volumen de cuidados de salud con financiamiento público, más concretamente el cambio del RDL significa pasar de un modelo de sistema nacional de salud a un modelo de seguridad social que rompe con la perspectiva de acceso universal.

La crisis económica y sus consecuencias sociales amenazan el estado de bienestar social afectando de manera desproporcionada a las personas de clases desfavorecidas y a las minorías étnicas (Pérez, Rodríguez-Sanz, Domínguez-Berjón, Felicitas, & Borrell, 2014). Las medidas que atacan el sistema público de salud promovidas por los gobiernos post-crisis de 2008 y los sucesivos cambios que afectan al carácter universal y gratuito del Sistema Nacional de Salud Catalán desencadenan la reorganización de antiguas y nuevas agrupaciones de ciudadanas y ciudadanos profesionales que luchan para defender los derechos sociales conquistados en la década de 1980 y para mostrar las insuficiencias existentes en el modelo catalán (Puig-Barrachina, Martí, & Vergara, 2013).

La caída de confianza institucional en los gobiernos, partidos políticos y sindicatos, sumada a la crisis económica que se inicia en 2008, ha puesto en evidencia los mo-

delos de actuación de la sociedad civil en España, así como en otros países, y ha impulsado a la creación de nuevos modelos que cuestionan los modelos tradicionales, como el movimiento 15M (Ripa, Rodríguez, & Fuente, 2013). Con la intención de conocer nuevos escenarios de activismo político y su coexistencia con metodologías más tradicionales de activismo, analizamos los discursos sobre la privatización de la sanidad en tres movimientos sociales catalanes que actúan a partir de distintas metodologías de activismo social. En este contexto, realizamos este estudio buscando contribuir a la comprensión de la relación y coexistencia de movimientos antiguos y nuevos en torno al tema de la privatización de la sanidad a partir del análisis de contenido de entrevistas, de manifiestos y materiales de tres movimientos sociales seleccionados por su representatividad en la lucha contra la privatización de la sanidad pública y que a su vez son diversos entre sí en los ejes antiguo-nuevo; organizado-espontáneo; profesional-ciudadano. Esos ejes fueron creados por los investigadores y las investigadoras a partir de la observación de escenarios de discusiones que permeaban reuniones conjuntas de los movimientos catalanes en defensa de la sanidad pública. De esa observación se constató la polarización entre diferentes maneras de activismo político en que se destacaron esos polos traducidos en los ejes que hemos creado. De tal modo, el CAPS (*Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris*) es un movimiento antiguo, organizado y con presencia fuerte de profesionales, el 15MBCNSalut (*Grup de Defensa de Sanitat Pública*) es un movimiento nuevo, espontáneo, con presencia profesional y ciudadana, y la PDS (Plataforma Pel Dret a la Salut) es un movimiento nuevo, organizado, con presencia no expresiva de profesionales pero sí con presencia ciudadana.

Sanidad: mercantilización y/o privatización

El modelo sanitario adoptado por Cataluña amplía considerablemente las dificultades de analizar lo que es público y privado y facilita una lenta privatización del sistema desde que históricamente se intensificó la separación entre la compra y provisión de los servicios y la introducción de criterios de mercado en el sistema (Puig-Barrachina et al., 2013). A esta problemática en el escenario general se añade la dificultad de definir lo que es privatización. Existe una proximidad entre los conceptos de privatización y mercantilización que a veces aparecen como si tuvieran un mismo sentido. La diferencia es entender la mercantilización como la introducción de criterios de mercado en el ámbito público que aunque no configuran una privatización *de facto*, sí pueden facilitarla (Camprubí, 2010), así como la adopción de criterios empresariales para medir la eficiencia y eficacia de los servicios públicos. En cambio la noción de privatización sería:

Aquellos intercambios, transferencias y movimientos que se realizan en un eje público-privado asociado a una situación dinámica y cambiante a lo largo del tiempo; donde el ámbito público debe entenderse como el del gobierno central, pero también los otros niveles verticales de administración, así como con las agencias y empresas de titularidad pública que dependen de él; y el ámbito privado, puede ser con o sin ánimo de lucro (Camprubí, 2010, pp. 5-6).

La privatización se refiere a los cambios existentes en el eje público-privado, donde acontecen traspasos en diferentes niveles de las obligaciones públicas de garantía de derechos a la iniciativa privada. Los diferentes ámbitos o dimensiones de la privatización pueden ser tanto en el ámbito del financiamiento y provisión como en los ámbitos políticos, económicos, jurídicos, de aseguramiento y de formación. Por tanto, privatización sería cualquier transferencia al sector privado de activos o actividades públicas. No estando, en todo caso, limitado a transferencias en el ámbito del financiamiento y provisión de salud, pero a cualquier función o recurso que pertenezca al sector público (Camprubí, 2010).

En ese sentido, utilizando la taxonomía jurídica, la privatización podría producirse en tres niveles distintos: formal, funcional y material. La primera ocurre cuando la administración pública gestiona servicios de salud mediante titularidad pública sometida al derecho privado. La privatización funcional se refiere a la gestión de servicios públicos hecha por entidades privadas, con o sin ánimo de lucro, mediante la contratación de su provisión. La privatización material, que no se ha registrado en la sanidad española, supone la transferencia total al sector privado de la competencia, aseguramiento y provisión de la sanidad (Sánchez-Martínez, Abellán-Perpiñan, & Oliva-Moreno, 2014).

La privatización de la sanidad y los movimientos sociales

Los movimientos sociales en defensa de la sanidad pública en Cataluña, como ya se ha dicho, así como las primeras propuestas técnico-políticas para su construcción, se fortalecieron en los años 70. En la investigación sobre movimientos sociales en defensa de la sanidad pública catalana a finales de los años 70, se evidencia la importancia de los movimientos vecinales para la lucha por la conquista del derecho a la sanidad pública (Martí, 1981).

En términos de creación de movimientos sociales, más allá de los movimientos vecinales, destaca en el período la creación del GAPS (*Grup d'Anàlisis i Programes Sanitaris*), que después evolucionaría a CAPS, en el seno del Colegio de Médicos/as de Bar-

celona. Esas iniciativas y muchos profesionales y trabajadores/as de sanidad, algunos de ellos militantes de partidos políticos clandestinos en la época de la dictadura, ayudaron a definir las demandas de la ciudadanía. Mientras tanto, el protagonismo fue de los movimientos ciudadanos que se organizaron durante las luchas en los barrios y ciudades catalanes. Este proceso desencadenó en las asambleas democráticas de comarcas y de barrios que llevaron sus reivindicaciones, posteriormente, a la Asamblea de Cataluña (Martí, 1981), organismo unitario de las fuerzas políticas y sociales de oposición a la dictadura.

La situación de los recortes promovidos después de la crisis de 2008 y los sucesivos cambios que afectan al carácter universal y gratuito de la sanidad reimpulsó en Cataluña antiguas y nuevas agrupaciones de ciudadanos y profesionales que luchan por la defensa del sistema público (Puig-Barrachina et al., 2013). Entre los movimientos conjuntos deflagrados por diferentes colectivos contra los ataques a los derechos y contra la privatización de la salud destacamos algunos: la Iniciativa Penal Popular que exige la responsabilización penal de las y los responsables políticos por los recortes que colocan en riesgo la salud de los usuarios (*Dempeus per la Salut Pública*, s/f). La campaña *No marxis sense hora, hi tens tot el dret!* que anima a los usuarios de la sanidad pública a no abandonar los centros sanitarios sin haberse citado para la próxima visita o procedimiento de salud (Cup, s/f) o el acompañamiento de las y los usuarios con dificultades de acceder a los servicios de salud, como inmigrantes para garantizar que sean atendidos (15MBCNSalut, s/f).

Metodología

Trabajamos con una perspectiva cualitativa de investigación preocupándonos en comprender las relaciones sociales a partir de la comprensión del universo empírico investigado. Partimos del entendimiento de que las grandes narrativas no son suficiente para explicar los problemas empíricos, y por tanto, utilizamos “narraciones limitadas local, temporal y situacionalmente” (Flick, 2004/2012, p.15). Trabajamos con la perspectiva del construccionismo de la realidad que parte del supuesto de que las y los participantes de la investigación producen activamente la realidad por medio de significados atribuidos a los acontecimientos y objetos. Debido a ello, no buscamos adecuar las respuestas de los movimientos sociales a lo que es reconocido como verdad para el campo científico, lo que sí se busca es analizar estas maneras de creación del mundo y de los esfuerzos constructivos de las y los participantes (Flick, 2004/2012) en su contexto de lucha contra la privatización de la sanidad. Los campos científicos, como campos de saberes, producen verdades sobre los sujetos y en ese proceso establecen deter-

minados modos de ser en las verdades que lo constituyen (Guareschi, Lara, Azambuja, & Gonzales, 2011).

Para el tratamiento metodológico del material textual utilizamos el análisis cualitativo de contenido. El análisis de contenido es un conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos que proceden de procesos de comunicación descriptos. Se basa en técnicas de medida, a veces cuantitativas, y, a veces cualitativas que tienen por intento elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquello texto (Raigada, 2002). Uno de los rasgos esenciales del análisis de contenido es el uso de las categorías que se derivan de la interpretación teórica del texto, con objetivo de reducir el material analizado (Flick, 2004/2012). Hemos utilizado, por lo tanto, lógicas basadas en la combinación de categorías que lo gran la emergencia del sentido que procede de las prácticas sociales (Raigada, 2002).

Adoptamos el análisis de contenido descriptivo que consiste en la simple identificación y catalogación de la realidad empírica de los materiales investigados, mediante la definición de categorías (Raigada, 2002).

En la elección de los movimientos sociales a estudiar consideramos la relevancia, alcance general y expresión de estos movimientos en el escenario activista catalán en las manifestaciones que se siguieron al contexto post-crisis económica de 2008. Así mismo, para su selección nos basamos en los criterios de importancia y diversidad en los ejes nuevo/antiguo; organizado/no organizado; mayor o menor presencia de profesionales de sanidad. El Caps es un movimiento más organizativo, más antiguo, y con fuerte presencia de profesionales de la sanidad. El 15MBCNSalut es considerado un nuevo movimiento, con baja organización y baja presencia de profesionales y con presencia de ciudadanas/os. La PDS también es comprendida como un nuevo movimiento social, con mediana capacidad organizativa y no expresiva presencia de profesionales.

Para el estudio hemos utilizado entrevistas con miembros de los movimientos sociales estudiados y materiales suyos. Los miembros entrevistados fueron elegidos por el movimiento a partir del criterio de representatividad dentro del mismo. De todos modos, aunque fueron elegidos por los movimientos, en algunos casos, las y los representantes expresaban sus opiniones personales y no síntesis de los colectivos estudiados. Una vez definidos los movimientos hemos mantenido conversaciones informales sobre el tema con expertos en el sistema sanitario catalán hechas en la primera fase de la investigación para obtener un esquema para el guión de la entrevista (Ver apéndice). Del Caps fueron entrevistados dos profesionales de salud, un médico y una psicóloga. Del 15MBCNSalut, fueron entrevistados dos médicos y una enfermera. Y, en el caso de la PDS, fueron entrevistados dos miembros, un representante de los movimientos veci-

nales y una representante de un sindicato. Utilizamos el formato de entrevista semiestructurada en la que las y los investigadores predefinen las preguntas que serán hechas a la persona entrevistada, pero que permite ir más allá de lo establecido cuando se evalúa la necesidad de recolocar las cuestiones hechas para facilitar que estos elaboren respuestas más completas (Gil, 1987/1999, capítulo 11). Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en su integridad.

También se analizaron materiales y manifiestos escritos divulgados masivamente por los movimientos vehiculados después de 2008 que complementaron el material de las entrevistas. Inicialmente los materiales fueron buscados en las páginas de internet de los movimientos, respectivamente: <http://www.caps.cat>; <http://www.movimiento15m.org/>, <http://defensasanimatpublica.wordpress.com>; y, <http://peldretalasalut.wordpress.com/>, posteriormente, agregamos manifiestos que se obtuvieron a partir del contacto directo con los movimientos estudiados. Son manifiestos de los movimientos estudiados que hablan de sus posiciones sobre la privatización, como por ejemplo, del Caps analizamos las "Propuestas para la regeneración del carácter público de la sanidad catalana", del 15MBCNSalut analizamos publicaciones en la web sobre los recortes en la sanidad catalana y de la PDS analizamos un panfleto sobre los derechos de la sanidad pública.

En el análisis nos hemos centrado en las entrevistas y hemos utilizado los materiales como apoyo a las cuestiones realizadas en ellas. El proceso de análisis de contenido sobre la privatización fue constituido en cuatro fases. En un primer momento se definieron las unidades de análisis del discurso analizado. Las unidades de análisis son los segmentos que interesa investigar del material disponible, susceptibles de ser expresados y reducidos en categorías (Fernández, 2002). Esas unidades se extrajeron de las entrevistas y materiales de los movimientos estudiados. En un segundo momento, constituimos el corpus de análisis, esto es, los elementos que componen el corpus analizado, tanto en las entrevistas como en los materiales producidos por el movimiento. En ese proceso transformamos los datos brutos del material analizado en datos útiles de forma que la información fuese manejable para permitir la comprensión de la realidad estudiada. De este modo, el trabajo consistió en hacer la lectura atenta del material de análisis para puntualizar los elementos que explicaban, estructuraban y evidenciaban el contenido del movimiento con relación a cada una de las unidades de análisis definidas. Se modificó, posteriormente, el color de la fuente de las palabras o expresiones más ilustrativas del debate hecho por el movimiento, que fue a continuación, utilizado para componer la tercera fase del análisis, la definición de las categorías compuestas por las variables de contenido. Las categorías se transforman en los distintos niveles donde expresan y desglosan las unidades de análisis. En el texto transcribimos el con-

junto de las categorías de análisis que segmentan el contenido de los mensajes, analizadas sobre la privatización de la sanidad. Por último, hemos organizado los principales resultados en figuras.

Resultados

Presentamos los resultados centrados en las cinco unidades de análisis: organización del movimiento social estudiado; definición de privatización; sistema sanitario catalán; histórico y actualidad de los movimientos sociales en Cataluña contra la privatización y en defensa de la sanidad pública y, por fin, perspectivas futuras para el movimiento social.

Organización de los movimientos sociales estudiados

Una de las unidades de análisis centrales que permearon las entrevistas está relacionada con la organización y forma de actuación de los movimientos estudiados. Ha sido relevante en los discursos de las personas entrevistadas la comparación entre los movimientos más antiguos y los recientes movimientos antiglobalización y los posteriores. El rasgo central de la comparación centra a los movimientos más antiguos en la estructuración, organización, definición de su actuación y su representatividad. Los movimientos más actuales tienen una estructura menos formal y más dispersa.

El Caps es el movimiento más antiguo creado en 1983. Es una entidad científica que produce conocimiento para ayudar a mejorar las condiciones de vida, salud y sistema de salud de la población (Martí, 2013). Igualmente, para garantizar su objetivo de producción de conocimiento, en el Caps participan principalmente profesionales de la sanidad.

El 15MBCNSalut fue creado en el seno del 15M/AcampadaBCN como parte del movimiento 15M español; movimientos creados en el contexto de las manifestaciones sociales en contra de las medidas del gobierno post-crisis económica de 2008. Este movimiento se identificó como "hijos de la crisis" (Entrevistada 1¹, 15MBCNSalut, entrevista personal, 25 de febrero de 2014), es decir, del desgaste político, económico y social decurrentes del neoliberalismo. El 15MBCNSalut centra sus convocatorias vía internet, sin mucha organización, ni participación oficial de organizaciones sindicales, movimientos sociales antiguos y partidos políticos. Aunque después de 2011 algunos partidos políticos han reivindicado la proximidad al 15M y también del motor 15M se ha creado el partido "Podemos" en 2014.

¹ Se enumeran las y los entrevistadas/os para mantener el anonimato.

Es que fueron movimientos espontáneos que salieron en la red y la gente, pues vamos y venga e iba todo el mundo sin mucha organización tampoco, ni mucho soporte tampoco ni de organizaciones sindicales, ni de movimientos sociales antiguos, unos sí que decían que bonito eso de 15M, y otros estaban: hay cómo, ¿y eso, de dónde ha salido, cómo? (Entrevistada 1, 15MBCNSalut, entrevista personal, 25 de febrero de 2014).

El 15MBCNSalut se identifica como un movimiento de actuación más directa y con menor preocupación académica:

Ya has visto que en las Plataformas que participamos como 15M, en la PDS y en las asambleas siempre reivindicamos esta política de actuación más directa, no sólo manifestarnos y hacer manifiestos y nos enfadarnos mucho con la camiseta, pero hacer algo que realmente funcione, que sea expresivo y un poco en esa línea de la campaña de “No te marches sin hora” (Entrevistado 2, 15MBCNSalut, entrevista personal, 25 de febrero de 2014).

El modelo de organización de la PDS está entre los otros dos movimientos analizados, pues se nutre de una perspectiva más organizativa influida por movimientos como el Caps y al mismo tiempo con carácter menos estructurado como influencia del 15MBCNSalut. Se creó en 2012 a través del vínculo de comisiones de salud de los barrios, FAVB (*Federació d'associacions de Veïns i Veïnes de Barcelona*), servicios de salud y sindicatos con la participación del Caps y del 15MBCNSalut. Se creó para congregar una red de interacción para convocar acciones en contra de los ataques al sistema público de salud, así:

El objetivo es aglutinar a nivel de Cataluña personas, entidades, plataformas, asambleas, sindicatos, partidos que querrán defender una sanidad pública catalana y tratar de establecer lazos con el resto del estado para defender una sanidad pública, universal y una forma de actuar en el estado (Entrevistado 2, PDS, entrevista personal, 08 de abril de 2014).

La entrevista de la PDS marca el vínculo de los movimientos sociales en defensa de la sanidad pública, indicando porque está entre los dos otros movimientos. Así, busca coordinación y al mismo tiempo desobediencia, "coordinación porque pluralidad y descentralización no pueden abocar a la dispersión" (PDS, 2012, p. 12).

El análisis de las entrevistas presenta una tendencia actual de cuestionar el patrón orgánico y estructurado de los movimientos provenientes de los años 70 y 80, pero al mismo tiempo la coexistencia de movimientos que mantienen patrones tradicionales de actuación (v. figura 1); lo que es indicativo de los cambios en el activismo político recurrentes del desgaste de la población con el sistema político en tiempos de capita-

lismo avanzado que, al mismo tiempo, han llevado a repensar la democracia y las reales posibilidades de su operacionalidad y existencia.

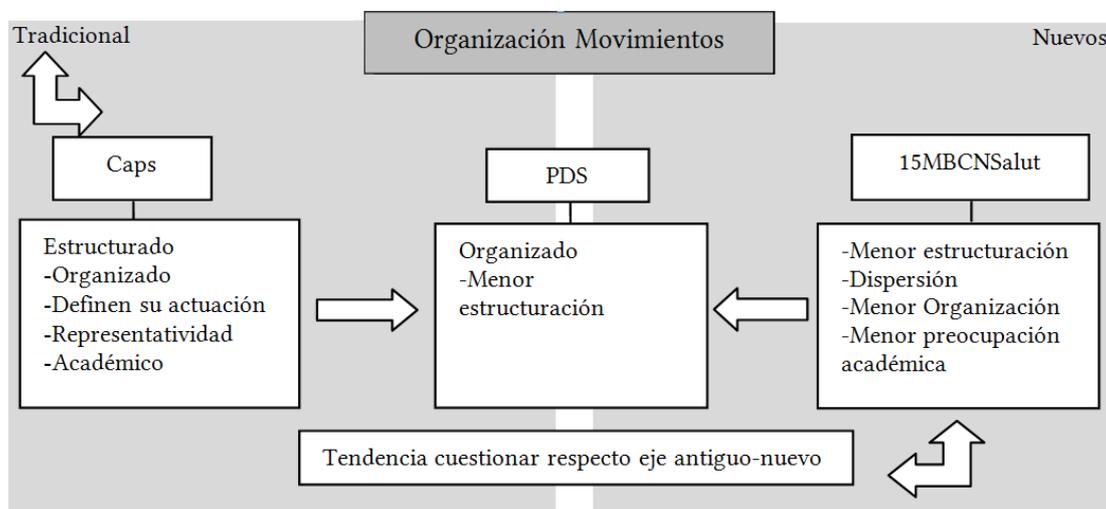


Figura 1. Organización Movimientos

Definición de privatización

En el cuerpo de análisis, incluyendo materiales y entrevistas, la cuestión del concepto de privatización trabajado por los movimientos sociales ha producido respuestas diferentes e incluso contradictorias entre los tres movimientos. La persona entrevistada perteneciente al Caps definió privatización como la venta de un servicio que es público y no como cesión de derechos. Como el traspaso a lo privado de lo que es propiedad del sistema público. Lo que, para la entrevistada del movimiento, no acontece cuando se cede derechos al sector privado sin la transferencia definitiva del derecho, como por ejemplo la contratación de una entidad privada para hacer la gestión de servicios de salud pública.

Lo que es por ejemplo, un servicio puede ser público, o puede ser gestionado por una empresa privada. Entonces aquí hay diferencias: no es privatización, o sea, no se vende alguien que sería (...) es privado porque esta clínica es mía y, ya está, sería, ¿no? Aquí, lo que se da, en la sanidad realmente no es una privatización, no hay una venta al menos de momento, pero, posiblemente lo habrá, pero sí que hay una, una cesión de derechos (Entrevistada 2, Caps, entrevista personal, 23 de enero de 2014).

Según esta persona entrevistada del Caps las polaridades público/privado pueden sufrir movimientos que traen elementos del eje privado al público y al revés, sin ser una privatización, aunque ello pueda influir en una futura privatización. El traspase de

lo público a lo privado ocurre por un abandono de las obligaciones del ente estatal con relación a sus competencias públicas, que lo hace por irresponsabilidad, omisión o interés de las autoridades públicas. Lo que indica que en su discurso está la presencia de una preocupación con relación a la actuación de la gestión pública, lo que indica la posible desnaturización del ámbito público como *locus* de los intereses comunes de una sociedad. Es decir, que lo público no es la emanación natural del Estado y, tampoco, de los derechos comunes. El ámbito público "diz respeito à experiênciã concreta dos coletivos de forças sempre em movimento" (Monteiro, Coimbra, & Mendonça Filho, 2006, p. 11). Lo público, así como con el Estado, es una construcción de la experiencia concreta de los sujetos y la relación entre los dos no es sinónima (Monteiro et al., 2006). De la construcción visualizada en la entrevista se puede decir que el público no es el *locus* de los intereses comunes, pues es directamente atravesado por los intereses privados de las y los gestores. Así hay una mantención del presupuesto de la dicotomía público/privado y la percepción de la posibilidad de separación entre lo que es público y lo que es privado.

Para las personas entrevistadas del 15MBCNSalut, aunque no haya una preocupación en definir conceptos, la privatización es la introducción del ámbito privado en el sector público, mediante cualquier transferencia. Acompañemos de la entrevista: "nunca hemos debatido lo que entendemos por privatización, pero más o menos tenemos un consenso que es la introducción del ámbito privado dentro del sector público, cualquier transferencia que haga" (Entrevistada 1, 15MBCNSalut, entrevista personal, 25 de febrero de 2014). Se define como la introducción de lo privado en lo público, como una especie de agente de contagio de lo público. Desde esa definición ya encontramos distinción con la noción presentada por la entrevistada del Caps que deja claro que la transferencia de lo privado a lo público tiene que ser caracterizada por una venta. Para el 15MBCNSalut tal factor no se presenta como único definidor de privatización, pues se refiere a cualquier transferencia entre los ejes, no haciendo falta la venta.

Porque (...) cualquier acto con ritmo de ánimo de lucro, privado, porque convierte lo público, todo que convierte un derecho como de la salud en un beneficio, un negocio, es privatizar la sanidad. (...) definimos como cualquiera introducción del ámbito privado en el ámbito público (Entrevistada 1, 15MBCNSalut, entrevista personal, 25 de febrero de 2014).

El 15MBCNSalut considera que el ánimo de lucro convierte el derecho a la salud en un beneficio o negocio que afecta directamente la vida de la población y genera más desigualdades sociales. En ese sentido confluyen los tres movimientos, como se puede ver en los manifiestos de cada uno. El 15MBCNSalut afirma que "Cuando se privatiza la sanidad, los ciudadanos pagamos el doble. Primero pagamos a través de los impues-

tos y luego pagamos la mutua o el servicio sanitario privado” (Gefuell & Muntaner, 2011, párr. 8). Lo mismo se puede decir del Caps cuando compara la efectiva posibilidad del sistema público de invertir en una promoción y prevención de la sanidad y la centralidad del privado en invertir solamente en la enfermedad.

Els Servis públics de salut poden dedicar recursos a vigilància i promoció de la salut d’una manera planificada i plobacional, i no només atenció a la malaltia (els privats podrien fer aquestes funcions d’una manera més dispersa amb finançament (públic) (CAPS, 2012, p. 1).

La PDS al reforzar el interés del gobierno en garantizar los intereses de los bancos y de las empresas sigue en la misma perspectiva. "Amb aquest procés els governs demostren cada dia que no estan al servei de les persones i de tot el país, sinó dels interessos dels bancs i de les grans empreses sanitàries" (PDS, 2013).

Destacamos una serie de palabras que se suman a las nociones de público y privado. Por un lado lo público con la noción de derecho y por otro lo privado con las nociones de beneficio y negocio. La invasión del ámbito privado en el ámbito público, en esta concepción, introduce e “infecta” lo público con los elementos del mercado económico. En las entrevistas de esos integrantes del 15MBCNSalut vemos la naturalización de un posible distanciamiento del público de los componentes privados y económicos. Como efecto vemos la reproducción de lógicas que presuponen en el polo económico el lugar del poder y que, por lo tanto, direcciona la actuación para ocupación de esos lugares de poder suponiendo que así se puede poseer el poder. Hemos aprendido con Michel Foucault que el poder no es propiedad de una clase o institución, sino una relación de fuerzas inmanentes materializadas en prácticas, técnicas y disciplinas (Monteiro et al., 2006). Lo que sugiere que el poder circula por todo el entramado social y no sólo entre los grupos hegemónicos. Lo mismo pasa con el espacio público, su construcción es siempre el efecto de relaciones de poder entre los diversos actores sociales que llevan a cabo luchas en las que circulan y se producen diferentes intereses que son socialmente comprendidos como público y/o privados. Lo importante, mientras tanto, es la percepción de que el espacio público es la construcción posible de un momento histórico, o sea, resulta de lo que hemos podido producir y nominar como público y no una entidad con una esencia.

Las personas entrevistadas de la PDS definen privatización como el acto de privatizar cualquiera de los servicios que integran la sanidad, incluso las actividades relacionadas pero no estrictamente sanitarias como la privatización de la higienización.

Para mí la sanidad, el servicio sanitario es un todo, es un todo, es desde el médico, desde el facultativo hasta la señora que está limpiando. Desmontar

esto, trocearlo solamente tiene un interés, bueno, varios intereses por un lado debilitar a la empresa pública y así poderla manejar como yo quiera y después, claro, a quién estamos dando toda estas externalizaciones a empresas donde están contratando a estos trabajadores que están con salarios mucho más bajos en muy malas condiciones y que por lo tanto el servicio que se está dando la mayoría de veces no es bueno y si la pública no lo hace bien, pues hagamos lo bien (Entrevistada 2, PDS, entrevista personal, 08 de abril de 2014).

Se centra, por lo tanto, en la lectura de lo público relativo a lo estatal y al que está relacionado al derecho a la salud como un todo, una globalidad que debe ser protegida de lo privado que perjudica la empresa pública en función de sus varios intereses. Así como las personas entrevistadas del 15MBCNSalut, las entrevistadas de la PDS tienden a naturalizar la asociación del Estado con el ámbito público y también a naturalizar en el ámbito público el *locus* de los intereses comunes de la sociedad. Mientras tanto, los estudios producidos por Roberto Esposito (2003/2007) indican la problemática de esa afirmación. Para este autor el estatal no es lo mismo que común. El estatal, lo que es del Estado, remite a la propiedad de bienes del Estado y no del conjunto de las personas. La problemática, por lo tanto, es presuponer que salvaguardar los intereses del común en manos estatales resultaría garantizar el interés común, lo que sí se salvaguarda es el interés del Estado. El común para este autor no es relativo al propio de todas las personas, pues común no es relativo a propio y sí a impropio. "Un vaciamiento, parcial o integral, de la propiedad en su contrario. Una despropiación que enviste y descentra al sujeto propietario, y lo fuerza a salir de sí mismo. A alterarse" (Esposito, 2003/2007, p. 31).

De esa manera, las definiciones de privatización de los movimientos sociales, presentes en las entrevistas llevadas a cabo, son diferentes entre sí, pero parten de una misma categoría que estructura su lectura: la enunciación de la dicotomía de lo público y lo privado como organizadora de la defensa del modelo público. Lo público que se refiere a lo estatal y al interés común y lo privado que se refiere a lo no estatal, al mercado y al interés de lo privado. La centralidad del uso de la categoría de público/privado, para explicar en qué consiste la privatización de la sanidad, está presente en los tres movimientos estudiados. Es común entre ellos la moralización del discurso al definir lo público como algo benéfico y lo privado como algo maléfico que se debe negar y eliminar. Lo que posiciona los sujetos en defensa de la sanidad pública como una fuerza revolucionaria es que en su actuación procura delimitar un campo de disputa entre lo público y lo privado, en que se aboga como el defensor de lo público (v. figura 2).

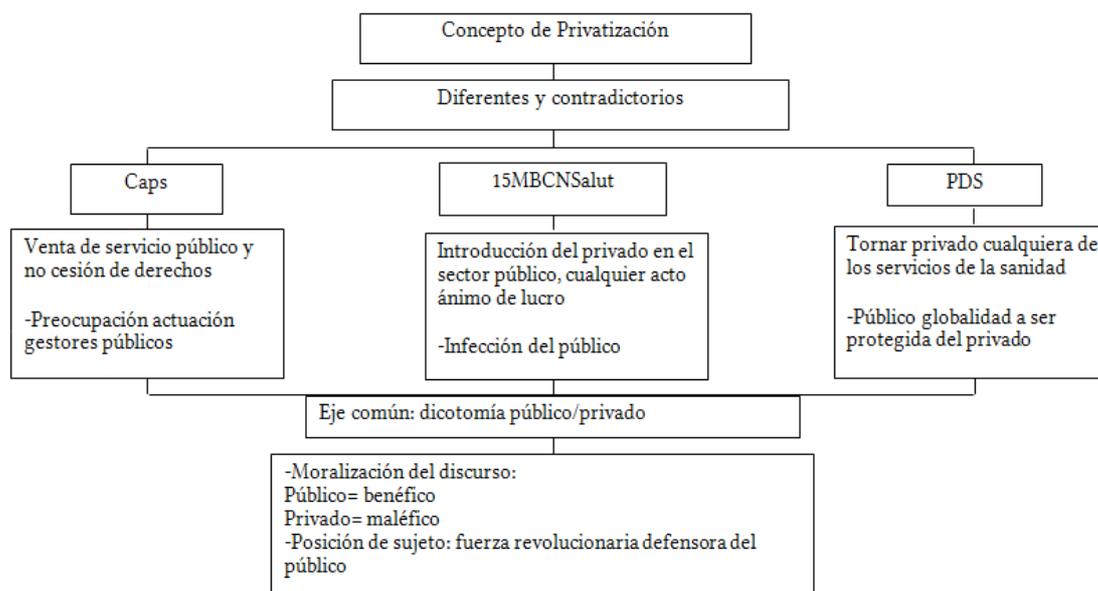


Figura 2. Concepto de Privatización

Sistema Sanitario Catalán

Muchos elementos fueron referidos por los movimientos estudiados como importantes para comprender la mezcla entre público y privado producida históricamente en el sistema sanitario catalán. Lo que se investigará en el análisis serán las grandes categorías que han sido creados por los movimientos para definir el sistema desde la perspectiva de modelos, pues son representativos de la lectura que hacen ellos.

El Caps define el sistema catalán en sus estatutos como un mercado relacional que establece relaciones entre el comprador y los proveedores concertados lo que es conveniente al proveedor. Relaciones entre directivos y autoridades que no llevan en consideración las necesidades de los territorios, y actúan por criterios discrecionales.

La definición del carácter de la sanidad catalana más realista parece ser la de ‘mercado relacional’. Las relaciones mutuas dentro del conjunto de directivos y autoridades son el factor más explicativo de su evolución en cuanto a recursos sanitarios y financieros. No se ha planificado ni financiado las prestaciones según necesidades de los territorios ni se han evaluado los resultados (Figarola, Marimon, & Martí, 2013, p.12).

Se refiere por tanto, a la “dicotomía comprador público (SCS) y una provisión (ICS + centros concertados) que se relacionan en términos de mercado” (Figarola et al., 2013, p. 12). Dicotomía que fue construida a lo largo de los años como un modelo de

mercado relacional y no como de mercado regulado. Se define el sistema de salud como un mercado de relaciones que abre la entrada en lo público de intereses de particulares y eso crea lo público como un mercado. Es decir, sugiere que el agente privatizador pueda partir del interés proveniente de lo público en el caso del gestor público, y no como algo que venga sólo del sector privado. Lo que contribuye para que el Caps categorice el sistema como un magma, es decir, caótico y que permite la aplicación del “modelo pop”, es decir,

En la sanitat catalana, on s’ha aplicat aquest model (model pop), permet més discrecionalitat en les subcontractacions i fugir del control econòmic i de l’endeutament, fugida que es facilita mitjançant el cercar quina és la forma jurídica d’entitat que millor ho permet. Alguns n’hi diuen “cercar l’eficiència” identificant discrecionalitat caciquista amb eficiència. S’ha produït intent de fugida, més per fugir del control públic, de la ciutadania, que per fugir del dret públic o del dret a seques fent el que alguns juristes n’han qualificat “d’incoherències legals (Marimon, Colom, Camprubí, & Quiroga, 2013, p. 8).

El caos en el sistema, para el Caps, se debe a la flexibilización de las legislaciones del derecho público, sea la subcontratación, la falta del control económico y del endeudamiento que son posibles a través de la elección de la modalidad de gestión y de titularidad adoptada. El Caps critica esa postura como una tentativa de reducir la eficiencia de la administración pública, promoviendo una discrecionalidad que utiliza la influencia y poder de la autoridad en la sanidad pública para valerse de intereses particulares. Otro elemento importante en este fragmento es la afirmación de que el objetivo de esta huída no es tanto para evitar el derecho público, sino el control público ejercido por la ciudadanía, enunciando la ciudadanía como grupo *locus* de la defensa de lo público. Lo que retoma la desconfianza en los componentes que participan de lo público, mientras tanto, supone una naturalización de la ciudadanía como representante de lo común. Como vimos la posible asociación del ámbito público con los intereses comunes es dependiente de los procesos constituídos en la experiencia concreta de los colectivos en sus juegos de fuerza no como un a priori histórico. Además, el común no se refiere a la mayoría, pero sí al vacío que nos hace extraños a nosotros mismos. De esa manera, el común no es lo mismo que *res publica*, o cosa común, es el abismo en que se está sujeto a desmoronarse (Esposito, 2003/2007).

El 15MBCNSalut, en entrevista, define el sistema catalán como un modelo público, que hasta las medidas adoptadas después de la crisis era de acceso universal, de gestión principalmente privada. Lo que indica la presencia de financiamiento público, pero la gestión privada a través de la gestión indirecta de los servicios de salud, posiblemente se refiere al sistema mixto público y privado en la provisión de servicios sa-

nitarios catalanes. Destaca también la importancia de la medicina privada en Cataluña hecho que no ocurre en España.

Yo diría que es un modelo de sanidad, hasta ahora pública, universal, de gestión principalmente privada y, ahora ya no es universal, con la medicina privada más importante de España. En el resto de España la medicina privada no es tan importante como aquí, quiere decir tantos pacientes y tantos profesionales (Entrevistada 3, 15MBCNSalut, entrevista personal, 25 de febrero de 2014).

Destaca aún los diferentes modelos de gestión indirecta como algo que genera una complicación en el entendimiento del sistema por la presencia de lo privado, en diferentes matices, en el sistema público.

Un modelo de asistencia pública, de un montón de formas diferentes de gestión, principalmente privadas, pero hay privadas con ánimo de lucro, privada sin ánimo de lucro, públicas con participación privada, esto es un “follón”, y se diferencia del modelo del Estado español, pues el modelo español no tiene un modelo sanitario único, cada Comunidad tiene su modelo sanitario particular (Entrevistada 1, 15MBCNSalut, entrevista personal, 25 de febrero de 2014).

El 15MBCNSalut, como se puede ver en la entrevista, centra su análisis en la gestión y la permeabilidad del sistema privado en la gestión como factores que generan confusión en el entendimiento del sistema catalán que no es generalizable al resto de España.

La PDS confluye con el 15MBCNSalut al indicar que la división entre lo que es público y lo que es concertado hace el sistema catalán más complicado. Para la PDS la presencia del sistema privado tiene como efecto la poca transparencia de todo lo que no es solamente público, pues los consorcios permitieron la entrada de personas con intereses de empresas privadas. Lo que está relacionado con el fenómeno llamado de “puertas giratorias”, o sea, de que personas han trabajado en el sistema público pasan a trabajar en empresas privadas del sector. Categoría que afirma la presencia del sistema privado en el sistema público como espacio que permite la corrupción de lo público y más una vez indica la naturalización del público, cuando está libre de la interferencia del privado, como el espacio del bien común.

Pero al mismo tiempo estaba dividida en un parte pública/pública, una parte concertada, claro eso es un poco complicado aquí en Cataluña. Lo que pasa es que eso al final claro, todo lo que no ha sido público/público ha estado dominado por esta poca transparencia porque dentro de esos consorcios se integraron personas que bueno al final fueron con un ánimo de lucro y que de-

trás de ellos habían otras empresas que lo que han hecho ha sido, pues eso que llamamos las ‘puertas giratorias’ (Entrevistada 3, 15MBCNSalut, entrevista personal, 25 de febrero de 2014).

La PDS también, como el Caps, se refiere al sistema de salud a partir de la metáfora del modelo magma, pero en todo caso, por motivos distintos. Para la PDS el modelo magma se debe no al caos, del sistema como se ha referido el Caps, sino al sistema de relaciones poco claras que caracterizan el sistema. Lo que estaría remitiendo más a la definición utilizada por el Caps de mercado relacional.

A Catalunya, amb l’anomenat “model dual” propietat pública ICS i serveis concertats, que millor anomenar-lo model “magma”, opac, fruit de relacions, amiguisme, influències de lobbys, empreses, forces polítiques diverses i corrupcions, ja ens tenia acostumat a aquesta lenta i progressiva privatització i més recentment, amb les “retallades” que han comportat aprimament de lo públic (tancament de plantes d’hospitals, urgències i altres serveis), pèrdua de qualitat, pèrdua d’accessibilitat (llistes d’espera de tot tipus) i copagaments variis, en la sanitat pública, serveixen d’excusa per anar passant de la sanitat pública al negoci privat amb la salut i la malaltia (PDS, 2013, p. 1).

Para la PDS, el sistema es como un modelo magma porque es el resultado de la interferencia de intereses diversos al interés común sea de esferas del lobby de las empresas, de diferentes fuerzas políticas, que ha llevado a la corrupción dejando claro una vez más que para la PDS el sistema público sólo es problemático cuando sufre interferencia del privado y por lo tanto tiene su esencia atacada.

Los movimientos centran sus análisis en aspectos distintos del sistema sanitario catalán, el Caps lo entiende como un mercado relacional en que permite la permeabilidad del sistema privado a partir del público. El 15MBCNSalut se centra en la crítica al modelo de gestión adoptado en el sistema catalán. Y, por último, la PDS en la presencia histórica de corrupciones y falta de transparencia acometida por la presencia de lo privado en el sistema sanitario. Se puede aún observar la influencia del Caps en los entendimientos de la PDS con relación a la definición del modelo magma, aunque tengan lecturas diferenciadas. En la conformación de la política pública de sanidad y los procesos lentos de privatizaciones engendrados en el modelo catalán, entendemos que se constituye un campo de indefinición entre lo público y lo privado que coloca la política de sanidad entre ellos. Lo que se observa es una historia que une y mezcla lo público y lo privado en la política de salud, enunciando la permeabilidad del sistema público sanitario catalán a lo privado aunque los movimientos estudiados intenten limpiar el sistema público de las interferencias de los intereses privados (v. figura 3).

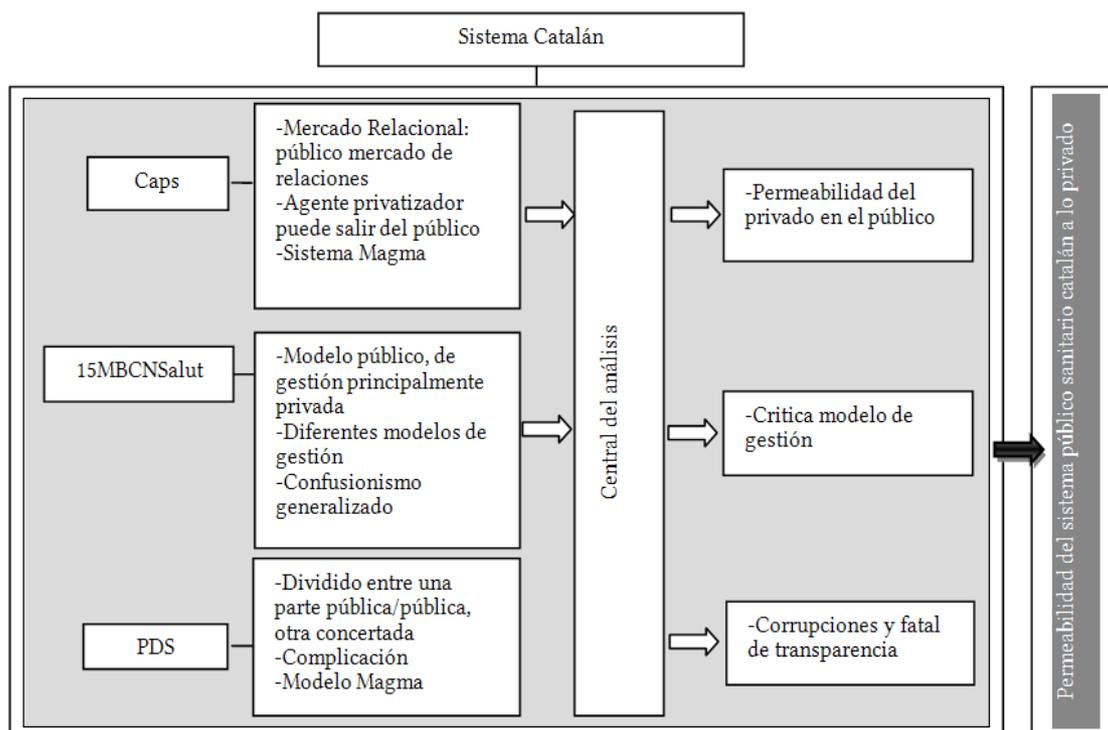


Figura 3. Sistema Catalán

Historia y actualidad de los movimientos sociales en Cataluña contra la privatización y en defensa de la salud pública

El Caps hizo referencia a los movimientos sociales locales de las décadas de 70 y 80 en Cataluña como importantes para la construcción del modelo sanitario catalán.

Los movimientos sociales de la década de 70/80, como los actuales, empezaron con reivindicaciones locales y terminaron educando políticamente a la población. Reivindicaciones locales por unas mejores condiciones de salud y, además de derechos sociales, acabaron siendo aglutinadas en la Asamblea de Cataluña (Entrevistado 1, Caps, entrevista personal, 15 de noviembre de 2013).

En el periodo post-crisis, la persona entrevistada del Caps señala la creación del movimiento 15M, como un movimiento de jóvenes que se indignaron con los efectos de la crisis. “En los últimos cinco años la gente joven se indignó con los recortes y con la inyección de dinero público a los bancos privados” (Entrevistado 1, Caps, entrevista personal, 15 de noviembre de 2013). Posteriormente en la entrevista hace referencia a una reunión de movimientos sociales en la que había la presencia de representantes

del 15MBCNSalut y evalúa la actuación de la representante como inmadura y mal organizada.

La representante del 15M defendía no organizar acciones a través de un grupo dirigido y organizado, pues para ella no había necesidad de organización, pero sí de acción. Como efecto, se decretó insumisión y desobediencia civil de una manera inmadura y mal organizada (Entrevistado 1, Caps, entrevista personal, 15 de noviembre de 2013).

Aún en relación a los movimientos actuales, la persona entrevistada del Caps afirma que los movimientos de protestas contra las medidas de la crisis no fueron tan fuertes en Cataluña como lo fueron en Madrid, pues en Cataluña el personal asalariado sufre más con la política mercadológica al ser personal que actúa en lo público y en lo privado.

En las Mareas Blancas realizadas en Madrid había la participación de muchos profesionales de sanidad porque en el Insalud 90% de los trabajadores actúan solamente en el público y también porque la privatización en Madrid no fue lenta y gradual como en Cataluña, pero ha ocurrido del día para la noche. En Barcelona las manifestaciones no son impulsadas por profesionales de sanidad porque ellos actúan en el público y en el privado. Pasan, por tanto, por dos procesos: están despolitizados por la política mercadológica que vigora en sus locales de trabajo y tienen miedo de perder sus trabajos si fueren en manifestaciones (Entrevistado 1, Caps, entrevista personal, 15 de noviembre de 2013).

Las personas entrevistadas del 15MBCNSalut centrándose en la fragilidad histórica de los movimientos sociales en Cataluña afirman que la historia de los movimientos está relacionada a movimientos de las asociaciones vecinales, pero las avalúa como frágiles. "Pues era muy débil el movimiento de participación en la sanidad y estuvo bastante tiempo ligado a estas asociaciones de vecinos, entonces también fueron decayendo, decaímos todos juntos" (Entrevistada 3, 15MBCNSalut, entrevista personal, 25 de febrero de 2014). Aún en su análisis de la fragilidad de los movimientos sociales en Cataluña refiere la creación del Caps ya en el periodo de la democracia. "El centro de estudios del Caps salió aquí también, por esta época de la democracia, como centro de estudios de análisis y programas para la salud y estuvo bastante como un campo socialista, un poco" (Entrevistada 3, 15MBCNSalut, entrevista personal, 25 de febrero de 2014).

La PDS en una dinámica de contestación evalúa la importancia de los movimientos vecinales en toda la historia de los movimientos y, en ese sentido, establece el corte histórico entre un antes y después de la democracia.

Yo creo que aquí es cierto que siempre, a través de los barrios, los vecinos siempre ha sido, siempre han estado organizados. Y saliendo también en aquella época franquista y tal de las Parroquias, muchas veces porque pues los curas de barrios, pues era (...) incluso ahí se reunían o nos reuníamos los partidos, lo que luego fueran partidos políticos, organizaciones para que, clandestina en este momento, no, y la verdad es que los barrios siempre, se (Entrevistada 2, PDS, entrevista personal, 08 de abril de 2014).

Lo que hay de similar en la manera de contar la historia de los movimientos sociales es la importancia de los movimientos vecinales y de barrios para la construcción del modelo sanitario catalán lo cual denota la conformación de los movimientos sociales más próxima de las luchas locales y de base en Cataluña. Mientras tanto, aparece también entre los discursos la percepción de la fragilidad de los movimientos vecinales y, como efecto, la fragilidad histórica de los movimientos sociales en la defensa de la sanidad en Cataluña (v. figura 4).

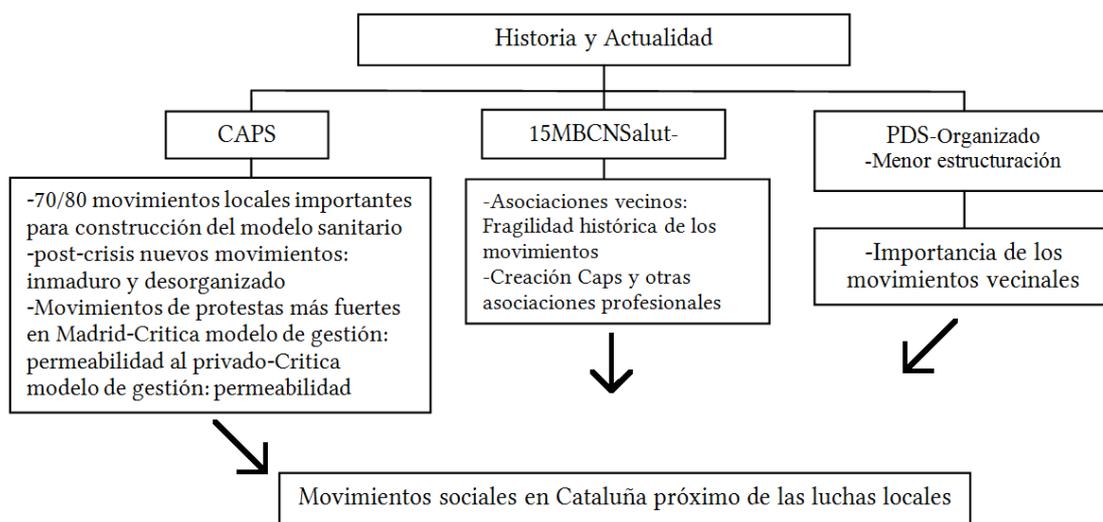


Figura 4. Historia y Actualidad

Perspectivas futuras de los movimientos sociales

La última unidad de análisis de la entrevista ha traído las preocupaciones de los movimientos con relación al futuro de la lucha social, en el caso del Caps y de la PDS y, en el caso, del 15MBCNSalut una imposibilidad de prever lo que puede pasar al movimiento. Una de las entrevistadas de la PDS trae la lectura de que las generaciones actuales que hacen la lucha no consideran el modelo de lucha de la época de la dictadura adecuado para el contexto contemporáneo.

Mi hijo mayor me dijo es que “el tuyo ya no vale, vosotros ya no vale”, en el sentido de que venimos de una lucha sobre todo en la época franquista de adoptar aquel señor, si lo puede decir señor, y de lucha por todos los derechos que no se tenía ya ahora el tipo de luchas, pues quizás o de maneras es diferente (Entrevistada 2, PDS, entrevista personal, 08 de abril de 2014).

La entrevistada de la PDS trae la preocupación con los movimientos de jóvenes que actúan vía los dispositivos interactivos del internet y que no hacen la lucha utilizando apenas el “botón” de su ordenador.

Pero yo no estoy muy animada porque yo veo jóvenes, entre otras cosas, (...) no sé algunos están todo día en Internet y tal que se están pasando videos de cosas que pasan pues injusticias de todos tipos, entonces se dedican a difundirlo, entonces ellos hacen una gran difusión y piensan que, parece que eso ya sea pues hacer grandes cosas, la lucha ya la tengo hecha yo es tocar al botón y todo el mundo se ha enterado de que mira que está pasando con el tema que sea que hay muchos (Entrevistada 2, PDS, entrevista personal, 08 de abril de 2014).

El entrevistado de la PDS sigue trayendo la preocupación con la transmisión generacional ejemplificando con el movimiento catalán “yayoflautas” (nombre popular con el que se refiere a los “abuelos” que actúan en los movimientos sociales).

Tiene que haber una transmisión generacional dentro de los yayoflautas de la gente joven, del arranque que sale del metro, la gente de las asociaciones de vecinos también tenemos que acercar a la gente más joven también y eso tenemos que tener capacidad como para que eso siga con otra gente (Entrevistado 1, PDS, entrevista personal, 08 de abril de 2014).

El Caps presenta la misma preocupación con la transmisión al traer la necesidad de implicar a la juventud en la lucha y en garantizar que el conocimiento acumulado no se “esfume” con las y los participantes con más antigüedad del movimiento.

Quizás una de las cosas de mi centro, del Caps, no sé si de otros movimientos sería el relevo generacional... de conseguir que la gente joven ahora es la que tiene que implicarse y que todo el conocimiento no se ‘esfume’ con nosotros, digamos, con la gente que es más mayor. (Entrevistada 2, PDS, entrevista personal, 08 de abril de 2014).

El 15MBCNSalut, diversamente, comprende que las nuevas generaciones han tenido más acceso a la información contra el sistema capitalista que las generaciones anteriores y, por tanto, verán que el sistema debe ser modificado.

Desde luego las generaciones que van viniendo detrás, todo ese curso anti sistema lo han tenido, todo no era tan accesible como ahora, leía el libro anti sistema de Galeano cuatro gatos, ¿no?, y ahora vas a cualquier sitio y ves sanidad pública eso no se recorta, y por la pensiones, contra la ley laboral, todo esto es un discurso que ya creo los jóvenes de ahora tendrán acceso más fácil a todo, ahora ya están todos en cuenta de la educación, de las redes sociales, todo esto ya irá callando la gente y vendrán que el sistema no puede seguir así (Entrevistado 2, 15MBCNSalut, entrevista personal, 25 de febrero de 2014).

Son también optimistas con relación a posibles alternativas al sistema capitalista que se desarrollan por distintas frentes de trabajo que actúan micropolíticamente.

Sigue creando pequeños núcleos de resistencia y de lucha por el consumo, consumo responsable, cooperativismo, todas esas cosas están creciendo, hacer alternativas al sistema, incluso en salud, centros auto gestionados que funcionan más o menos, esos grupos de acompañamiento, grupos en los barrios que van, atienden a los que van saliendo, redes de soporte de apoyo mutuo, todos esos van creándose pequeños núcleos de resistencia y de compañerismo y eso de luchar con el otro que hace que el ataque del sistema, del capitalismo, no sea tan fuerte en tu vida y en tu emoción también (Entrevistado 2, 15MBCNSalut, entrevista personal, 25 de febrero de 2014).

El Caps centra su perspectiva futura de actuación en la preocupación de volver a garantizar los derechos sanitarios que fueron negados con las medidas que se sucedieron a la crisis de 2008.

Volver a conseguirlo que teníamos, volver a recuperarlo porque hasta hace poco creo que decíamos, es que esa línea roja no se puede, (...) pero ya hemos traspasado todas. Entonces es, recuperar lo que teníamos (...) difícil (Entrevistada 2, Caps, entrevista personal, 23 de enero de 2014).

La preocupación del Caps y de la PDS pueden ser indicativos del contexto contemporáneo de cambio de la perspectiva de actuación social, pues la reserva parece apuntar a la preocupación en garantizar que su modo de actuación y su conocimiento no se pierda y se mantenga con las nuevas generaciones.

El 15MBCNSalut busca volver a conseguir la intensidad de actuación que tuvieron en el año de 2011. Aunque, como uno de los rasgos del movimiento, no puedan prever cuándo y cómo ese “renacer” acontecerá, sugiere que podrá ser un proceso más violento, pues está indicado en los movimientos globales actuales.

Estamos todos esperando que haya otro renacer, (...) porque ahora la gente está otra vez resignada, volvemos otra vez a pasar de resignación y de rabia, de indignación al acto. Estamos como en el pret-15M, tomar conocimiento y también con un poco de desilusión de que no se hizo el cambio que (...), pues que la gente ha querido, no todo el mundo puede tampoco dedicarse a un activismo en su día a día, pues tiene su trabajo, su familia. Pues la gente que vio que no se daba el cambio se ha retirado, pues es todo muy personal, ¿no? (Entrevistado 2, 15MBCNSalut, entrevista personal, 25 de febrero de 2014).

La PDS en una postura media entre la posición del Caps y del 15MBCNSalut postula que hay que ser pesimista en la teoría, pero hay que ser positivo en la movilización aunque se haga por pocas personas, pautando la lucha por guerrillas, o sea, una actuación atomizada.

Yo es que entiendo que sí que hay que ser pesimista en la teoría, la teoría es pesimista, pero sé que en la acción hay que ser positivo. Y la acción yo veo que cada vez que se hace una acción somos veinte, somos quince, somos los que somos, si fuera una acción que ha sido diseñada con anterioridad, si fuera una acción que ha sido consensuada, una acción como la que estamos llevando en Vall d'Hebron, no va cambiar el mundo, desde luego que no va a cambiar el mundo pero sí que crea acción, que crea complicidad y crear es el primer camino, es decir hay que hacer procesos, pues que no puede enfrentarse con todo el ejército pues vamos a hacer guerra de guerrilla, vamos a entrar aquí, vamos a salir de aquí rápido (Entrevistado 1, PDS, entrevista personal, 08 de abril de 2014).

Lo que parece estar en juego en los discursos del Caps y de la PDS son las problemáticas relacionadas con los movimientos desencadenados en los últimos años que hacen una crítica del modelo de activismo político de los movimientos sociales de cuño tradicional. Estos parecen muy preocupados con las formas de acción y efectos de esos nuevos activismos y se preocupan con la permanencia de las construcciones de sus movimientos. El Caps invierte en la orientación de los nuevos movimientos, en la implicación de las y los jóvenes en la defensa de la sanidad y en el retorno de los derechos sanitarios perdidos. La preocupación de la PDS pone el foco de sus acciones en la necesidad de facilitar información a las nuevas generaciones, pero al mismo tiempo, considera importante una acción propositiva de lucha. No son centrales para el 15MBCNSalut la permanencia y la transmisión, pues son características inherentes al nuevo modo de manifestarse que actúa con la centralidad del imprevisto. Lo que miramos es justamente la dificultad de los movimientos sociales de cuño tradicionales en adecuarse a las nuevas maneras de actuar de los colectivos y su tentativa de mantener formas más estructuradas de luchar por los bienes comunes (v. figura 5). No nos cabe

en el análisis del activismo político la acción política en sí misma, ni la verdad sobre la práctica política que ellas vehiculan, pero sí la perspectiva que llevan, en la medida en que tensionan los modos establecidos de la práctica política como un campo micropolítico. En esa medida, la cuestión es comprender en qué medida los movimientos son instrumentos que indagan aquello que somos y nos provocan a estar abiertos a lo diferente (Foucault, 1984/2011).

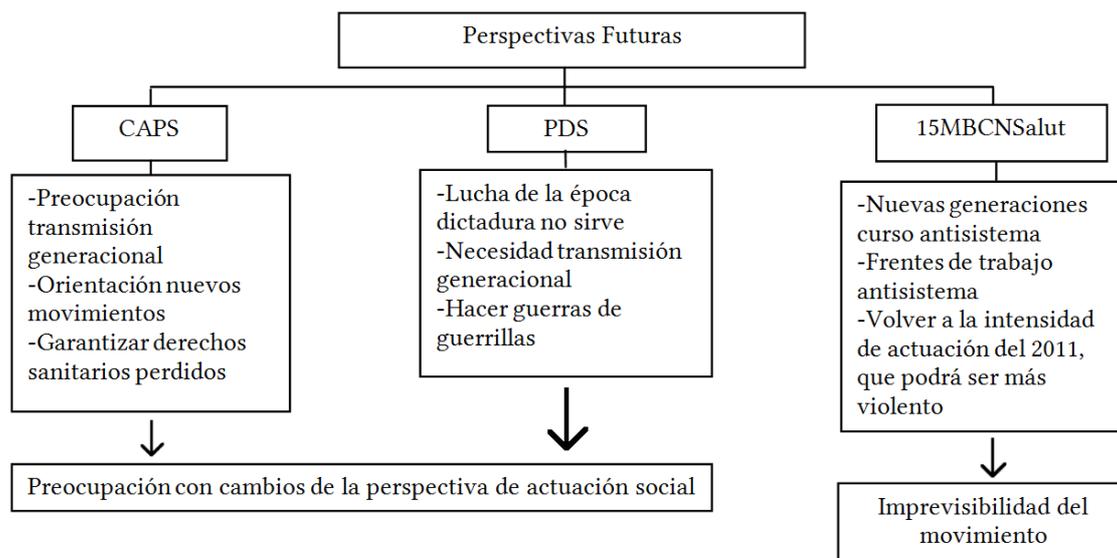


Figura 5. Perspectivas Futuras

Conclusiones

Este trabajo realiza una reflexión crítica de los procesos contemporáneos de activismo social aunque tenemos claro la limitación que ofrece al centrar los análisis principalmente en las entrevistas de un escaso número de representantes de los movimientos estudiados. No hemos buscado las verdades sobre los discursos de los movimientos, pero sí, colocar sobre la mesa algunas construcciones de categorías que posibilitan el análisis de la lucha contra la privatización de la sanidad catalana. Lo que indicamos es el panorama de la lucha de tres movimientos sociales en un contexto singular en el que los nuevos movimientos coexisten con los más antiguos en la defensa de un ideal que empezó a ser defendido ya en los años 60 y 70. Lo que se puede concluir es que esta lucha, aunque se haga de maneras diversas y a partir de entendimientos de actuación a veces antagónicos, confluye en la defensa de un sistema sanitario sin privatizaciones y que naturaliza en el polo público el *locus* de los intereses comunes.

El análisis enuncia la centralidad de la categoría público/privado como dualidad central que organiza los discursos de defensa del modelo público defendido por las personas entrevistadas de los tres movimientos estudiados. Aunque no haya un consenso entre los movimientos con relación a la conceptualización de privatización, son uniformes en la negación de la entrada del sistema privado en el público. Si por un lado los movimientos apuntan la centralidad de la dicotomía, de otro nos presenta el gran trabajo que tienen en la defensa del sistema sanitario catalán al afirmar que la entrada del sistema privado en el sistema público de salud ha sido construida a lo largo de la historia del modelo sanitario y que debe ser combatida. Un análisis que configura los movimientos sociales como una fuerza revolucionaria que debe defender el sistema público de las amenazas privadas y lo hacen presuponiendo que el sistema público en esencia representa los ideales de la población.

En los discursos sobre la historia de lucha de los movimientos en Cataluña, lo más destacable en las entrevistas es la importancia de los movimientos vecinales y de barrios para la construcción del modelo sanitario catalán. El último punto evidencia una cuestión que ha permeado las entrevistas de manera significativa, es decir, el debate entre lo tradicional y lo nuevo en la actuación social. El contexto contemporáneo de creación de movimientos globales que rompen con los modelos más consolidados de activismo moviliza el Caps y la PDS en la preocupación con la transmisión del conocimiento y con la manutención de la lucha social. Aunque las personas entrevistadas de la PDS también analizan positivamente las pequeñas luchas que se han desencadenado actualmente. Por otro lado, las entrevistadas y los entrevistados del 15MBCNSalut, como un nuevo movimiento, visualizan positivamente los nuevos contextos de luchas micropolíticas y dispersas y se mantiene a la espera de los nuevos pasos del movimiento.

No nos cabe responder lo que se debe hacer en relación a la lucha por la defensa de la sanidad, pero es necesario alertar de la necesidad constante de problematizar nuestra realidad y nuestras producciones sociales. En ese sentido, el objetivo de este trabajo no fue proponer algo nuevo o validar los movimientos estudiados, y sí servir de instrumento para una crítica de la realidad para aquellos que luchan, resisten y no aceptan la situación actual (Foucault, 1978/2006).²

² Agradecimientos: a los movimientos sociales Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (Caps), Grup de Defensa de Sanitat Pública (15MBCNSalut) y Plataforma Pel Dret a la Salut (PDS). A las y los expertas/os María Luisa Vázquez, Joan Ramón Villalbi, Josep Martí y Carles Muntaner.

Apéndice: Guión de entrevista

- ¿Cómo define lo más característico o específico del modelo sanitario catalán?
- ¿Cómo fue históricamente la lucha de los movimientos sociales para la construcción del modelo público y para la defensa de la sanidad pública catalana?
- ¿Cómo se organizan los movimientos sociales en defensa de la sanidad pública actualmente y cuáles son sus reivindicaciones más importantes, principalmente acerca de las privatizaciones?
- ¿Cómo se organiza su movimiento social? ¿Cómo se constituyó, cuáles son sus prioridades de lucha, su modo de actuación y quién lo integra? ¿Cómo se percibe entre los demás movimientos sociales en defensa de la sanidad pública?
- ¿Cómo ha actuado su movimiento social después de la crisis de 2008 en el cuestionamiento de las medidas del gobierno de España y de Cataluña?
- ¿Cómo define privatización de la sanidad, cómo diferencia lo que es público y privado?
- ¿Cuáles son las perspectivas futuras para el movimiento social y para los otros movimientos?

Referencias

- 15MBCNSalut (s/f). Recuperado el 23 de febrero de 2013, de <http://defensasaniatpublica.wordpress.com/page/2/>
- Camprubí, Lluís. (2010). *Caracterización e indicadores de la privatización de los sistemas sanitarios: una aproximación al sistema sanitario de Cataluña*. Tesina de Máster sin publicar. Universidad Pompeu Fabra/Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Candidatura d'Unitat Popular (s/f)*. La CUP porta la campanya "No marxis sense hora" a la Sindicatura de Greuges. Recuperado el 7 de junio de 2014, de <http://cup.cat/noticia/la-cup-porta-la-campanya-“no-marxis-sense-hora”-la-sindicatura-de-greuges-0>.
- Canals, Joan. (2010, diciembre). La privatización encubierta (o no tanto) de la sanidad catalana. *Cuaderno de Políticas de Salud: Análisis, reflexión y debate – Observatorio de políticas de Salud*, 6, 9-21. Recuperado de http://www.1mayo.ccoo.es/nova/NNws_ShwNewDup?codigo=3595&cod_primaria=1171&cod_secundaria=1171#.U5WLOxbRaOM

- Constitución Española 1978, de 29 de diciembre (BOE del 1978-31229). Extraído el 30 de junio de 2015, de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229
- Dempeus per la Salut Pública (s/f). *Reactivar la Iniciativa Penal Popular per la defensa de la salut i la sanitat publiques*. Recuperado el 30 de junio de 2015, de <https://dempeusperlasalut.wordpress.com/2013/09/21/reactivar-la-iniciativa-penal-popular-per-la-defensa-de-la-salut-i-la-sanitat-publiques/>
- Esposito, Roberto. (2003/2007). *Communitas: origen y destino de la comunidad* (Luciano Padilla López, trad.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Fernández Chaves, Flory (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales*, 2(96), 35-53. <http://www.redalyc.org/pdf/153/15309604.pdf>
- Figarola, Montserrat; Marimón, Santiago, & Martí, Josep J. (2013). *Propuestas para la regeneración del carácter público de la sanidad catalana*. Recuperado el 7 de junio de 2014, de http://www.caps.cat/images/stories/Regeneración_carácter_público_sanidad_catalana-Propuestas_y_Anexo_1.pdf.
- Flick, Uwe. (2004/2012). *Introducción a la investigación cualitativa* (3ª ed.). Madrid: Ediciones Morata, S.L. Coruña: Fundación Paidia Galiza.
- Foucault, Michel. (1984/2011). *A coragem da verdade: o governo de si e dos outros II. Curso no Collège de France (1983-1984)*. (Eduardo Brandão, trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, Michel. (1978/2006). Mesa-redonda em 20 de Maio de 1978. In Manoel B. de Motta (Comp.), *Ditos e Escritos IV*. (2ªEd., Vera Lucia A. Ribeiro, trad., pp. 334-351). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Gil, Antonio. C. (1987/1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5. ed. São Paulo: Atlas.
- Guareschi, Neuza; Lara, Lutiane; Azambuja, Marcos, & Gonzales, Zuleika K. (2011). Por uma Lógica do Desassujeitamento: O Pensamento de Michel Foucault na Pesquisa em Ciências Humanas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 6(2), 196-202. Recuperado de http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume6_n2/Guareschi_et_al.pdf
- Gefaell, Clara V., & Muntaner, Carles. (2011, septiembre). Pequeña guía para indignadxs para explicar los recortes y privatización en sanidad. *Kaosenlared*. Recuperado el 23 de febrero de 2013, de <http://old.kaosenlared.net/noticia/pequena-guia-para-indignadxs-para-explicar-recortes-privatizacion-sani>
- Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril (BOE 1986-10499). Extraído el 30 de junio de 2015, de <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- Ley de reestructuración del sector público para agilizar la actividad administrativa 11/2011, de 29 de diciembre, (BOE 2012-548). Extraído el 30 de junio de 2015, de <http://www.boe.es/boe/dias/2012/01/14/pdfs/BOE-A-2012-548.pdf>

- Ley de Ordenación Sanitaria 5/1990, de 9 de julio. (BOE 1990-20304). Extraído el 30 de junio de 2015, de <http://www.boe.es/buscar/pdf/1990/BOE-A-1990-20304-consolidado.pdf>
- Lo Cascio, Paola. (2008). *Nacionalisme i autogovern Catalunya, 1980-2003*. Barcelona: Editorial Afers.
- Marimon, Santiago; Colom, Augustí; Tuà, Toni; Camprubí, Lluís, & Quiroga, Olga F. (2013, diciembre). Anàlisi dels pressupostos de salut 2011 i propostes alternatives per millorar el Sistema Públic de Salut. *Quadern CAPS temàtic*, 35, 11-20. Recuperado de http://www.caps.cat/images/stories/Quadern_caps35_SISTEMA_PÚBLIC_D E SALUT.pdf
- Martí, Josep V. (1981). *Moviments socials i reivindicacions sanitàries a Catalunya 1970-1976*. Tesis doctoral sin publicar. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Martí, Josep V. (2010). La participació ciutadana en salut i sanitat. En Federació d'associacions de veïns i veïnes de Barcelona (Eds.), *Quaderns de Carrer n.5 (libro) mayo de 2010. 40 anys d'acció veïnal: 1970-2010* (pp. 309-317). Barcelona: Autor.
- Martí, Josep V. (2013, diciembre). Introducció. *Quadern CAPS temàtic*, 35, 3. Recuperado de: http://www.caps.cat/images/stories/Quadern_caps35_SISTEMA_PÚBLIC_D E SALUT.pdf
- Monteiro, Ana, Coimbra, Cecília, & Mendonça Filho, Manuel (2006). Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público? *Psicologia & Sociedade*, 18(2), 7-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822006000200002>
- Organización Mundial de la Salud (1948). *¿Cómo define la OMS la salud?* Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Pérez, Glòria; Rodríguez-Sanz, Maica; Domínguez-Berjón, Felicitas; Cabeza, Elena, & Borrell, Carme (2014). Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit.*, 28(Supl 1), 124-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.009>
- Puig-Barrachina, Vanessa B; Martí, Josep V., & Vergara, Montserrat D. (2013). Experiencias privatizadoras de la sanidad en Catalunya. In Marciano S. Bayle (Ed.). *La contrarreforma sanitaria: análisis y alternativas a la privatización de la sanidad pública* (pp. 37-89). Madrid: Ed. Catarata.
- Raigada, José Luis Piñuel (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística*, 3(1), 1-42. Recuperado de: https://www.ucm.es/data/cont/docs/268-2013-07-29-Pinuel_Raigada_AnalisisContenido_2002_EstudiosSociolingüísticaUVigo.pdf
- Real Decreto-ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones 16/2012, de 20 de abril (BOE 2012-5403). Extraído el 30 de junio de 2015, de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403

Ripa, Daniel, Rodríguez, Julio, & Fuente, Asur (2013). Sindicalismo, crisis económica y movimientos sociales: Identidades, debilidades y fortalezas del sindicalismo y escenarios futuros. En *IV Congreso de la REPS*. Madrid, junio 2013.

Sánchez-Martínez, Fernando L.; Abellán-Perpiñan, José M., & Oliva-Moreno, Juan (2014). La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*, 28(Supl 1), 75-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.019>



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)