

# Coraje moral y (micro)-resistencia, «nuevas» competencias de los profesionales de salud para la lucha contra la desigualdad

Cristina Moreno Mulet\*

Departamento de Enfermería y Fisioterapia.  
Universidad de las Islas Baleares  
[cristina.moreno@uib.es](mailto:cristina.moreno@uib.es)

## Moral Courage and (Micro)-Resistance, «New» Competences of Health Professionals for the Fight against Inequality

ISSN 1989-7022

**RESUMEN:** El objetivo de este artículo es defender que el coraje moral y la (micro)-resistencia se constituyen como competencias éticas imprescindibles de los profesionales de salud en el actual sistema sanitario público español. Para fundamentar mi propuesta, fruto de los resultados de mi investigación doctoral, reviso, en primer lugar, la situación del sistema sanitario después de los recortes de los últimos años. En segundo lugar, describo brevemente los nuevos conflictos éticos derivados de la implantación del RD 16/2012 (copago farmacéutico y falta de atención a las personas en situación administrativa irregular) y relato las actitudes de los profesionales de salud ante estos conflictos. En tercer lugar, enmarco teóricamente el fenómeno investigado desde la obra de Michel Foucault concretamente desde el concepto de resistencia. Por último, narro las acciones, especialmente de resistencia, que han realizado médicos y enfermeras, destacando la creación de bancos de medicamentos y circuitos clandestinos de atención.

**ABSTRACT:** The aim of this paper is to defend that moral courage and (micro)-resistance constitute essential ethical skills of health professionals in the current Spanish health public system. First of all, I explain the situation of the health system after cuts in health budget. Secondly, I describe the new ethical conflicts arising from the implementation of RD 16/2012 (pharmaceutical co-payment and lack of attention for undocumented migrants) and report the attitudes of health professionals has to face with these conflicts. To explore this phenomenon, Michel Foucault's theoretical framework was used in this research, especially concepts such as resistance. Finally, I narrate the actions, especially resistance's actions, which physicians and nurses have done, for example creation of drug banks and clandestine care circuits.

**PALABRAS CLAVE:** Foucault, resistencia ética, recortes en salud, coraje moral, bioética

**KEYWORDS:** Foucault, actions of resistance, health cuts, moral courage, bioethics

### 1. Introducción

Vivimos tiempos de (nuevas) injusticias y (viejas) desigualdades en salud que, en mi opinión, precisan la re-actualización de algunas competencias de los profesionales, especialmente las derivadas del compromiso ético.

En consecuencia, la tesis que orienta este artículo es la defensa del coraje moral y la (micro)-resistencia como competencias imprescindibles de los profesionales sanitarios en el actual sistema de carácter neoliberal.

Para fundamentar mi propuesta, voy a basarme en cuatro aspectos que resultan claves para comprender la presencia de la resistencia y que emergen de los resultados de mi tesis doctoral (Moreno-Mulet, 2016):

1. En primer lugar, me referiré al contexto socioeconómico y sanitario en el Estado Español, especialmente después de la aprobación del RD 16/2012<sup>1</sup>.

Moreno Mulet, Cristina: "Coraje moral y (micro)-resistencia, «nuevas» competencias de los profesionales de salud para la lucha contra la desigualdad", en Delgado Rodríguez, Janet: Vulnerabilidad, justicia y salud global. ILEMATA, Revista Internacional de Éticas Aplicadas, n.º 26, 143-155

\* Miembro del Grupo de Investigación Crítica en Salud (GICS-IUNICS). <http://gics.uib.es/>



Received: 15/10/2017  
Accepted: 02/11/2017

2. En segundo lugar, presentaré un resumen de la tipología de conflictos que recoge la bibliografía, así como las actitudes con las que se enfrentan los profesionales a estos conflictos para después compararlos con los hallazgos de mi trabajo.
3. En tercer lugar, esbozaré, de forma breve, algunos elementos claves de la resistencia como concepto ético-político desde la obra de Michel Foucault.
4. En cuarto lugar, explicaré algunas de las acciones de resistencia realizadas por los profesionales entrevistados en el marco de mi tesis doctoral ante las inequidades y la exclusión sanitaria provocadas por el RD 16/2012.

Concluiré esta reflexión, con algunas propuestas para implementar la resistencia como competencia de los profesionales de salud en diferentes ámbitos tales como la gestión, la asistencia o la docencia.

### 1. El antes y el después del RD 16/2012

Ha pasado un lustro desde la aprobación del RD 16/2012, sin embargo, hace ya aproximadamente dos décadas que algunos autores denunciaban que la estrategia del neoliberalismo en salud tiene como objetivo aniquilar el derecho a la salud y convertirlo en un bien de consumo (Huertas, 1998). Para ello, el programa ideológico neoliberal se articula en torno a tres discursos:

1. En primer lugar, culpabiliza a las personas pobres y a las personas en situación administrativa irregular de aprovecharse del sistema público de salud y de consumir recursos del mismo (Stuckler y McKee, 2012).
2. En segundo lugar, el neoliberalismo impregna el imaginario social generando dudas sobre la eficiencia del sistema público de salud<sup>2</sup> (Chapman 2009; Malmusi, Borrell, y Benach 2010; McKee et al. 2012; Minué-Lorenzo y García 2012; Minué-Lorenzo, García Gutiérrez, y Mercader-Casas 2012; Ruckert y Labonté 2012; De Vogli 2013).
3. Una vez admitida la premisa de la ineficiencia del sistema público de salud, se precisan generar alianzas con los servicios sanitarios privados (Minué-Lorenzo y García, 2012).

Estos falsos discursos son visibilizados y denunciados por diferentes autores y autoras, entre ellos se encuentran Vicenç Navarro (2012) y Naomi Klein (2012), cuando argumentan que la crisis económica que ha azotado Europa y España en los últimos ocho años, ha sido la excusa perfecta y el catalizador para que el neoliberalismo realizase reformas estructurales en los sistemas de salud de estos países y se hayan recortado los presupuestos públicos destinados al sistema sanitario. Esta crítica a la privatización de los servicios de salud tam-

bién emerge de las entrevistas realizadas entre profesionales de Mallorca cuando afirman (Moreno-Mulet, 2016):

*“Se han puesto a recortar de donde era más fácil y a los más débiles” (Enfermera 5)*

*“Yo creo que es un problema ideológico y político además del problema económico que pueda haber” (Médico 6)*

Sin embargo, la percepción del actual sistema sanitario contrasta con la del anterior sistema, previo a la aprobación del RD 16/2012, que se caracterizaba por su acceso universal y por preservar el derecho a la atención sanitaria de la población residente en España independientemente de su situación administrativa (Minué-Lorenzo y García, 2012). Estas enfermeras recuerdan el carácter universal del sistema sanitario y su anterior despreocupación sobre la cantidad de ingresos económicos de los pacientes (Moreno-Mulet, 2016):

*“Hemos pasado de un sistema sanitario universal, en el que no estábamos mirando de dónde venía aquella persona ni lo que tenía, a un sistema sanitario en el que estamos mirando lo que tiene esa persona” (Enfermera 5)*

Los cambios autonómicos derivados de la implantación del RD 16/2012 (Cimas et al., 2016; Vázquez et al., 2016) han expuesto a los profesionales de Mallorca a nuevas situaciones, especialmente las relacionadas con el copago farmacéutico y la exclusión de las personas en situación administrativa irregular (Moreno-Mulet, 2016):

*“Luego la dificultad, lo que hablamos, si no hay tarjeta no se puede recetar. Si no hay tarjeta no se puede derivar al especialista. Si no hay tarjeta no pueden hacer segundas consultas” (Enfermero 6)*

«- ‘Es que he dejado de tomar las pastillas del colesterol’

- ‘¿Cómo que has dejado de tomar las pastillas?’

- ‘Es que no las puedo pagar’ ” (Médica 3)

Fruto de estas situaciones de exclusión, han surgido nuevos conflictos éticos a los que los profesionales se enfrentan con actitudes diversas. En el siguiente apartado se presenta un breve resumen sobre estos dos aspectos.

## **2. El coraje moral, una forma de abordar los conflictos en salud ante la injusticia del RD 16/2012**

De forma general, los conflictos éticos sanitarios se pueden dividir en tres grandes grupos. En primer lugar, destacan aquellos problemas que se derivan de la relación de los profesionales con las personas usuarias del sistema de salud (Aitamaa et al., 2010; Altisent, 2010b; Källemark et al., 2004; Mccarthy & Deady, 2008; Peter & Liaschenko, 2003). Principalmente, los profesionales en Estados Unidos describen conflictos vinculados al dilema vinculado a la mejora del acceso de los colectivos excluidos (Ulrich et al. 2006).

En España, concretamente en Mallorca, el RD 16/2012 ha colocado a los profesionales de Atención Primaria ante nuevos conflictos éticos, muy especialmente cuando deben decidir sobre la naturaleza urgente de la demanda de atención de las personas sin tarjeta sanitaria (Moreno-Mulet, 2016):

*“Si uno tiene una subida de azúcar, ¿es una urgencia? ¿Sí? ¿No? O una subida de tensión, ¿es una urgencia? ¿No? ¿Sí? (...) ¿Cuándo tiene un coma diabético? (...) ¿dónde entra la urgencia? (...) ¿Cuándo empieza la urgencia?” (Médico 1)*

Además, han aparecido conflictos porque no todos los profesionales quieren atender ilegalmente a los usuarios:

«Escoges a aquella persona que sabes que no tendrá conflicto (...) a alguien se lo pides y a alguien no se lo pides» (Médico 1)

Al mismo tiempo, aparecen nuevas dificultades entre los profesionales sanitarios y el servicio de admisión. Algunos médicos y enfermeras consideran a los servicios de admisión como una barrera o un muro para el acceso de las personas sin tarjeta sanitaria:

*“Y entonces con los de admisión, en mi centro por ejemplo sí que se habló en el sentido de que bueno, que si había que verlo y luego ya decidíamos nosotros si lo que se le daba, lo que no, y si se le atendía o si no” (Enfermera 5)*

Las formas de afrontar estos nuevos escenarios son diversas. En términos generales, los hallazgos de la bibliografía relativos a las actitudes de los profesionales se pueden clasificar en: ceguera moral, estrés o angustia moral y certeza o coraje moral. De forma breve, estos conceptos hacen referencia a los siguientes contextos:

- 1) Se define como **ceguera moral** al estado temporal durante el que una persona es incapaz de identificar un problema ético al atribuirle, únicamente, las características de un dilema de gestión o clínico (Choe, Song, y Jung, 2012; Palazzo, Krings, y Hoffrage, 2012).
- 2) El concepto de **estrés moral** hace referencia al sufrimiento de una persona cuando conoce la acción éticamente apropiada que debe ejecutar pero es incapaz de realizarla debido a barreras de carácter interno o externo (Lütznén et al., 2003, 2010; Lütznén y Kvist, 2012).
- 3) Por último, destaca el término **coraje moral** que Lachman (2007) define como el valor moral que genera en el individuo la capacidad de superar el miedo y defender sus valores fundamentales.

A modo de ejemplo, un médico confiesa que empero las acciones que emprende para mitigar el impacto del RD 16/2012, a veces, precisa desentenderse de la realidad y descansar de la visión continua de la injusticia:

*“Sí..., lo piensas..., buf!, lo menos posible, porque si no..., recoges y te vas. ¿Vale?” (Médico 1)*

Otros profesionales, en ocasiones, sienten estrés moral y cansancio ante la impotencia de no poder cumplir con las acciones que consideran adecuadas:

*“La primera impresión es vergüenza y pena y tristeza y... impotencia” (Enfermera 2)*

«Lo que frustra es no poder hacer lo que creo conveniente que debería hacer con este paciente” (Médica 2)

Por último, algunos profesionales consideran que a pesar de la impotencia percibida siguen enfrentándose a las órdenes que les han impuesto desde el Gobierno:

*“Pero si tengo que atender a una persona que no tiene Seguridad Social, la atenderé igual. Pueden cantar misa en este aspecto” (Enfermera 3)*

Esta actitud de coraje moral provoca que muchos profesionales realicen acciones de resistencia en contra del RD 16/2012 (Moreno-Mulet, 2016). Por tal motivo, en el siguiente apartado se presenta un resumen con los elementos teóricos claves del concepto en la obra de Michel Foucault que nos pueden ayudar a analizar el fenómeno de la resistencia en la práctica diaria del sistema sanitario.

### **3. Resistencia en la obra de Michel Foucault, entramado conceptual para comprender las acciones de resistencia de los profesionales de salud**

La relación entre poder y resistencia es clave en la genealogía de Foucault y permite disponer de un marco teórico para el análisis de las acciones de resistencia de los profesionales de salud ante el RD 16/2012.

El profesor del *Collège* explica que “cada lucha se desarrolla alrededor de un centro particular de poder”, en cualquier lugar de trabajo, en cualquier familia, etc. Denunciar lo que sucede en estos núcleos es la primera inversión del poder (Foucault, 1979, 84). De esta forma, Foucault defiende a los médicos de las prisiones que denuncian las condiciones de los presos y los presenta como ejemplos de lucha porque “confiscan, un instante al menos, el poder de hablar” (Foucault, 1979).

De esta manera, Foucault defiende que no existen relaciones de poder sin resistencias y que estas son más reales y más eficaces cuando se forman en el mismo contexto donde se ejercen las relaciones de poder. De alguna forma, se puede intuir que si existe una microfísica del poder también existe una microfísica de la resistencia (Pickett, 1996).

De forma especial, en sus clases de 1978 expone las características de la resistencia y las luchas asociadas a esta con los argumentos siguientes (Foucault, 2013b, 789):

En primer lugar, Foucault reconoce que su preocupación es por aquellos juegos de poder

“más limitados y humildes” en detrimento de aquellos que hacen referencia al “gran juego del Estado con los ciudadanos”. Según Foucault (2013b, 793), no todas las luchas contra el poder se articulan en formas de revolución, ni todas intentan “la liberación, la desaparición de las clases o la disolución del Estado”. A él le interesan otras luchas menos visibles porque hacen referencia a “la trama de la vida cotidiana” de las personas. Esta situación la cataloga como una nueva característica de las luchas actuales. Para ejemplificar esto describe el posicionamiento de algunos funcionarios de prisiones que se niegan a llevar a cabo determinadas prácticas. Foucault relata el testimonio de estos trabajadores cuando, sin dar su brazo a torcer, afirman: “No seremos nosotros quienes tiremos piedras contra nuestro propio tejado; no queremos participar en el juego del sistema penal” (Foucault, 2013b).

En segundo lugar, expone que estos nuevos fenómenos son “difusos y descentrados” pero nunca autónomos. Estas reivindicaciones enuncian problemas concretos, en lugares determinados y en situaciones determinadas, de forma que los comportamientos derivados consiguen irradiarse rápidamente e implicar a diferentes personas que, en un primer momento, puede ser que no compartiesen el análisis de la situación (Foucault, 1979, 84). Según Foucault (2013a, 861), la resistencia puede darse: “En un solo hombre, un grupo, una minoría o un pueblo entero pero siempre se dan en ejercicio de la libertad”.

En ocasiones, las luchas se pueden diluir y las personas vuelven a obedecer y, en otras, se pueden constituir como grupos fuertes de resistencia que promueven el rechazo o la revuelta. Foucault (2008, 202) explica que, debido al carácter descentrado de estas luchas, estas pueden aparecer –aunque no lo hacen así siempre–, independientes de los regímenes políticos, económicos o sociales que las sustentan.

La tercera característica de estas nuevas formas de luchas de poder o resistencias es que se oponen a la realización de ciertas acciones cuyo ejercicio resulta insoportable para el individuo al que se las imponen. La resistencia, en este caso, se dirige en oposición frontal a un poder que se considera arbitrario, sea de la forma que sea, que ha sido decidido desde arriba y no por los sujetos que ejecutan la acción. Foucault (2008) define esta situación como un ejemplo de “una inversión violenta del poder”. En relación a esta idea es interesante la defensa que realiza de la lucha de algunos psiquiatras en contra de las normas y funcionamiento de los hospitales mentales, atribuyendo esta responsabilidad a los profesionales y cuestionando si los enfermos, en esas circunstancias, pueden asumir un rol de auto-liberación o necesitan la ayuda de los sanitarios.

Por último, estas luchas tienen la condición de inmediatez. Esta característica se define en dos sentidos: por un lado, al concernir a las instancias de poder más próximas, es decir, a las acciones ejercidas directamente por los individuos; y, por otra, porque no se encuentran

dirigidas a la ruptura con el Estado o a la solución del problema originario. Por tanto, no son revolucionarias, en sentido clásico, porque no atentan de forma directa contra las estructuras del poder aunque intentan desestabilizarlo pero tampoco son de carácter reformista ya que no intentan mantener el sistema de poder. Foucault (2013b, 794) las cataloga como anárquicas ya que “se inscriben en el seno de una historia que es inmediata, que se acepta y se reconoce como indefinidamente abierta”.

Así pues, tras este breve resumen, considero relevante la idea de Foucault “donde hay poder, hay resistencia”, como representación que rompe con el discurso de la lucha “revolucionaria clásica” y facilita la emergencia de la conducta del sujeto, –en este caso del profesional de salud–, como elemento que conecta su eje político y su eje ético en su día a día profesional.

#### **4. La micro-resistencia de los profesionales de salud, la respuesta desde el coraje moral**

En este apartado, describiré de forma breve, en base a la bibliografía y los resultados de mi investigación las acciones que los profesionales suelen llevar a cabo cuando se enfrentan a determinadas situaciones clínicas de carácter complejo o a determinados conflictos éticos, los factores que intervienen y el impacto percibido por parte de los profesionales sobre sus actuaciones.

*Grosso modo*, las acciones (descritas en la bibliografía consultada) realizadas ante los dilemas morales, se pueden clasificar en acciones de inhibición (derivan de la ceguera y el estrés moral) y acciones de resistencia o de lucha, las cuales paradójicamente también son consecuencia del estrés o del coraje moral.

Las acciones de inhibición son descritas como respuestas al sufrimiento moral de los profesionales en las cuales se produce una evitación de los problemas, limitando, al mínimo posible, el contacto con los usuarios (Devos Barlem et al. 2013). En general, se produce una actitud inmovilista, conformista y resignada hacia las situaciones problemáticas y estas son aceptadas y naturalizadas (Varcoe et al. 2012).

Por el contrario, la indignación, el coraje y el estrés moral pueden actuar como resortes para abrir el campo de la reflexión y el diálogo propiciando, en determinadas situaciones, acciones de lucha, subversión o quebrantamiento de las normas (Collins 2012; Hutchinson 1990; Lunardi et al. 2009; Peter y Liaschenko 2013). Algunas autoras, que enmarcan teóricamente sus trabajos en el pensamiento de Foucault, le asignan el nombre de prácticas o acciones de resistencia (Devos Barlem et al. 2013; Liaschenko y Peter 2004; Miró-Bonet et al. 2014).

Complementando los hallazgos de la bibliografía, en el marco de mi investigación he podi-

do identificar acciones de inhibición y de resistencia y, en paralelo, algunos factores que influyen en los profesionales para intervenir o abstenerse de hacerlo ante las desigualdades e injusticias que observan en los centros de salud después de la aparición del RD 16/2012.

Entre las acciones secretas, –realizadas dentro de los centros de salud–, destacan la creación de bancos de medicamentos o productos sanitarios con la intención de minimizar el impacto del copago farmacéutico y la creación de circuitos alternativos, puertas traseras y tácticas para evadir los mecanismos de control y atender a las personas sin tarjeta sanitaria.

En relación a la creación de bancos de medicamentos y productos, los profesionales revelan:

*“Yo ahora voy a las casas cuando se muere alguien y recojo los pañales para poder repartir” (Enfermera 2)*

*“Y entonces hemos hecho un banco de medicamentos, que los pacientes nos traen medicamentos que les han sobrado de tratamientos” (Enfermera 5)*

Por otra parte, mediante los circuitos alternativos de atención, atienden a las personas de urgencias o citándoles directamente en sus propias consultas, evadiendo la intervención de los servicios de admisión:

*“Sí que lo pasas como urgencia, aunque no sea muy urgencia” (Enfermera 5)*

*“Actúas un poco fuera de la Ley, a escondidas, pero es por la vida de la persona” (Enfermera 7)*

Además, muchos médicos hacen recetas “en papel” a las personas sin tarjeta sanitaria. De esta forma, las personas excluidas por el RD 16/2012 pueden adquirir los fármacos, aunque sin derecho al descuento en el precio que supone disponer de la tarjeta sanitaria:

*“Y entonces hacemos las recetas en papel. No la puedo hacer electrónica porque la tarjeta no les sirve en la farmacia, pero la podemos hacer en papel, Y así lo hacemos” (Médico 5)*

Fuera de los centros de salud, en un formato de resistencia “pública”, algunos profesionales han optado por declararse objetores de conciencia del RD 16/2012 y denunciar ante instancias superiores las injusticias de las que son testigos cada día en los centros:

*“Sí, hice el registro. Hice el registro, no sé si lo hice en la SEMFiC o en el Colegio de Enfermería, no me acuerdo, porque lo hice al principio de todo, y creo que los primeros que dieron la opción fueron los de la SEMFiC?” (Enfermera 7)*

*“Y cada vez era coger el teléfono y protestar y protestar. Y así se logró hacer estos cambios.” (Enfermera 7)*

Por otra parte, algunos profesionales están implicados en diferentes asociaciones u organizaciones profesionales, así como ONGs con las que colaboran para atender a las personas sin tarjeta sanitaria:

«Yo soy de la Sociedad Balear de Enfermería Comunitaria, esto lo hemos discutido en algún momento, y



hemos hecho posicionamientos en contra» (Enfermera 2)

«La situación es complicada también tenemos comunicación con Médicos del Mundo»(Enfermera 7)

*“Evidentemente yo, por ejemplo, conozco amigos míos que se han apuntado a ONGs para cubrir.” (Médico 1)*

Las acciones descritas, públicas y privadas, se relacionan con determinados factores que determinan su aparición o su inhibición. Así, estos factores se pueden clasificar en dos grupos: catalizadores o barreras de la resistencia.

Entre las barreras, destacan la falta de comunicación y la falta de liderazgo desde los equipos directivos de algunos centros:

*“Que el equipo directivo se hubiera posicionado y hubiera dicho: ‘A ver, aquí no se puede aplicar de la misma manera que en otros lugares, por lo tanto, ¿cuál es la posición como equipo?’ (Enfermera 7)*

Por el contrario, la capacidad de realizar contraconductas parece que se relaciona con la capacidad de analizar críticamente la situación de algunos profesionales:

*“Antes no me planteaba nunca, no me planteaba nunca lo que debía..., (...) A partir de esto me posicioné a que no dudaría en ningún momento de atender a las personas” (Enfermera 7)*

Por otro lado, la red de solidaridad de los bancos de medicamentos y productos tiene como proveedores a los usuarios, pacientes y familiares, que acuden a los centros a donar aquello que ya no necesitan:

*“Pero yo creo que si alguien nos ha dado un ejemplo de... son los pacientes” (Enfermero 6)*

Para finalizar este apartado, dedicado a las acciones de resistencia, cabe destacar que los profesionales entrevistados valoran las alianzas creadas entre profesionales y usuarios. También destacan que han mejorado las relaciones entre profesionales que han optado por desobedecer la ley y han constituido una red de resistencia ética ante el RD 16/2012.

*“En este centro, sí que otros profesionales lo hacen, médicos y..., sé más de la médico con la que yo trabajo. Sí. Se puede hacer.” (Enfermera 1)*

*“Tengo una enfermera que es una maravilla y trabajamos mucho juntas de microequipo.” (Médica 5)*

## 5. Propuestas para el desarrollo de la resistencia ética

Fruto de los resultados expuestos emergen una serie de propuestas que pueden abrir nuevos caminos para el fomento del coraje moral y las acciones de resistencia de los profesionales de salud. A modo de resumen, destaco las siguientes:

En primer lugar, en estos tiempos en que la filosofía en España se encuentra herida de muerte por las políticas del Partido Popular, resulta imprescindible defender la educación cívica en valores como elemento fundamental para el desarrollo de la capacidad reflexiva

y crítica del conjunto de la ciudadanía y, de forma especial, de los profesionales de salud.

En este sentido, la posibilidad de comprender el pensamiento de Michel Foucault como una caja de herramientas permite re-interpretar las acciones gubernamentales y denunciar los agravios al derecho a la salud. Así pues, su obra, enmarcada en la Teoría Crítica, es crucial para desenmascarar la xenofobia de determinadas políticas de salud y el *racismo de Estado*<sup>3</sup> que encierran.

Desde esta argumentación, la desobediencia de los profesionales frente al RD 16/2012 no solo ha estado justificada sino que se ha convertido en un imperativo ético ante la injusticia. Al igual que Patricia Orejudo (2013) o Rosamaría Alberdi (2013), defiende que realizar una acción que impida al Estado cometer crímenes es totalmente justo.

Por otra parte, después de un lustro de la aprobación del RD 16/2012 sigo defendiendo su derogación y el retorno a una sanidad pública y universal desde un marco de “ciudadanía sanitaria” que elimine todos los copagos y las exclusiones en la atención.

Por último, en el ámbito de la docencia universitaria, especialmente en las ciencias de la salud, considero que la obra de Michel Foucault ofrece la posibilidad de incluir la ética crítica y la resistencia en los currículos de Grado de forma que la reflexión sobre estos conceptos pueda ayudar a los estudiantes a identificar formas de conducta y problematizar la práctica clínica diaria, permitiéndoles ir más allá de los análisis clásicos de la bioética para explorar nuevas propuestas de construcciones éticas individuales o colectivas y así, en un futuro, mejorar las organizaciones de salud.

## Agradecimientos

Agradezco a los profesionales entrevistados en el transcurso de mi investigación su tiempo, su coraje y su valentía.

---

## Bibliografía

- Aitamaa, Elina, Helena Leino-Kilpi, Pauli Puukka, y Riitta Suhonen. (2010): «Ethical problems in nursing management: The role of codes of ethics». *Nursing ethics* 17(4), 469-82.
- Alberdi, Rosamaría, y Núria Cuxart. (2013): «Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del Servicio Nacional de Salud». *Metas de Enfermería* 16(10), 21-27.
- Altisent, Rogelio. (2010): «La bioética más allá de los dilemas». *Atención Primaria* 42(8), 406-12.
- Berlinger, Nancy, y Rajeev Raghavan. (2013): «The Ethics of Advocacy for Undocumented Patients». *Hastings*

- Center Report* 43(1), 14-17.
- Butz, Arlene M, Barbara Redman, y Sara T Fry. (1998): «Ethical conflicts experienced by certified pediatric nurse practitioners in ambulatory Settings». *Journal of pediatric health care* 12(4), 183-90.
- Chapman, Audrey R. (2009): «Globalization, human rights, and the social determinants of health». *Bioethics* 23(2), 97-111.
- Choe, Kwisoon, Eun Ju Song, y Chun Hwa Jung. (2012): «Ethical Problems Experienced by Psychiatric Nurses in Korea». *Archives of Psychiatric Nursing* 26(6), 495-502.
- Cimas, Marta et al. (2016): «Healthcare coverage for undocumented migrants in Spain: Regional differences after Royal Decree Law 16/2012». *Health Policy* 120(4), 384-95.
- Collins, Suzanne E. (2012): «Rule bending by nurses: Environmental and personal drivers». *Journal of Nursing Law* 15(1), 14-27.
- Devos Barlem, Edison L et al. (2013): «Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance.» *Revista latino-americana de enfermagem* 21(1), 293-99.
- Foucault, Michel. (1979): «Los intelectuales y el poder». En *Microfísica del poder*, Madrid: La Piqueta, 77-86.
- . (2008): *Seguridad, territorio, población: curso del Collège de France (1977-1978)*. Madrid: Akal.
- . (2013a): «¿Es inútil sublevarse?» En *Obras esenciales. III. Estética, ética y hermenéutica*, ed. Ángel Gabi-londo. Barcelona: Magnum, 861-65.
- . (2013b): «La filosofía analítica de la política». En *Obras esenciales. III. Estética, ética y hermenéutica*, Barcelona: Magnum, 783-97.
- Huertas, Rafael. (1998): *Neoliberalismo y políticas de salud*. El viejo topo.
- Hutchinson, Sally. (1990): «Responsible subversion: a study of rule-bending among nurses». *Scholarly inquiry for nursing practice: An International Journal* 4(1), 3-17.
- Källemark, Sofia et al. (2004): «Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system». *Social science & medicine* 58(6), 1075-84.
- Klein, Naomi. (2012): *La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre*. Barcelona: Paidós.
- Lachman, Vicki D. (2007): «Moral courage: a virtue in need of development?» *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses* 16(2), 131-33.
- Lerch, Valeria et al. (2009): «Moral distress and the ethical dimension in nursing work». *Revista brasileira de enfermagem* 62(4), 599-603.
- Liaschenko, Joan, y Elizabeth Peter. (2004): «Nursing ethics and conceptualizations of nursing: profession, practice and work». *Journal of advanced nursing* 46(5), 488-95.
- Lützén, Kim, Tammy Blom, B Ewalds-Kvist, y Sarah Winch. (2010): «Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals.» *Nursing ethics* 17(2), 213-24.
- Lützén, Kim, Agneta Cronqvist, Annabella Magnusson, y Lars Andersson. (2003): «Moral stress: synthesis of a concept». *Nursing Ethics* 10(3), 312-22.
- Lützén, Kim, y Beatrice Ewalds Kvist. (2012): «Moral distress: A comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts». *HEC Forum* 24(1), 13-25.
- Malmusi, Davide, Carme Borrell, y Joan Benach. (2010): «Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin.» *Social science & medicine (1982)* 71(9), 1610-19.
- Mccarthy, Joan, y Rick Deady. (2008): «Moral distress reconsidered». *Nursing ethics* 15(2), 254-62.
- McKee, Martin, Marina Karanikolos, Paul Belcher, y David Stuckler. (2012): «Austerity: A failed experiment on the people of Europe». *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London* 12(4), 346-50.

- Minué-Lorenzo, Sergio, y José Francisco García. (2012): «¿Ciudadanos o asegurados? ¿es importante?» *AMF* 8(8), 422-23.
- Minué-Lorenzo, Sergio, JF García Gutiérrez, y Juan José Mercader-Casas. (2012): «Beginning of the end for Spain's national health system.» *BMJ (Clinical research ed.)* 344(May), e3213.
- Miró-Bonet, Margalida et al. (2014): «Genealogy as a critical toolbox: Deconstructing the professional identity of nurses.» *Journal of Advanced Nursing* 70(4), 768-76.
- Moreno-Mulet, Cristina. (2016): «Conflictos éticos y acciones de resistencia: los profesionales de atención primaria de Mallorca frente a los recortes en el sistema público de salud / Cristina Moreno Mulet ; director: Joaquín Valdivielso Navarro, directora: Margalida Miró Bonet». Universitat de les Illes Balears.
- Navarro, Vicenç. (2012): «El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública.» *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S* 26(2), 174-75.
- Orejudo, P. (2013): «Supresión de la sanidad universal: el RDL 16 / 2012 y la exclusión sanitaria». En *Libertad de circulación, asilo y refugio en la Unión Europea*, Valencia: Tirant lo Blanch, 121-38.
- Palazzo, Guido, Franciska Krings, y Ulrich Hoffrage. (2012): «Ethical Blindness». *Journal of Business Ethics* 109(November 2011), 323-38.
- Peter, Elizabeth, Valeria Lerch, y Amy Macfarlane. (2004): «Nursing resistance as ethical action: literature review». *Journal of advanced nursing* 46(4), 403-16.
- Peter, Elizabeth, y Joan Liaschenko. (2003): «Whose morality is it anyway? Thoughts on the work of Margaret Urban Walker.» *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals* 4(1999), 259-62.
- . (2013): «Moral distress reexamined: a feminist interpretation of nurses' identities, relationships, and responsibilities.» *Journal of bioethical inquiry* 10(3), 337-45.
- Pickett, Brent L. (1996): «Foucault and the Politics of resistance». *Polity* 28(4), 445-66.
- Ruckert, Arne, y Ronald Labonté. (2012): «The global financial crisis and health equity: toward a conceptual framework». *Critical Public Health* 22(3), 267-79.
- Schmalenberg, Claudia, y Marlene Kramer. (2009): «Nurse-physician relationships in hospitals: 20000 nurses tell their story». *Critical Care Nurse* 29(1), 74-83.
- SEMFyC. (2012): *Análisis ético ante la retirada de asistencia sanitaria a inmigrantes sin permiso de residencia*.
- Stuckler, David, y Martin McKee. (2012): «There is an alternative: Public health professionals must not remain silent at a time of financial crisis». *European Journal of Public Health* 22(1), 2-3.
- Ulrich, Connie et al. (2006): «Ethical conflict in nurse practitioners and physician assistants in managed care». *Nursing Research* 55(6), 391-401.
- Vallina, Joe. (2009): «ANA joins President Obama at White House The reality in call for health care reform of unreality». *The American Nurse* (August), 15-16.
- Varcoe, Colleen et al. (2012): «Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations». *Nursing Ethics* 19(4), 488-500.
- Vázquez, María Luisa et al. (2016): «Was access to health care easy for immigrants in Spain? The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia». *Health Policy* 120(4), 396-405.
- De Vogli, Roberto. (2013): «Financial crisis, austerity, and health in Europe.» *Lancet* 382(9890), 391.

## Notas

1. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
2. También de otros sistemas como el educativo, el de las pensiones o el de la atención a la dependencia.
3. *“Que quede bien claro que cuando hablo de matar no pienso simplemente en el asesinato directo, sino todo lo que puede ser también muerte indirecta: el hecho de exponer a la muerte o de multiplicar para algunos el riesgo de muerte, o más simplemente la muerte política, la expulsión”* (Foucault, 1992a)