



LA SALUD ES UNA ELECCIÓN POLÍTICA



Dossier n° 29

Instituto Tricontinental de Investigación Social
Junio 2020

FOTO DE TAPA

8 de mayo de 2020: Como parte del programa comunitario de detección y análisis de Sudáfrica, un equipo comunitario de Khayelitsha Oriental realiza pruebas a trabajadorxs agrícolas en Faure, donde se descubrieron varios casos positivos. Una trabajadora de la salud muestra cuál debe ser la distancia social mínima.

Barry Christianson / New Frame

LA SALUD ES UNA ELECCIÓN POLÍTICA



Dossier n° 29 | Tricontinental: Institute for Social Research
Junio 2020

En la [Declaración Universal de los Derechos Humanos](#) (1948), el artículo 25 brinda una visión ampliada de lo que podría significar ser un ser humano. Las personas, anota, “tienen derecho a un nivel de vida adecuado que les asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”; tienen asimismo derecho a la seguridad, lo que significa que tienen derecho a indemnización por toda “pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Poco de esta visión se ha materializado para la mayoría de lxs habitantes del mundo. Lo que los movimientos de trabajadorxs y anticoloniales han logrado ganar en los últimos cien años se ha visto mermado por un régimen de austeridad que recorta los fondos públicos para el derecho a la salud y al bienestar, que vende el derecho a prestar esos servicios con fines de lucro al sector privado y así reduce los derechos humanos a mercancías que quedan fuera del alcance de quienes no tienen suficientes ingresos.

Durante la pandemia mundial, se ha hablado mucho de lxs trabajadorxs *esenciales* y de reformas como la reducción de la jornada laboral, mejores condiciones de trabajo, y aumento de salarios. Pero, al igual que en crisis anteriores, probablemente todo esto se olvidará una vez que termine la crisis. Los gobiernos burgueses no son capaces de hacer que estas reformas sean permanentes o recompensar permanentemente a lxs trabajadorxs de la salud en una situación “normal”. Las clases dominantes en todo el mundo castigan a cualquier gobierno que intente esta pequeña dosis de humanidad, argumentando que tales prestaciones sociales crean un “riesgo moral” y que cualquier

derecho permanente de lxs trabajadorxs crea un mal ejemplo para otrxs trabajadorxs.

En nuestro dossier 29, argumentamos contra el regreso a la normalidad, específicamente en los sistemas de salud del orden burgués. En la primera parte, revisamos lo que la pandemia nos ha mostrado sobre el sistema de salud; luego, en la segunda parte, escuchamos las voces de líderes de lxs trabajadorxs de la salud; en la parte final del dossier, delineamos un programa para un nuevo pacto de salud basado en las demandas de lxs trabajadorxs de la salud.





9 de mayo de 2020: desde la izquierda, Luyanda Mto, Dr. Celeste Jonker y Buhle Nkomonda en el centro de pruebas en las afueras del Hospital Distrital de Khayelitsha. El centro se creó para ayudar a tomar muestras de más de 270 empleados de tres centros comerciales que estuvieron en estrecho contacto con otros trabajadores que dieron positivo.

Barry Christianson / New Frame

Parte 1: Lo que el capitalismo le ha hecho a nuestro sistema de salud

En 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión de Alto Nivel sobre Salud, Empleo y Crecimiento Económico creada por el secretario general de las Naciones Unidas, examinaron cuidadosamente al sector de salud mundial y concluyeron que “seguir como hasta ahora es insostenible”. Este fue un juicio muy fuerte. El recuerdo de la epidemia de ébola 2014-15 en África Occidental estaba aún fresco en la mente de los miembros de la Comisión. Al examinar ese brote, el informe final de la Comisión señaló: “Hemos visto cómo la inacción y la falta crónica de inversión pueden comprometer la salud humana y también llevar a graves reveses económicos y sociales. La inversión en personal sanitario forma parte del objetivo más amplio de fortalecer los sistemas de salud y protección social y constituye esencialmente la primera línea de defensa contra las crisis de salud internacionales”. Para 2030, escribieron los comisionados, el mundo necesitaría por lo menos 40 millones más de trabajadorxs de la salud y de servicios sociales; y proyectaron que habría un déficit de por lo menos 18 millones de trabajadorxs de la salud, la mayoría de ellxs en las naciones más pobres. Esto fue años antes de que el coronavirus se extendiera por todo el mundo.

En febrero de 2018, un grupo de 30 microbiólogxs, zoólogxs y expertxs en salud pública se reunieron en la sede de la OMS en Ginebra. Crearon una lista prioritaria de virus peligrosos, especialmente aquellos para los cuales no hay vacuna. La lista final contenía el SARS, el

MERS y uno llamado enfermedad x. Peter Daszak, director del Foro de Amenazas Microbianas en las Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina, que estuvo en esa reunión, dijo recientemente que la covid-19 es similar a cómo los científicos entendieron la enfermedad x. Hablando de anticiparse a la covid-19, Daszak [le dijo](#) a *The New York Times*: “El problema no es que la prevención fuera imposible. Era muy posible. Pero no lo hicimos. Los gobiernos consideraron que era demasiado caro. Las empresas farmacéuticas operan con fines de lucro”.

Un año después, en septiembre de 2019, la Global Preparedness Monitoring Board [Junta de Monitoreo de Preparación Global] codirigida por Gro Brundtland (ex directora general de la OMS) y Elhadj As Sy (director de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja) [advirtió](#) que “el mundo no está preparado para una pandemia patógena respiratoria virulenta y que se mueva rápido”. El informe fue más allá:

La pandemia de gripe de 1918 enfermó a un tercio de la población mundial y mató a alrededor de 50 millones de personas, 2,8% de la población total. Si hoy en día ocurriera un contagio similar, con una población cuatro veces mayor y viajes a cualquier parte del mundo en menos de 36 horas, entre 50 y 80 millones de personas podrían perecer. Además de los trágicos niveles de mortalidad, una pandemia así podría causar pánico, desestabilizar la seguridad nacional e impactar seriamente el comercio y la economía mundiales.

La advertencia no fue escuchada.

El 15 de febrero de 2020, el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, dio un apasionado discurso en la Conferencia de Seguridad de Munich. “El mundo”, [dijo](#), “ha operado en un ciclo de pánico y negligencia. Arrojamus dinero cuando hay un brote y cuando termina, nos olvidamos de él y no hacemos nada para prevenir el siguiente. El mundo gasta miles de millones de dólares en preparación para un ataque terrorista, pero relativamente poco en preparación para un ataque de un virus que podría ser mucho más mortal y mucho más dañino en términos económicos, políticos, sociales”.

En septiembre de 2019, los líderes mundiales se reunieron en la ONU para comprometerse a lograr la atención de salud universal para 2030. Gro Brundtland, ex directora de la OMS, [dijo](#) que la atención de salud no podía dejarse en manos del libre mercado, ya que un modelo así solo permitiría a los ricos acceder a la atención de salud, cuyos costos harían más pobres a los pobres. Hay una necesidad urgente por financiamiento público. Recortar los presupuestos de salud es un “gran error”, [dijo](#). El actual director de la OMS, el Dr. Tedros, enfatizó que “la salud es una elección política”.

En los últimos cuarenta años, a medida que el régimen de austeridad ha llevado a los gobiernos a recortar gastos sociales y de salud, los sistemas de salud se han erosionado. El impacto puede resumirse así:

- Recortes en gasto público para la atención de salud, especialmente para la salud pública.
- Aumento de la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud.

- Aumento de la atención médica no regulada, de pago por servicios.
- Aumento de la dependencia de seguros privados para pagar por servicios médicos.
- Reducción de lxs trabajadorxs de la salud, recortes en sus salarios y pensiones, y erosión de la sindicalización.
- Aumento de los precios de la atención médica y los medicamentos.

Una [revisión](#) de los 161 informes de países del Fondo Monetario Internacional en 2018-2019, muestra que se presiona a los gobiernos de las naciones más pobres a hacer recortes presupuestarios sustanciales. La salud pública es una de las áreas donde los recortes son más significativos.

El Dr. Bernard Lown –el cardiólogo que inventó la desfibrilación, que enseñaba en la Escuela de Salud Pública de Harvard y es médico jefe del Hospital Brigham and Women’s en Boston (EE. UU.)– [expresa](#) claramente su punto de vista sobre la privatización de la atención de salud:

La atención de salud no se presta a las eficiencias de la industrialización. El sentido común indica que los pacientes no pueden ser estandarizados, y la mayoría de sus partes no son intercambiables. La atención de la salud es un servicio personalizado que se resiste a la mercantilización y es incompatible con las eficiencias de la línea de montaje industrial u otras tecnologías de producción en masa. Los sumos sacerdotes de la medicina de mercado ignoran estos fundamentos. La

medicina de mercado es doblemente fallida porque desvía recursos de la comunidad, de la formación médica y de la investigación. Los beneficios generados no se reinvierten localmente, sino que se distribuyen a inversores remotos y altos gerentes en forma de grandes dividendos, cuantiosos bonos y salarios conspicuos. Se presenta al mercado como la solución, pero ahora sabemos que es el problema.



13 de mayo de 2020: profesionales de la salud del *Consultorio na Rua* atienden a personas en situación de calle durante la madrugada.
PMSP/ Fotos Públicas

Parte 2: Lo que dicen lxs trabajadorxs de la salud

El **Instituto Tricontinental de Investigación Social** habló con cuatro líderes de los movimientos de trabajadorxs de la salud, unx de cada uno de los países donde tenemos oficinas. Cada unx de estxs líderes habló de diferentes escalas de lucha, mostrándonos los niveles de los desafíos que enfrentan lxs trabajadorxs.

Argentina

Entender la situación en Argentina sin considerar las intervenciones del Banco Mundial en Sudamérica sería inadecuado. En 1993, el Banco Mundial centró su [Informe de Desarrollo Mundial](#) en el tema de la salud pública. Mientras el Banco pedía un incremento en el gasto gubernamental en salud pública, centraba su atención en lo que llamó “Promover la diversidad y la competencia”. Por “diversidad” y “competencia”, el Banco quería decir que el campo del cuidado de la salud debía ser diversificado por el incremento del sector con fines de lucro, que haría competencia con el sector público. En lugar de cobertura universal de salud, el Banco alentó la creación de planes de seguro privados, el surgimiento de prestación de servicios médicos con fines de lucro y el fin de la protección para las empresas farmacéuticas nacionales.



14 de mayo de 2020: La presidenta de FESPROSA, Fernanda Boriotti (derecha), en las acciones organizadas con la Asociación Trabajadores del Estado en Argentina. Sus demandas incluyen mejores condiciones de trabajo y salarios, suministro suficiente de EPI de calidad, subsidios adecuados para las asignaciones familiares y un fondo de emergencia.
Sofía Alberti

Viviana García, dirigente en la Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA), nos dijo que el impacto de la política del Banco Mundial golpeó muy duramente a la mayoría de los países de América del Sur. Ofrece los ejemplos de Chile, Colombia, Perú y Ecuador, que vieron el incremento de alianzas público-privadas en la prestación de servicios de salud, la entrada de planes de seguros con fines de lucro y la mercantilización general de la salud. En estos países, la pandemia de covid-19 pone de relieve el desastre causado por la destrucción de los sistemas públicos de salud. El sistema de salud de Ecuador colapsó totalmente, lo que produjo que los cuerpos de muchas personas muertas de covid-19 terminaran apilados en las calles.

En Argentina, la Constitución Nacional de 1994 estableció que la salud es un derecho público esencial. En 1946, el país desarrolló un sistema de salud inspirado por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido; desde entonces, ha habido varios intentos importantes por reformar el sistema, particularmente en las décadas de 1970 y 1980. El sistema de salud es mixto, con un sector estatal disponible para todo el mundo, un sector para miembros afiliados que cotizan (Obras Sociales) y un sector privado utilizado predominantemente por los ricos. A pesar de su fragmentación, este sistema mixto abarca a casi toda la población.

La presión del Informe de 1993 del Banco Mundial empujó al gobierno a erosionar el carácter público de las instituciones estatales de salud, notablemente con la creación de hospitales autogestionados que tuvieron que recurrir a financiamiento privado y a la privatización

de servicios, así como la creación de una mano de obra precaria. El nuevo plan condujo a la descentralización de la atención de salud a las provincias, municipios y pueblos, pero sin ningún mecanismo adecuado de financiamiento. Esto significó que estos niveles de provisión de atención de salud tuvieron que depender de fondos privados, lo que llevó a la desigualdad en el sistema.

Los modelos colombiano y chileno, altamente privatizados y desiguales, no pudieron aplicarse en Argentina gracias a la acción decidida de lxs trabajadorxs organizadxs. Fue debido a los sindicatos y al surgimiento de gobiernos progresistas entre 2003 y 2015 que se lograron avances importantes en la defensa del derecho de los pueblos a la salud y los derechos de lxs trabajadorxs médicxs. Por ejemplo, se estableció un subsidio universal por hijxs, se desarrollaron planes de salud sexual y reproductiva, se estableció un plan nacional de vacunación, se garantizó la seguridad laboral de lxs 26.000 trabajadorxs de la salud, y se abrió un camino para mejorar sus condiciones de trabajo. Aunque fueron reformas importantes, siguen siendo insuficientes para responder a las necesidades colectivas de una sociedad segmentada y desigual producida por las políticas neoliberales de los años noventa.

El gobierno de Mauricio Macri (2015-2019) desplazó el péndulo político hacia la derecha, llevando la atención de la salud a un límite insostenible. El presupuesto de 2016 del Ministerio de Salud financió terriblemente mal el trabajo de prestación de servicios de salud durante una letal epidemia de dengue, y el gobierno de Macri recortó aún más el presupuesto en 2017 y 2018. Durante el mandato de Macri, según el Ministerio de Finanzas, el gobierno redujo el presupuesto de salud

en un 22%. En 1990 el presupuesto de salud era alrededor de 10% del PIB, cayó a 9,6% en 2015 cuando Macri asumió, y para cuando acabó su mandato, la OMS calcula que el presupuesto de salud había caído a 8% del PIB.

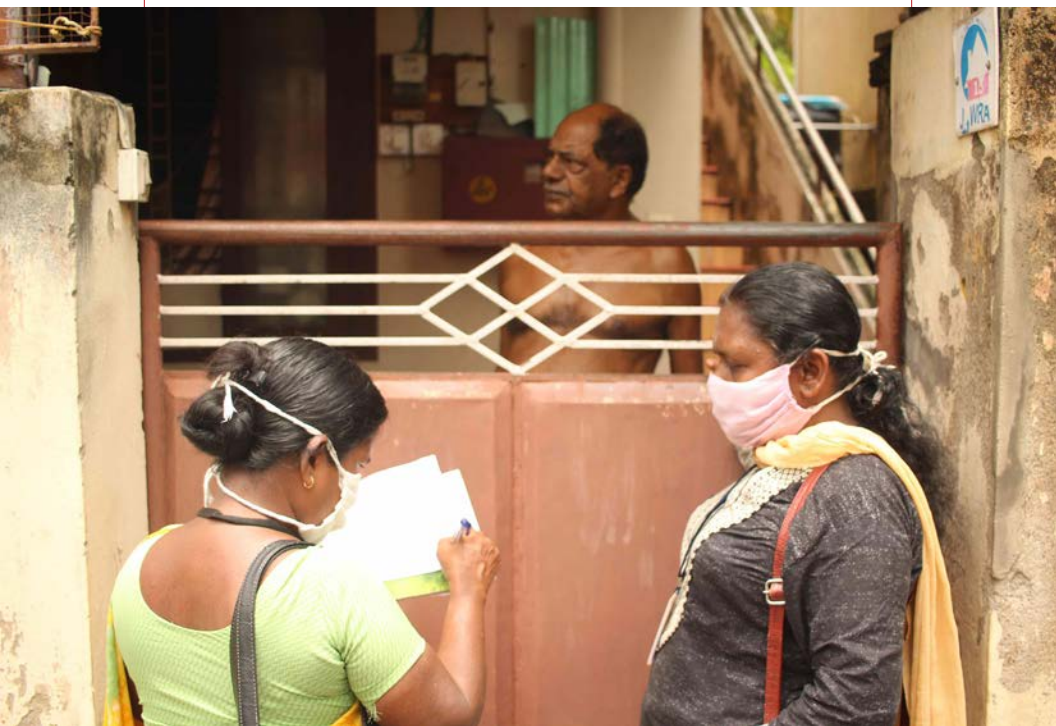
El gobierno de Macri recortó los presupuestos de programas de reducción y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (enseguida se vio un aumento dramático en la sífilis congénita y en el VIH-SIDA), enfermedades transmitidas por vectores (dengue, chikunguña y zica) y enfermedades prevenibles por vacunación (las dosis del programa nacional fueron interrumpidas), así como también recortó los programas para tratar el cáncer. Macri acudió al Fondo Monetario Internacional para obtener [un préstamo](#); solo con los intereses de ese préstamo se podrían haber construido 3.200 hospitales modernos. Las obras de cuatro hospitales en los barrios urbano-marginales de Buenos Aires tuvieron que ser suspendidas. Durante esos años, el sistema médico en Argentina presenció un aumento del trabajo informal, la destrucción de los servicios hospitalarios, la falta de fondos para equipamiento, recortes en los salarios, y despidos de 1.600 trabajadorxs del emblemático Hospital Nacional Posadas.

El actual gobierno progresista, liderado por el presidente Alberto Fernández, asumió en diciembre de 2019, justo antes de que la pandemia se extienda por Sudamérica. Uno de los primeros actos del nuevo gobierno fue restaurar el Ministerio de Salud a su plena capacidad, aunque tomará algún tiempo todavía para que el gobierno y los sindicatos se recuperen de la devastación dejada por Macri.

India

Si no fuera por las 900.000 Activistas de Salud Acreditadas (ASHA por su sigla en inglés), la respuesta de India al coronavirus sería mucho menos contundente. Las trabajadoras ASHA no recibieron equipos de protección individual (EPI) y trabajan por una pequeña remuneración que, hasta hace poco, era tan solo de 1.000 o 1.500 rupias por mes (13 a 20 dólares) y era pagada una vez al año o cada dos años. Van de casa en casa por todo el país para chequear a las personas, entregar medicinas, comprobar síntomas de enfermedad y llevar a cabo atención básica de salud. Estas trabajadoras se han convertido en las personas más importantes en la lucha de la India contra la covid-19. Por su preocupación han sido **golpeadas** por la policía y se han enfrentado a amenazas de sus comunidades, incluyendo algunos de sus esposos. Como los funcionarios del gobierno les dicen que confeccionen sus propios EPI en vez de hacer algún esfuerzo por asegurar protección para ellas, han tenido que improvisar su propia protección.

Los estudios de los brotes de epidemias muestran que los trabajadores comunitarios de la salud, como las trabajadoras ASHA, son fundamentales para trazar el patrón de la infección y para transmitir información sobre cómo romper la cadena. Cada trabajadora ASHA tiene que cubrir 30 hogares en su área en una semana, manteniéndose constantemente en contacto con la gente para monitorear la propagación de la enfermedad. Incluso así, en la India estas trabajadoras no son tratadas como tales, sino como “voluntarias” y se les falta el respeto de forma rutinaria. El 18 de abril, las trabajadoras ASHA hicieron una protesta simbólica, se ataron una cinta o un pañuelo negro (*chunni*) para demostrar su insatisfacción con la falta de apoyo del gobierno.



13 de mayo de 2020: Lathika y Usha, trabajadoras ASHA inspeccionan alrededor de las casas en busca de posibles criaderos de mosquitos, dan instrucciones a las personas, y hacen seguimiento de aquellos con potenciales síntomas de covid-19. Lathika es miembro del Comité Distrital de Thiruvananthapuram de la Federación de Trabajadoras ASHA del Estado de Kerala (KSAWF), afiliada a la Central de Sindicatos de la India (CITU).

Subin Dennis / Instituto Tricontinental de Investigación Social

Surekha Rani, la secretaria general del Sindicato de Trabajadoras ASHA (afiliado a la Central de Sindicatos de la India, CITU por su sigla en inglés) en el estado de Haryana (26 millones de habitantes), conversó con nosotrxs sobre las luchas de estas trabajadoras. El programa de trabajadoras ASHA fue creado por la Misión Nacional de Salud Rural en 2005. Por su parte, el Sindicato de Trabajadoras ASHA se formó en 2009. Actualmente hay 20.000 trabajadoras ASHA en Haryana, 15.000 de ellas en el sindicato y por lo menos 18.000 de ellas activas en el movimiento de trabajadorxs contra el gobierno. El sindicato surgió por primera vez durante la lucha de las trabajadoras para ser reconocidas como trabajadoras –en lugar de como voluntarias– y recibir un salario mínimo, seguridad social y otros beneficios. Las trabajadoras ASHA realizan al menos 40 tareas diferentes, como atención prenatal e inmunización de lxs niñxs, de parte del Departamento de Salud.

En 2013, el sindicato comenzó a agitar para asegurar que se les pague regularmente a las trabajadoras ASHA. Salieron a las calles 14.000 trabajadoras ASHA, en respuesta a lo cual el primer ministro de Haryana, Bhupinder Singh Hooda, dijo que uno de los compañeros de la CITU debía ser quemado hasta morir. Cuando dijo que no podía aceptar las demandas del sindicato porque él mismo pasaba hambre, el sindicato recogió harina de trigo en las casas de cada una de las integrantes de ASHA. “Hicimos un paquete con esta harina y se la enviamos al primer ministro”, dijo Surekha Sani. “Esto lo avergonzó y nos llamó a su casa, pidió disculpas y aceptó subir los incentivos y el salario”. Fue un comienzo, pero de nuevo “fue insuficiente”, nos dijo Surekha Rani.

En 2015-2016, el gobierno dijo que las trabajadoras ASHA debían realizar su trabajo en un formato digital, pero como explicó Surekha Rani: “el gobierno no proporcionó ningún aparato, ni dio ninguna capacitación sobre cómo utilizar el software para actualizar la información”.

En 2017, comenzó una agitación en toda la India, a la que se unió el sindicato de Haryana, adhiriendo a una huelga indefinida. El sindicato negoció con el gobierno estadual en cinco ocasiones durante este período. El 2 de febrero, el gobierno del estado aceptó pagar a las trabajadoras un salario mensual de 4.000 rupias [53 dólares], el doble del ingreso que habían estado recibiendo, más incentivos del gobierno federal. También acordaron dar a las trabajadoras un seguro, de modo que, a su muerte, sus familias recibieran 300.000 rupias [3.960 dólares]. Para facilitar su propia política de información digital, el gobierno aceptó proporcionar un teléfono Android a cada una. Pero “fiel a su naturaleza”, dijo Surekha Rani, “el gobierno se retractó de sus promesas”. Las trabajadoras protestaron de marzo a junio de 2018, y como el gobierno no cumplió sus promesas, las trabajadoras comenzaron una huelga indefinida a partir del 7 de junio. La huelga duró ocho días. Cuando el sindicato amenazó con presionar por un arresto masivo, el gobierno dijo que implementaría el acuerdo y proporcionó una garantía por escrito. La huelga terminó el 15 de junio.

Una vez más, el gobierno se retractó del acuerdo. Cuando el sindicato descubrió que el entonces primer ministro de Haryana, Manohar Lal Khattar, iba a estar en una reunión en Kamal (Haryana), las integrantes del sindicato montaron una tienda y mantuvieron allí una protesta indefinida. Khattar se reunió con el sindicato y les dijo que sus

demandas habían sido aceptadas y que el Departamento de Finanzas emitiría una notificación pronto. “Le dijimos al primer ministro que hasta que llegara la notificación protestaríamos en la sede del distrito”, contó Surekha Rani. Eso es lo que han hecho. Los hombres del gobierno las menospreciaron haciendo comentarios sexistas sobre su determinación por conseguir sus salarios. Pero las trabajadoras ASHA no se disuaden. “Protestamos cada dos meses exigiendo nuestros salarios. Se nos conoce como una fuerza en lucha [*ladaku*]”, dice Surekha Rani.

La lucha de las trabajadoras ASHA ha inspirado a otrxs trabajadorxs en Haryana. Lxs trabajadorxs Anganwadi (cuidado infantil) comenzaron sus propias huelgas, así como lxs trabajadorxs municipales y lxs del transporte público. El primer ministro Khattar acusó a lxs trabajadorxs en huelga de ser comunistas y matones [*badmash*]. “Acuñamos un eslogan para contrarrestarlo”, dijo Surekha Rani. “Si luchar por nuestros derechos, exigir empleo, pedir comida, si estas demandas son obra de matones, entonces nuestra Bandera Roja es famosa por ser llevada por matones y seguiremos siendo matones”. El primer ministro se vio obligado a disculparse.

Hoy en día, frente a la rápida propagación de la pandemia, “las trabajadoras ASHA están tristes y desmoralizadas”, nos dijo Surekha Rani. “Ven que somos nosotras las que estamos en el terreno trabajando para romper la cadena de la infección y sin embargo, los funcionarios no escuchan nuestros problemas”.

Sudáfrica

El 22 de abril, el presidente de Sudáfrica, Cyril Ramaphosa, anunció un paquete de estímulo de 500.000 millones de rands. Sorprendentemente, el paquete no proporcionó fondos directamente para lxs proveedores de servicios de salud que están en la primera línea de la lucha para contener la covid-19. Lerato Madumo, presidenta del Sindicato de Enfermeras Jóvenes Indaba (YNITU por su sigla en inglés), filial de la Federación Sudafricana de Sindicatos (SAFTU por su sigla en inglés), nos dijo que este discurso impulsó a su sindicato a iniciar una campaña para que las enfermeras de covid-19 se quedaran en casa. El YNITU había planeado una huelga el Primero de Mayo, Día de Lxs Trabajadorxs, pero la canceló el día anterior y en su lugar hizo una conferencia de prensa. Escribieron al presidente pidiendo atención urgente para lxs proveedores de salud, y señalaron que, si no se atienden sus demandas razonables por compensación y condiciones de trabajo seguras, “no nos quedará otra opción que dejar nuestras herramientas y quedarnos en casa”.

No hay suficientes kits de prueba ni equipos de protección individual (EPI) disponibles. Hacer exámenes a lxs trabajadorxs es esencial, y sin embargo el número de pruebas está muy lejos de lo necesario. “Si una de las enfermeras contrae el virus, todo el turno de enfermeras termina siendo covid-19 positivo”, dice Madumo. El sindicato de médicxs, la Asociación Médica Sudafricana, dijo que la calidad de los EPI que se están entregando es tan mala que cuando un médico camina, éste se rasga. En el Hospital Chris Hani Baragwanath de Johannesburgo, las enfermeras tienen que ir a trabajar con impermeables que ellas mismas compraron y tuvieron que desinfectar, todo eso

en vez de EPI adecuados. El dinero para estos trajes improvisados viene de las enfermeras, a las que les pagan salarios muy bajos. Los EPI que el gobierno está proporcionando no parecen haber llegado a las enfermeras.

El presidente respondió a las demandas del sindicato con la declaración de que la huelga sería considerada “delito” de acuerdo con la Ley de Gestión de Desastres (2002). Madumo nos dijo que la Ley de Salud y Seguridad Ocupacional deja claro que “si usted cree que el ambiente en el cual trabaja es inseguro, tiene derecho a retirarse de su trabajo. Por lo tanto, ni siquiera se trata de si sería un acto criminal o no, se trata de que digamos que nuestro gobierno está cometiendo un crimen contra la humanidad. Las enfermeras son seres humanos. No se puede pedir a un soldado que luche en una guerra y no darle protección en forma de chalecos antibalas, simplemente no es correcto”. “Si el personal en primera línea continúa enfermo”, dijo Madumo, “quiere decir que para el final de esta covid-19, tendremos un sistema de salud que ni siquiera tiene trabajadorxs de la salud”.

Incluso antes de que llegue la covid-19, nos dijo Madumo, “nuestro sistema de salud ya estaba deteriorado. Lo primero en la lista era la escasez de enfermeras. Entramos en esta pandemia con un personal de enfermería esquelético”. En Sudáfrica, el 84% de la población es atendida por el sector público, y aún así, el sector privado, que solo atiende al 16% de la población, contrata al 60% de lxs profesionales de la salud. Hay una escasez estructural de personal en el sistema de salud del sector público. El sindicato hizo una encuesta que muestra que hay enfermeras calificadas desempleadas. Debido a que el

gobierno se niega a contratarlas, las que trabajan lo hacen más duro de lo que es saludable. “Las enfermeras, además de contraer coronavirus, están siendo aplastadas emocional y psicológicamente, no hay otra palabra para describirlo”, dijo Madumo.

El nivel de desgaste entre las enfermeras y el resto del personal médico es extremadamente alto y a menudo está ligado a un exceso de trabajo generalizado, angustia, insatisfacción y agotamiento. Los gerentes de los hospitales han ganado autoridad a expensas de lxs médicxs y las enfermeras, y administran los hospitales con un enfoque de negocios. Los hospitales han comenzado a depender de agencias de enfermeras, que trafican con su trabajo ocasional. Madumo señala que estas agencias son peligrosas, porque envían enfermeras de un hospital a otro, y si estas contraen covid-19 –y no se les hace pruebas– la pueden acarrear entre hospitales. “Se hace muy difícil controlar la infección”, dice Madumo.

Las empleadas han estado exigiendo que, en lugar de que todos los hospitales tengan alas de covid-19, se designen hospitales específicos para tratar a lxs pacientes de covid-19. “Hagamos que un hospital sea el que admita todos los casos sospechosos e infectados, entonces el personal debería ir en un sistema rotativo, en turnos que les permitan alojarse en la residencia de enfermeras o en los cuartos de lxs doctorxs de esa instalación”, propone Madumo. Allí enfermeras y médicxs deben recibir equipo apropiado y exámenes frecuentes. Las enfermeras y médicxs tienen conocimiento de primera mano sobre cómo luchar contra una enfermedad, pero la clase política no toma en serio sus propuestas.



9 de mayo de 2020: dentro de la instalación para pruebas del Hospital Distrital de Khayelitsha, Sudáfrica.
Barry Christianson / New Frame

El YNITU está actualmente haciendo una campaña para que todxs trabajadorxs de la salud dispongan de un EPI adecuado y para que las enfermeras que entren en contacto con una persona que dé positivo en la prueba de covid-19 sean sometidas a pruebas y aisladas durante 14 días. Aunque el gobierno está actualmente haciendo pruebas a las enfermeras que han estado en contacto con casos de covid-19, espera que las enfermeras sigan trabajando hasta que reciban sus resultados, lo que probablemente pone a otras personas en riesgo de infección.

Finalmente, Madumo nos dijo que su sindicato, YNITU, sostiene que esta pandemia muestra por qué la atención de salud debe ser nacionalizada. Cada distrito, cada provincia, está haciendo lo que quiere, nos dice. “La nacionalización aseguraría que cada instalación esté bajo el ojo de águila de nuestro Departamento Nacional de Salud”, dijo Madumo. “Creemos que no se puede dejar al sector privado hacer lo que le venga en gana como se ha hecho durante años. Su objetivo es obtener ganancias, insisten en que sus enfermeras utilicen la misma mascarilla durante cinco días, incluso cuando la mascarilla solo es viable por mucho menos tiempo”, nos dijo. Si bien se supone que las mascarillas deben eliminarse después de tratar a cada paciente, también se pide a las enfermeras que las reciclen, con lo que tanto ellas como sus pacientes corren un mayor riesgo de contraer el virus.

Brasil

Brasil tiene uno de los sistemas de salud universal más fuertes del mundo como resultado de las luchas sociales populares. Después de

más de 20 años de dictadura, la Constitución de 1988 estableció la creación del Sistema Único de Salud (SUS), un sistema de salud universal y gratuito para todo el país. El SUS incluye programas para la vigilancia sanitaria, inmunización, control de VIH-SIDA, cuidado a través del programa Salud de la Familia y una variedad de otras intervenciones médicas cruciales. Sin embargo, los gobiernos de derecha y neofascistas han puesto en peligro las leyes de Brasil y su sistema de salud universal. La Enmienda Constitucional 95 (2016) –el año del “golpe blando” que derrocó a Dilma Rousseff (Partido de los Trabajadores) e instaló al derechista Michel Temer– forzó a una política de austeridad que congela el gasto público por 20 años. Este mecanismo profundizó la falta crónica de financiamiento del sistema de salud, provocando que el sistema se vuelva más vulnerable frente a la pandemia.

Hugo Bethsaida Leme, un médico familiar y comunitario que trabaja en la Unidad Básica de Salud de Londrina (estado de Paraná) y es miembro de la Red Nacional de Médicas y Médicos Populares, nos habló sobre el impacto de la covid-19 en Brasil. Nos dijo que el SUS “nace estrangulado debido a la falta de financiamiento (aproximadamente el 4% del PIB), un proceso que se profundizó después del golpe de 2016”. El sistema estaba privado de recursos. La falta de financiación, además de la salida de los médicos cubanos causada por el presidente de extrema derecha, Jair Bolsonaro, hace que “muchas comunidades no tengan acceso al Programa Más Médicos para Brasil (PMMB), lo que genera una sobrecarga en las unidades de urgencia y emergencia con casos que podrían haber sido atendidos en las Unidades Básicas de Salud (UBS)”.



7 de mayo de 2020: un equipo médico celebra el alta de pacientes recuperados de covid-19 del Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, el hospital público más grande de Pará, Brasil.

Marcelo Seabra / Ag.Pará / Fotos Públicas

El SUS fue diseñado con mucho cuidado, y si se financia y administra adecuadamente, estaría mejor capacitado para enfrentar la pandemia. Sin embargo, el sistema simplemente no cuenta con recursos suficientes, e incluso cuando están disponibles, son distribuidos de manera desigual: la mayoría de las unidades de cuidado intensivo y lxs intensivistas están localizados en el sur y sudeste de Brasil.

Pero no es solo que el SUS está desfinanciado, sino que el apoyo prestado al sector con fines de lucro ha socavado la salud pública. La mitad de las camas de las UCI están en el sector privado, que atiende apenas a un cuarto de la población. El sector con fines de lucro, dice el Dr. Leme, “sector que históricamente absorbe recursos del SUS y desde el golpe se ha priorizado cada vez más en detrimento del sistema público”, “siempre ha parasitado al SUS, solo se comprometerá con sus accionistas y clientes, mientras que la gran mayoría de la población seguirá dependiendo única y exclusivamente del sistema público”. Para enfrentar estas desigualdades y el creciente papel del sector con fines de lucro, se lanzó la *Campanha Leitos para Todos* [Campana Camas para Todos] como reacción a la covid-19. Esta campaña busca juntar, durante esta emergencia, todas las camas públicas y privadas en un solo grupo, para no agotar los hospitales del sector público y derivar pacientes a los centros médicos privados.

Nada ha hecho más difícil el trabajo de lxs profesionales médicos que la insensible actitud anticientífica de los neofascistas liderados por el presidente Jair Bolsonaro. “El gobierno federal neofascista ha hecho un flaco favor al ignorar la gravedad de la situación y al pedir a lxs trabajadorxs que mueran y/o maten a las personas que aman con factores

de riesgo para reanudar el trabajo para el beneficio económico de unos pocos”, dice el Dr. Leme.

No se hacen suficientes pruebas, lo que obviamente significa que los casos confirmados de covid-19 son bajos, y a su vez eso ha “generado confusión entre nuestro pueblo con respecto a la enfermedad y la adhesión a las medidas para romper la cadena”. La falta de pruebas “a menudo hace que lxs profesionales trabajen en la oscuridad, sin tener una dimensión real de la situación, incluso si están contaminados o no”, dijo el Dr. Leme. No hay suficientes EPI, ni equipo médico ni suficientes acciones basadas en la ciencia por parte del gobierno.

El Dr. Leme insiste en que la cuestión médica no debe ser reducida a la enfermedad en sí misma. La salud, señala, debe ser vista en un sentido social amplio. Debido al gran número de desempleadxs y trabajadorxs informales, dice, y debido a la ausencia de derechos laborales y políticas sociales, el hambre ha aumentado, el hambre debilita al cuerpo y amenaza con enfermedades. Como consecuencia del arraigado patriarcado, durante la cuarentena ha habido también un aumento en las tasas de violencia contra las mujeres. Las personas que padecen enfermedades crónicas –como diabetes e hipertensión– no pueden acudir a médicos durante la cuarentena y por lo tanto corren el riesgo de que su salud se deteriore.

Para el Dr. Leme, como para el Dr. Teodros, la salud es un asunto político. “Es urgente”, dijo, “luchar por un gobierno soberano, democrático y popular que pueda, de hecho, construir un SUS con recursos financieros adecuados para ofrecer un buen servicio a la población”, a pesar de los mensajes difundidos por los medios de comunicación

corporativos que “desmoralizan al sector público y enaltecen al sector privado”. Ese gobierno debe mejorar las condiciones sociales de su pueblo y defender los derechos de lxs trabajadorxs. Solo así se podrá desarrollar la sociedad “de forma digna, humana y saludable, para que, si llega una nueva situación como ésta, podamos estar más preparados y tener siempre la vida, los derechos y el bienestar de nuestro pueblo como prioridad”. El SUS, dice el Dr. Leme, debe ser “una bandera de lucha permanente para nuestro pueblo”.

Parte 3: Qué quieren lxs trabajadorxs de la salud

El **Instituto Tricontinental de Investigación Social** estudió las demandas de los sindicatos de trabajadorxs de la salud en todo el mundo y en base a ellas hemos construido una lista. La mayoría de los sindicatos tienen demandas muy amplias, que van más allá de las de su propia profesión. Estas incluyen una transformación social y económica profunda, que proporciona una nueva base a la vida social y que minimiza los peligros para la salud producidos por las relaciones sociales capitalistas. Por ejemplo, la abolición de la condición de sin techo (no de las personas sin techo, como intentan los gobiernos neoliberales) ayudaría a la práctica del distanciamiento físico, pero también mejoraría las condiciones de salud de quienes se ven forzadxs, por falta de dinero, a vivir en la calle.

1. Enfocar inmediatamente la capacidad de todos los servicios de salud, tanto públicos como privados, en el tratamiento de casos graves de covid-19.
2. Proporcionar asistencia especial a las regiones y comunidades que están gravemente afectadas por la pandemia.
3. Reforzar políticas como el aislamiento para frenar la propagación del virus, y establecer las políticas y los subsidios necesarios para que lxs trabajadorxs puedan obedecer la cuarentena sin pasar hambre –incluidxs lxs trabajadorxs informales–,

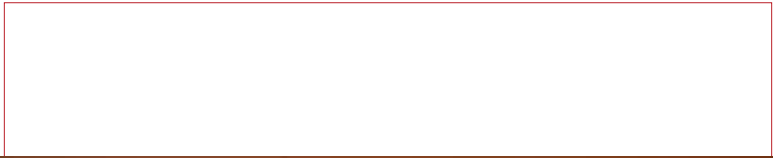
como programas de salario mínimo, renta básica, seguro de desempleo incluso para lxs no contribuyentes, y permitir acceso de emergencia a propiedades sin uso para vivienda de la población sin techo que necesita de aislamiento.

4. Proteger a lxs trabajadorxs proporcionando mascarillas y EPI de alta calidad, así como otros equipos necesarios. Lxs trabajadorxs en primera línea deben ser capacitadxs adecuadamente para enfrentar la enfermedad.
5. Garantizar la identificación adecuada de lxs trabajadorxs de salud que están en la primera línea para que puedan llevar a cabo su trabajo de salud esencial sin enfrentar multas, violencia u otros castigos del Estado en virtud de las órdenes de aislamiento y cuarentena.
6. Aumentar sustancialmente las pruebas de covid-19 para lxs trabajadorxs de salud.
7. Aumentar el equipamiento de hospitales y otros centros médicos, incluidos ventiladores y camas en las unidades de cuidados intensivos.
8. Reconocer que lxs trabajadorxs tienen el derecho de retirarse de su labor si deciden que su trabajo conlleva un riesgo inminente para su salud o su vida (con base en las Convenciones 155 y 187 de la OIT).

9. Desembolsar inmediatamente los recursos para establecer escuelas de capacitación para lxs trabajadorxs de la salud, incluidos médicxs, enfermeras y trabajadorxs de la salud pública.
10. Aumentar los salarios de lxs trabajadorxs de salud y pagarles con frecuencia y regularidad.
11. Lxs trabajadorxs de la salud deben estar cubiertos por los seguros de salud y vida más generosos ya que son los más susceptibles a enfermarse o morir a causa de la enfermedad. Se debe garantizar a todas las personas una atención médica gratuita y universal.
12. Garantizar la inclusión de los sindicatos de trabajadorxs de la salud en los comités que formulan políticas para el sector salud en general y para la crisis de covid-19 en particular, y que tengan voz en la determinación de tales políticas.
13. Canalizar inmediatamente fondos importantes hacia la expansión de los programas de salud pública, incluyendo la atención primaria de salud, y eliminar las políticas de austeridad.
14. Trasladar todo el sector de salud, desde los hospitales hasta las clínicas rurales, desde los fabricantes de equipo médico hasta los fabricantes de productos farmacéuticos, al sector público.

15. Destinar inmediatamente los fondos suficientes para la investigación relacionada con este virus y otros virus similares.
16. Asegurar que las medidas alcanzadas en el periodo de la pandemia se mantengan después de su resolución.





12 de mayo de 2020: enfermeras de una clínica en Sebokeng, Sudáfrica se reúnen para conmemorar el Día Internacional de las Enfermeras.
Ihsaan Haffejee / New Frame





Instituto Tricontinental de Investigación Social
*es una institución promovida por los movimientos,
dedicada a estimular el debate intelectual al servicio de
las aspiraciones del pueblo.*

www.eltricontinental.org

Instituto Tricontinental de Pesquisa Social
*é uma instituição internacional, organizado por
movimentos, com foco em estimular o debate intelectual
para o serviço das aspirações do povo.*

www.otricontinental.org

Tricontinental: Institute for Social Research
*is an international, movement-driven institution
focused on stimulating intellectual debate that serves
people's aspirations.*

www.thetricontinental.org