

Maddalena Fragnito

## Lo esencial no es invisible para los ojos

Versión original en italiano:

<http://www.euronomade.info/?p=13409>

Si lo esencial se hace invisible para nuestros ojos, se debe a decisiones políticas precisas que organizan y determinan nuestras vidas relegando como últimas prioridades todo aquello que tiene que ver con la reproducción y el cuidado de los cuerpos y del entorno. El cuidado siempre ha sido una relación conflictiva entre seres vivos, espacios y tecnologías. Los cuerpos no son *vida desnuda* sino que están vestidos de sexualidad, género, raza, clase social, diversidades funcionales y edad. Unas vestimentas que garantizan o niegan el acceso y el derecho a los mismos cuidados. Hay quienes cuidan y quienes se hacen cuidar, y hay quienes cuidan y no pueden ser cuidad@s.

En estos días, el concepto de "trabajadores esenciales" ha entrado con fuerza en el debate público. Esta nueva centralidad puede ayudar a reiterar cómo todos los trabajos relacionados con el mantenimiento de la vida son condiciones para la existencia y continuidad de toda la sociedad, y también nos puede ayudar a reiterar que son trabajos que siempre han estado atravesados por formas de explotación más o menos visibles; finalmente, nos ayuda a recordar que la privatización (y la plataformización) no han hecho otra cosa que seguir garantizando a unos pocos sujetos la extracción de una inmensa riqueza. Sin embargo, la capacidad de decidir cuáles son los trabajos esenciales es un hecho profundamente político que aún hoy sigue en manos de unos pocos mandatarios.

Así, el debate en torno a los trabajos esenciales continúa mostrándonos un espacio atravesado por injusticias y posibles conflictos políticos. Pero la centralidad e importancia de este tema es más relevante que nunca, no sólo en relación con la gestión de nuevos brotes de contagios, sino más bien como una conexión radical en torno a la cual repensar un presente posible. A través de esa conexión se puede diseñar una "fase 2, 3, 4" en la que el culto al crecimiento infinito sigue siendo incuestionable, pero también puede dejar espacio para la reflexión sobre la justicia, sobre la finitud de los cuerpos y del planeta y sobre nuestras inter-responsabilidades.

Distinguir lo esencial de lo que no lo es, y para quienes lo es o no lo es, surge con frecuencia como la posibilidad de un *después* diferente al *antes*, precisamente porque abre una reflexión sobre la salud y el bienestar de todos y todas, y porque abre un conflicto en torno a la prioridad de la vida humana respecto a la economía.

Cuidar y cuidarse, esto es, la capacidad de mantener viva la vida, se está convirtiendo en un trabajo cada vez más conflictivo: el cuidado es la lucha contra la necropolítica en curso, y la lucha es el cuidado para la redistribución de la vida. No es casualidad que este término también haya entrado con fuerza, y de la peor manera, en el debate público de estos días. Todos los días, de hecho, nuevos expertos en el cuidado nos indican los modelos a implementar para que todo vuelva a ser lo que era antes. Son modelos para cuidar el beneficio de una clase social específica, esquemas para reactivar el pasado sin ninguna reflexión sobre las razones de lo sucedido, ni sobre lo que es esencial, precisamente, en perspectiva. Entonces, por un lado, hay soluciones rápidas impuestas utilizando el fantasma de la crisis económica, por otro hay una pandemia: la acción de una entidad biológica que nos brinda la oportunidad de abrir una reflexión articulada y duradera en torno a las razones de los cuidados.

Este contexto general, o, dicho de otra manera, esta situación que podría analizarse precisamente como un verdadero conflicto entre modelos de cuidados, se ha vuelto a plantear del mismo modo pero desde el punto de vista específico de la atención sanitaria. Basta con pensar en las numerosas voces que se han alzado desde las salas de los hospitales lombardos en estos últimos dos meses.

- 6/3/2020, Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI): "En una situación tan compleja, el médico puede encontrarse en poco tiempo tomando decisiones lacerantes desde un punto de vista ético y clínico: qué pacientes se someten a tratamientos intensivos cuando los recursos no son suficientes para todos".

- 12/3/2020, carta anónima de las limpiadoras del hospital de Bérgamo: "Somos los trabajadores invisibles. Somos quienes nos levantamos a las 5 de la mañana, pero nadie nos ve. De nosotras no queda más rastro que el tramo que limpiamos. Como si no

fuera tan importante. Nosotros también estamos allí".

- 24/3/2020, carta de los médicos de Bérgamo: "Estamos aprendiendo que los hospitales pueden ser los principales vehículos de transmisión de Covid-19, ya que se llenan rápidamente con pacientes infectados que infectan a pacientes no infectados. El sistema de salud regional en sí mismo contribuye a la propagación del contagio, ya que las ambulancias y los trabajadores sanitarios se convierten rápidamente en portadores. Los trabajadores sanitarios son portadores asintomáticos de la enfermedad o enfermos sin ningún seguimiento".

- 18/4/2020, 100.000 médicos escriben al ministro [de Salud] Speranza: "Lo solicitamos, independientemente de las alineaciones políticas y/o las posiciones sindicales, lo solicitamos como médicos que quieren y exigen desempeñar su papel de manera activa y de la mejor manera, haciendo una contribución a la comunidad en interés de todos".

Ante todo, estas palabras desenmascaran la propaganda realizada por la mayoría de centroderecha que dirige la Junta Regional de Lombardía, poniendo de relieve la evidente fragilidad, de gestión y organizativa, del modelo de atención adoptado por Lombardía durante la emergencia sanitaria causada por el coronavirus. Un modelo que, inserto en un contexto institucional según el cual las regiones planifican y gestionan la asistencia sanitaria de forma autónoma, ha dado lugar a un resultado difícil de ocultar: el "motor industrial" de Italia es el área más afectada por Covid-19 a nivel europeo, con más de diez mil víctimas y decenas de miles de personas infectadas. La gravedad de los casos tratados en Lombardía fue empeorando, elevando el número de muertes a aproximadamente cinco veces más que el promedio nacional, mientras que el personal sanitario se encontró luchando contra la infección con enormes riesgos y sacrificios personales. Entre los aproximadamente 21.000 trabajadores

sanitarios que dieron positivo para SARS-COV-2 (66% mujeres) la tasa de infección en Lombardía multiplica por 19,1 el promedio nacional. De las más de 185 muertes entre el personal médico italiano, más de 90 murieron en Lombardía. Más que un "modelo", Lombardía se ha convertido en caso de estudio y en ejemplo a evitar para cualquier otro sistema sanitario.

Además, estas palabras representan una fuerte denuncia de la gestión de la crisis sanitaria y de los actuales límites infraestructurales y organizativos de la sanidad regional. Las dificultades reveladas muestran que la atención médica en Lombardía es un buen ejemplo de lo que se define como "crisis de los cuidados", es decir, del modelo neoliberal de privatización de los servicios dirigidos a las personas, que, en particular en los últimos 30 años, se ha basado sobre la erosión de la financiación pública y de la idea misma de una sanidad accesible y democrática. Son palabras que nos llevan a reflexionar sobre el hecho de que la privatización de la atención médica significó transformar el derecho a la salud en mercancía, en un estilo de vida que podemos pagar o no podemos, y la reducción de las inversiones y del compromiso con la prevención, esto es, la práctica en torno a la cual se estableció el Servicio Nacional de Salud en 1978 [1]. No podemos olvidar que la historia del nacimiento de la Reforma sanitaria comenzó con la Resistencia (propuesta del Comité de Liberación Nacional Alta Italia, 1944) y atravesó el movimiento obrero y social de los años 70. Una historia que condujo al establecimiento de servicios y estructuras para la salud de ciudadanas y ciudadanos, como la prevención laboral, la salud de las mujeres, la higiene pública y ambiental, la salud mental, la atención a las drogodependencias y la pediatría. Sin embargo, en 1997 Lombardía realizó un cambio sustancial, siguiendo un modelo diseñado para facilitar la penetración del sistema privado en el sistema regional de salud. "Bajo la presidencia de Formigoni, la Junta de

Lombardía se inspiró en la reforma iniciada unos años antes en el Reino Unido: decidió separar las funciones que antes estaban integradas, para poder asignárselas cada vez más al sector privado. Desde entonces, el gobierno regional comenzó a programar y, sobre todo, a comprar servicios tanto de las estructuras públicas lombardas (transformadas en 'empresas' gestionadas con un método cada vez más gerencial y definidas como 'autónomas' de manera inadecuada) como de las empresas privadas, que obviamente entraron en el mercado orientándose hacia la búsqueda de ganancias", dice Maria Elisa Sartor, profesora contratada en el Departamento de Ciencias Clínicas y Comunitarias de la Universidad de Milán. Es precisamente este proceso el que condujo al desmantelamiento gradual de la medicina social, o del servicio territorial de inspección de síntomas difusos y causas comunes.

Finalmente, estas palabras sugieren otras posibles estrategias de cuidados para enfrentar la crisis. Son soluciones que demuestran cómo se derrumba el modelo de atención neoliberal cuando la salud-mercancía se vuelve más cara que el margen de beneficio, lo que ha sucedido durante estos meses. Los grandes hospitales privados, de hecho, construidos como catedrales en el desierto, no pueden manejar una emergencia sanitaria, porque la medicina extraordinaria, la que tiene el menor margen de beneficio, es, en su mayor parte, competencia del servicio público. Por lo tanto, se hacen evidentes los límites del sistema de salud actual: el sistema público, degradado a lo largo de años por los recortes en financiación y en trabajadores; el sector privado, atento exclusivamente al uso de la enfermedad y de los servicios de salud y farmacéuticos con fines de lucro. Esto explica la ineficiencia de un servicio de salud mixto como el de Lombardía, basado en la hospitalización y en la ideología de que "competir es mejor que cooperar". En este sentido, otra indicación que surge de estas denuncias es la necesidad de

un enfoque de la atención basado ya no en la centralidad de la persona sino en la comunidad. Un cambio de perspectiva que requiere grandes inversiones en salud pública y en el estudio de las epidemias.

A pesar de todo lo que ha sucedido, lo más preocupante es lo que no ha ocurrido. Las condiciones creadas por la pandemia nos muestran cómo los trabajadores sanitarios han manejado la emergencia sin ser escuchados, tratados como si fueran más sacrificables que esenciales. Una falta que llevó a abrir la "fase 2" sin pensar en los errores cometidos y sin ningún cambio de rumbo, como, por ejemplo, habría sido una reactivación rápida y estructural de la medicina territorial: la única herramienta posible para atravesar la pandemia gracias a la realización de test, al seguimiento de la traza de contagios y a un sistema de atención domiciliaria, sin limitarse exclusivamente a las restricciones y las responsabilidades individuales.

La campaña #OraACasaRestateciVoi nació precisamente de la necesidad de tomar en serio los numerosos comunicados de prensa escritos por las diferentes categorías de trabajadores sanitarios en Lombardía. Una recopilación de datos y testimonios que intenta señalar los errores cometidos por los mandatarios de la región de Lombardía y que solicita la renuncia inmediata de estos. La campaña también exige un cambio profundo de rumbo. Según lo sugerido por la Medicina Democrática en el lanzamiento de una nueva coordinación nacional, de hecho es necesario "retomar el hilo de una prevención que comienza desde el territorio como sistema unitario e integral de ambiente saludable, de lugares de trabajo seguros y de condiciones de vida adecuadas en todas partes". Para el Movimiento de Lucha por la Salud, nacido en 1978, la reapertura de las empresas debe coincidir con la adopción de una organización laboral, a partir de la reducción de jornada, para perseguir el bienestar de trabajadoras y trabajadores.

Y en esto, para salir de una emergencia

estructural, la urgencia viene determinada por nuestra capacidad, hoy, de decidir qué es esencial, qué no lo es y para quién.

### Notas

1. "A pesar de sus límites y contradicciones, la ley 833, sobre las instituciones del sistema sanitario nacional, puede permitir la creación de un sistema basado en el enfoque preventivo, también con respecto a la atención y rehabilitación, capaz de autorregularse en cuanto a la investigación, al conocimiento, al control, a la eliminación de los riesgos y daños más graves y generalizados que afectan a los trabajadores y la población. Para comenzar este proceso de reemplazo progresivo del antiguo sistema de salud basado en el enfoque individualizado y privatizado de la enfermedad, compuesto por solicitudes de intervención dispersas e incontrolables, tanto en lo que respecta a la efectividad de las intervenciones en sí como en cuanto al gasto, por un sistema basado en la programación, prevención y participación, se necesita una gran movilización y una gran iniciativa popular y de masas... La Federación CGIL-CISL-UIL asume y llena el vacío legislativo de las estructuras participativas, poniendo en marcha, de cara a la solución del problema científico de la individuación, el control y la eliminación participativa de riesgos y daños, comités de participación como primer espacio de encuentro en el territorio de las Unidades Sanitarias Locales de todos aquellos que tienen experiencia en la lucha contra la nocividad en los lugares de vida y trabajo" (Federación CGIL-CISL-UIL nacional - Conferencia de Ariccia 27/28 de febrero de 1979).