

# Narrativas de resistencia y contra-conductas de los profesionales de salud ante los recortes en el sistema sanitario. Una mirada desde la obra de Michel Foucault.

**Cristina Moreno Mulet.** Dto. de Enfermería y Fisioterapia. Univ. de les Illes Balears  
[cristina.moreno@uib.es](mailto:cristina.moreno@uib.es)

## Resumen

Seis años después de la aprobación del RD 16/2012 que produjo la exclusión de la atención sanitaria de las personas en situación administrativa irregular e introdujo el copago farmacéutico a toda la población. El objetivo de este trabajo es explicar algunos resultados de una investigación cualitativa realizada en Mallorca mediante entrevistas semiestructuradas, a través de las cuales se pueden conocer, en primer lugar, las “narrativas de crisis” o el impacto en la ciudadanía del RD 16/2012 que han observado médicos y enfermeras y, por otro lado, el coraje moral, las contra-conductas y /o las narrativas o acciones de resistencia, tales como la desobediencia civil, que han llevado a cabo los profesionales de salud para paliar las injusticias detectadas después de la implantación de la norma legislativa.

**Palabras clave:** “atención sanitaria”, “contra-conductas”, “narrativas de resistencia” y “desobediencia civil”

## Abstract

### Narratives of resistance and counter-behavior of health professionals to cuts in the health system. A look from the work of Michel Foucault

Six years after the approval of Royal Decree 16/2012, which resulted in the exclusion of health care for people in an irregular administrative situation and introduced the pharmaceutical copayment to the entire population. The objective of this paper is to explain some results of a qualitative research carried out in Mallorca through semi-structured interviews, through which you can learn, in the first place, the "crisis narratives" or the impact on citizenship of *Royal Decree* 16/2012 that doctors and nurses have observed and, on the other hand, the moral courage, the counter-conducts and/or the narratives or actions of resistance, such as civil disobedience, that health professionals have carried out to alleviate the injustices detected after the implementation of the legislative rule.

**Keywords:** "Health care", "counter-behaviors", "resistance narratives" and "civil disobedience"



# Narrativas de resistencia y contra-conductas de los profesionales de salud ante los recortes en el sistema sanitario. Una mirada desde la obra de Michel Foucault.

**Cristina Moreno Mulet.** Dto. de Enfermería y Fisioterapia. Univ. de les Illes Balears  
[cristina.moreno@uib.es](mailto:cristina.moreno@uib.es)

## 1. Introducción

El liberalismo económico en el contexto macro de las políticas de salud introduce formas de copago e implanta recortes en los derechos de la ciudadanía que especialmente afectan a las personas en situación administrativa irregular (O'Donnell et al., 2013).

En España, hasta el año 2012, el sistema de salud se caracterizaba por su acceso universal y por preservar el derecho a la atención sanitaria de la población residente en nuestro país independientemente de su situación administrativa (Cimas et al., 2016; Freire, 2007; Minué-Lorenzo et al., 2012). Sin embargo, el 24 de abril de 2012, el Consejo de Ministros presidido por Mariano Rajoy argumentó que para garantizar el futuro del sistema sanitario se tenían que hacer reformas estructurales del mismo y se promulgó el Real Decreto-Ley 16/2012 (BOE, 2012).

La promulgación del Real Decreto-Ley 16/2012 cambió, de forma sustancial, las premisas básicas del modelo de salud (Alberdi et al., 2013; Royo-Bordonada et al., 2013). Por tal motivo, desde el año 2012, en España han quedado excluidas del sistema sanitario unas 873 000 personas, especialmente aquellas que se encuentran en situación administrativa irregular (Casino, 2012; Legido-Quigley, Otero, et al., 2013). Dicha exclusión se ha producido de forma diferente por Comunidades Autónomas debido a la competencia de estas en la provisión de servicios sanitarios.

Este giro ha colocado a España en dirección totalmente contraria a las recomendaciones de la *Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización*

*Mundial de la Salud* (OMS) cuando establece como prioridad el acceso universal a la salud, con una mención especial para los colectivos con dificultades sociales y económicas (Lopez-Valcarcel et al., 2017; Marmot et al., 2012; Rajmil et al., 2012; Woodward et al., 2014). Además, el Comité Europeo de Derechos Sociales ha advertido al Gobierno español que el RD 16/2012 es contrario a la Carta Europea de Derechos Sociales (Cantero, 2014).

En la actualidad, después seis años de la implantación del RD 16/2012 resulta complicado evaluar el impacto que ha tenido y que tendrán las políticas austerizadas en la salud de la ciudadanía, pero existen estudios que apuntan resultados que correlacionan la crisis, la pérdida de empleo y la disminución de los ingresos con el aumento de trastornos mentales, especialmente ansiedad y depresión y trastornos relacionados con el consumo de alcohol (Pérez et al., 2014; Robert et al., 2014).

En relación al copago farmacéutico, en los últimos años, se ha demostrado que las personas mayores con escasos ingresos son las más afectadas por el aumento de los costes farmacéuticos (Aznar-Lou, 2018). Los pensionistas, como norma general, son usuarios de mayor edad y, especialmente las mujeres, disponen de prestaciones (Fernández-Ruiz et al., 2015). Por último, cabe apuntar que la distribución del impacto del copago en España es desigual ya que no todas las Comunidades Autónomas han iniciado medidas para reducir el impacto del RD en las personas con menos recursos. A excepción del País Vasco, y en Baleares desde hace pocos meses, en el resto no se ha protegido de forma especial a los pensionistas con ingresos menores a 18000 euros anuales (Bacigalupe, 2016).

De forma más concreta si ponemos atención a las consecuencias en las personas en situación administrativa irregular, la Red de Resistencia al RD 16/2012 y la organización Médicos del Mundo ha documentado desde el año 2014 casi 5000 personas que no han podido obtener asistencia ya sea por falta de documentación, interpretaciones diferentes del RD 16/2012 o simplemente por motivos racistas (Álamo-Junquera et al., 2015; Boso et al., 2016; Legido-Quigley, Urdaneta, et al., 2013; MdM, 2014; REDER, 2018).

Ante estas situaciones, algunos autores manifiestan que hay una capacidad de resiliencia por parte de los enfermos y otros argumentan que ese impacto está siendo

minimizado por los propios profesionales ya que no han realizado muchas de las acciones a las que les obligaría el RD 16/2012 (Cimas et al., 2016; Gallo et al., 2013; Legido-Quigley et al., 2016). La realidad es que los profesionales han rechazado la incorporación de estos cambios, han reaccionado en contra de la norma y han promovido contraconductas o acciones de resistencia ante las políticas neoliberales. Las formas y la intensidad de las movilizaciones han sido diferentes dependiendo de las comunidades autónomas.

En Madrid, por ejemplo, ante el intento de privatización de hospitales y centros de salud, más de 332 cargos dimitieron de sus puestos de trabajo, al no querer participar del desmantelamiento propuesto por el Gobierno autonómico (Cervero-Liceras et al., 2015; Legido-Quigley, Urdaneta, et al., 2013). La Marea Blanca llevó a término una de las huelgas más largas y continuadas que se recuerdan en España, y consiguió, en el año 2014, la paralización de dicho proyecto.

Tras la aprobación y promulgación del RD 16/2012, Mariano Sánchez-Bayle, en representación de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), denunció que los cambios introducidos atentaban frontalmente contra la universalidad del sistema sanitario y que la introducción del copago penalizaría a las personas con mayores dificultades económicas y, a la vez, a las que padecen más problemas de salud. Esta denuncia también la hicieron diferentes organizaciones no gubernamentales (ONG), especialmente Médicos del Mundo, que inició una campaña titulada "Derecho a Curar". En pocos meses contaba con la firma de unas 19.000 personas y un gran número de asociaciones adheridas (Prieto, 2012).

Se inició así un movimiento crítico, mayoritariamente en las redes sociales, y se pusieron en marcha diferentes iniciativas en oposición al RD 16/2012 (Suess et al., 2015). Una de las iniciativas más importantes fue la promoción del registro de objetores por parte de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC) (García, 2012). Esta campaña, que se inició en julio de 2012, a la entrada en vigor del RD 16/2012, el 1 de septiembre ya contaba con más de 1300 objetores, cifra que el 15 de septiembre era de 2091 firmantes (Gallo et al., 2013; Royo-Bordonada et al., 2013).

Estos posicionamientos éticos, fundamentados en la deontología profesional, han generado estrategias de desobediencia civil. Un ejemplo es la plataforma “Yo sí, sanidad universal” que ha editado y publicado documentos para la objeción de conciencia ante las nuevas leyes promulgadas. También ha editado manuales de práctica clínica para médicos y enfermeras del ámbito comunitario y hospitalario sobre cómo ejercer la desobediencia civil y poder atender a los colectivos excluidos.

Por otra parte, muchos profesionales de forma individual se han manifestado en contra del RD 16/2012 y el resto de las medidas de expolio del sistema de salud público (Gallo, 2013). Las redes sociales han sido una plataforma de denuncia. De esta forma, los blogs temáticos, Facebook o Twitter son fuentes de información sobre posicionamientos críticos y noticias. También, desde el ámbito académico, se han publicado artículos explicativos sobre el impacto del RD 16/2012 que instan a los profesionales a desobedecer las indicaciones del RD 16/2012 y seguir atendiendo a la población basándose en lo que se considera un mandato injusto e inmoral (Alberdi et al., 2013).

Patricia Orejudo (2013) defiende que, ante el RD 16/2012, la responsabilidad individual y una colectividad ética no pueden sino mostrar resistencia. En esta línea, afirma que: “Cumplir la norma es colaborar con quienes ejercen violencia sobre el conjunto de la sociedad, para que esta asuma, como algo inevitable, la injusticia”. Por ello afirma que “la desobediencia no solo está justificada; se convierte en un imperativo ético”. Y la verdad es que muchos profesionales en su práctica diaria, y a pesar de un sentimiento de resignación, han seguido atendiendo a los usuarios independientemente de las indicaciones del RD 16/2012.

Para finalizar, cabe mencionar que en los últimos años han aparecido algunas investigaciones sobre la percepción de los profesionales (Gea-Sánchez et al., 2017; Heras-Mosteiro et al., 2016; Legido-Quigley, Urdaneta, et al., 2013; Porthé et al., 2016; Vázquez et al., 2016), pero pocas analizan estas situaciones desde una perspectiva crítica, explorando los conflictos éticos a los que estos se enfrentan y las contraconductas que llevan a cabo, especialmente si éstas acciones se vinculan al papel ético que puede o debe desempeñar la desobediencia civil, la resistencia y la parresia como una acción ética que debe ser tomada en consideración ante

determinadas políticas de salud. Para poder visibilizar estas acciones realicé una investigación en Baleares con la intención de analizar la “ética del testimonio” de los profesionales que han realizado acciones de resistencia ante el RD 16/2012 (Moreno-Mulet, 2016).

Consideré, en la línea de otras autoras (Georges, 2004; Peter et al., 2013), que la “ética del testimonio” es más contextual y de carácter micropolítico, de forma que promueve “el cambio desde dentro” a través del coraje moral y las acciones de resistencia, explicando sin miedo las contraconductas de aquellos profesionales que luchan por defender a los pacientes dentro del sistema.

## 2. El concepto de racismo de Estado y resistencia en la obra de Foucault

Para sustentar teóricamente la investigación analicé el entramado conceptual de resistencia en la obra de Michel Foucault. En este apartado se presenta un resumen de los aspectos claves de la obra del filósofo francés que pueden facilitar, por un lado, la comprensión de la instauración de determinadas políticas en salud por parte de los gobiernos y, por otro, explorar las acciones de resistencia y lucha contra estas políticas por parte de los profesionales sanitarios.

### 2.1. Biopoder y racismo de Estado

En la década de los 70, Foucault se dedicó a explorar las tecnologías de dominación, especialmente la disciplina en entornos como los hospitales o las escuelas, pero es en el curso 1977-1978, titulado *Seguridad, territorio y población*, cuando introduce el Estado como agente de poder “positivo” de las relaciones, renombra esta actividad estatal y la cataloga como gubernamentalidad (Foucault, 2008a).

Previamente, en 1974, había problematizado el papel de la Medicina de Estado y cómo se ha construido el derecho a la salud, poniendo especial interés en cómo esa circunstancia ha cambiado la responsabilidad del médico y de los profesionales de la salud desde una perspectiva clínica a una dimensión política (Foucault, 2013g).

El análisis de Foucault expone que, a partir de 1942, a raíz de la elaboración del Plan Beveridge, este adjudicó la tarea a la sociedad y a los gobiernos de no solo garantizar la vida de los individuos, sino de hacerlo en un buen estado de salud. A partir de ese momento, según Foucault, “la salud entra en el campo de la macroeconomía” y el binomio salud-enfermedad y las condiciones para asegurar su gestión se convierten en una fuente de gastos que, por su cuantía, se integra en las grandes partidas de los presupuestos estatales, cualquiera que sea el sistema de financiación adoptado. Desde entonces, el tema de la salud es clave en las políticas de los países occidentales y forma parte de los argumentarios de todos los partidos políticos que tengan intención de gobernar (López de la Vieja, 2009). De esta forma, el derecho a la salud pasa a ser una afirmación política y la estatalización de los servicios sanitarios sirve de catalizador para el progreso tecnológico de la disciplina y su socialización. La incorporación de este nuevo derecho confiere un nuevo poder a la medicina y al Estado sobre los cuerpos y la salud de los individuos. Foucault critica este nuevo poder, aunque, simultáneamente, admite que sirve para disminuir algunas de las desigualdades que ocasionan los sistemas privados de atención sanitaria, ya que de no existir la somatocracia del Estado solo sobrevivirían aquellas personas que se pudieran pagar la atención sanitaria.

*“Al garantizar a todas las personas las mismas posibilidades de recibir tratamiento y curarse se pretendía corregir en parte la desigualdad de ingresos. La salud, la enfermedad y el cuerpo empiezan a tener sus bases de socialización y, a la vez, se convierten en instrumento de la socialización de los individuos” (Foucault, 2013a).*

Esta nueva aportación social de la atención sanitaria y su objetivo de salvaguardar la salud de los individuos juntamente con el desarrollo de la tecnología aplicada a la salud provoca que la vida de los individuos pase a ser controlada por los estados y que, en determinados momentos y situaciones, estos tengan que tomar decisiones sobre “a quién matar”. Cuando hace referencia a “matar” no se refiere solamente al asesinato directo, sino también a todo lo que puede ser muerte indirecta, es decir, al hecho de exponer a la muerte o de multiplicar para algunos el riesgo de muerte, o más simplemente la muerte política, la expulsión. De esta forma,

el Estado funciona teniendo como base el biopoder y la función homicida del Estado queda asegurada por el racismo (Foucault, 1992a).

En consecuencia, los estados han tomado conciencia de que la lucha por la vida, en términos absolutos, es un objetivo de las sociedades actuales que puede generar problemas, especialmente económicos. Por esta razón, los estados occidentales consideran necesaria la aplicación de lo que Foucault define como estrategias de racismo de Estado. De esta forma, el racismo de Estado es la forma con la que se pueden justificar las muertes dentro de una sociedad, segmentando, separando y segregando a los individuos dentro de la misma.

Así, el biopoder actúa decidiendo quiénes son ciudadanos de pleno derecho en relación a la vida y la salud y quiénes dejan de serlo (Foucault, 2008a). Foucault, al hablar del racismo de Estado en el marco de la biopolítica contemporánea, denuncia que (Foucault, 1992a: 263):

-Es el modo por el cual, en el ámbito de la vida, se introduce la ruptura entre lo que debe vivir y lo que debe morir.

-Tiene como función establecer una relación positiva por la que la muerte del otro representa mi seguridad personal y me procura una vida mejor. El otro es un peligro que se debe eliminar para garantizar la supresión de un peligro biológico.

-El racismo normaliza la aceptabilidad de matar y “dejar morir” y con ella la expulsión de la vida.

Sin embargo, ante el “gran juego del Estado con los ciudadanos” existen diferentes tipos de luchas, algunas de carácter revolucionario y otras diferentes que no tienen como objetivo “la liberación, la desaparición de las clases o la disolución del Estado”. Desde esta perspectiva, para Foucault las relaciones de poder no se agotan en el análisis tradicional de los aparatos del Estado ni en los mecanismos psicológicos de la represión; consecuentemente, existen otras nociones relacionadas con el poder que precisan ser analizadas (Foucault, 1979a).

En consecuencia, Foucault reconoce que su preocupación es por aquellos juegos “más limitados y humildes”. A él le interesan estas luchas invisibles, más difíciles de conocer, que también deben ser objeto de análisis porque hacen referencia a “la trama de la vida cotidiana” de las personas. Según Foucault, en la sociedad

contemporánea se está produciendo un posicionamiento que hace que determinadas personas, sin llegar a luchar de forma explícita contra las normas del Estado, tampoco acepten su imposición; por lo tanto, al “no jugar” con las normas impuestas, impiden “que el juego continúe”.

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. La posibilidad de que esto suceda la explica en relación a la presencia de una masa crítica en relación a esa situación. De esta forma, estos trabajadores afirman: “No seremos nosotros quienes tiremos piedras contra nuestro propio tejado; no queremos participar en el juego del sistema penal” (Foucault, 2013d). En definitiva, aparece la resistencia, en este caso de los profesionales de las instituciones. En el siguiente subapartado se explica el entramado conceptual de la resistencia que puede facilitar la comprensión de este fenómeno.

## 2.2. La evolución del concepto resistencia

La resistencia en la obra de Foucault se encuentra vinculada a la teoría productiva del poder y permite multitud de interpretaciones sobre las acciones de resistencia. Así, Brent Pickett (1996) defiende que el concepto de resistencia se encuentra presente en toda la obra de Foucault y se desarrolla en tres etapas: la primera, basada en el concepto de diferencia, que se despliega en la década de los 60; la segunda, que se desarrolla en las obras de la década de los 70, con un énfasis revolucionario marcado por su conocimiento y crítica del marxismo; y la última etapa, denominada ética, donde el concepto de resistencia se diluye de una forma más difusa en los aspectos relacionados con la subjetivación (Pickett, 1996). Me centraré en explicar algunos aspectos básicos de la resistencia de la década de los setenta y los ochenta.

En 1976, el concepto de poder es presentado y desarrollado en extensión en *La Voluntad de Saber*, en la cual aparece, por primera vez, el término resistencia. El

profesor del Collège condensa así las características de las relaciones de poder (Foucault, 1992b):

1. “El poder se ejerce a partir de innumerables puntos, y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias”. Las relaciones de poder se encuentran conectadas con otras relaciones como las de conocimiento, económicas, sexuales y “no se hallan en posición de superestructura, con un simple papel de prohibición” sino que desempeñan un papel productor.

2. Las relaciones de poder son a la vez intencionales y no subjetivas, en el sentido de que su intención se encuentra implícita en la táctica o tecnología y, a la vez, son anónimas.

3. “El poder viene de abajo”, se forma desde las familias, grupos, instituciones y recorre todo el cuerpo social formando en su entramado “amplios efectos de escisión”. Para Foucault, estos efectos “forman una línea de fuerza que atraviesa los enfrentamientos locales” rechazando las homogeneizaciones y los alineamientos. De esta forma, las “grandes dominaciones son los efectos hegemónicos sostenidos continuamente por la intensidad de todos estos enfrentamientos”.

4. Por último, “donde hay poder, hay resistencia y, no obstante, esta nunca está en posición de exterioridad respecto del poder”.

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 y hablar públicamente de ello, romper el secreto, forzando la red de información institucional, es la primera forma de lucha, es la primera inversión del poder (Foucault, 1979a: 84). De esta forma, 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”.

En consonancia con estas afirmaciones, Foucault afirma que las relaciones de poder responden a la producción de un conjunto de estrategias de dominación, que son reajustadas, reforzadas y modificadas teniendo en cuenta fenómenos de desniveles, de inercia y de resistencias.

Complementando estas características de la resistencia, en otra ocasión, Foucault expone que estos nuevos fenómenos son “difusos y descentrados” pero nunca autónomos. Con esta afirmación, imprime, sin lugar a dudas, un cambio sustancial respecto a las luchas anteriormente descritas. Estas reivindicaciones no tienen un carácter global en contra de una reformulación o cambio de la ley, sino que sus puntos de partida son ínfimos y minúsculos. 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). Dichos comportamientos individuales tienen capacidad de contagiarse y replicarse en serie, aunque eso no determina su continuidad. Su capacidad de replicarse dependerá de las condiciones del grupo donde se den. Según Foucault, 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” (Foucault, 2013b: 861).

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 promuevan el rechazo o la revuelta. Foucault 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.

Otra 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. Esta oposición no siempre deriva en un posicionamiento público en contra de la explotación o la desigualdad que subyace a la acción y, no tiene tampoco por qué implicar una mejora en la situación del sujeto que “se resiste”. Es decir, a pesar de que el individuo no mejore su situación personal, se opone a la realización de determinadas prácticas. 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 define esta situación como un ejemplo de “una inversión violenta del poder” (Foucault, 2008a). 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 autoliberación 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. De este modo, Foucault está explicando una nueva idea de revolución que incluye a un sujeto con capacidad de decisión en contra de las tecnologías de dominación de la gubernamentalidad política.

A finales de los setenta e inicios de los años ochenta, estas formas diferentes de luchas pasan a ocupar el interés de Foucault.

En relación a las rebeliones de conducta, Foucault hace referencia a dos tipologías: las pasivas y las activas. A modo de ejemplo de las primeras, explica que, durante el proceso de evangelización cristiana, en muchos pueblos, a pesar de ser “oficialmente” convertidos, muchas personas no llevaban a cabo determinadas prácticas religiosas de carácter impuesto. Hay que apuntar que esta oposición no se desarrollaba de forma pública, simplemente se negaban a realizar ciertas prácticas en el contexto cotidiano de sus vidas.

Por el contrario, como ejemplo de resistencias activas expone la aparición de nuevas sectas o rebeldías que fueron catalogadas como herejías y se conocían a nivel público. De esta forma, parece que las resistencias silenciosas o secretas son las que Foucault cataloga como pasivas y las resistencias públicas reciben la condición de activas.

Complementando el análisis de las resistencias, el filósofo de Poitiers manifiesta un interés especial por las otras formas de resistencia, las que se llevan a cabo desde dentro del sistema. Las formas de resistencia inmersas en el sistema tienen una serie de características esenciales (Foucault, 2008:189):

- En primer lugar, algunas rebeliones de conductas que se dan dentro del sistema se articulan a través de la transgresión de las leyes.

- En segundo lugar, Foucault remarca el carácter específico de estas resistencias por oposición a las revueltas políticas contra el poder que tienen un carácter general. A modo de ejemplo, hace referencia a las luchas llevadas a cabo por las mujeres en diferentes momentos históricos y, por primera vez, exalta los nombres de mujeres concretas, que lucharon de forma individual. Se presenta por primera vez el sujeto con nombres y apellidos con una historia de vida que lo acompaña en su lucha. Así, la resistencia deja de ser un concepto vago vinculado a la red de poder y a las tecnologías de dominación y pasa a ser una rebelión individual o desarrollada por grupos clandestinos.

Foucault explica que las sediciones se pueden identificar según dos tipos de signos, los que vienen de abajo y los que vienen de arriba:

- Entre los signos que vienen de abajo se encuentran: en primer lugar, “los ruidos, discursos, panfletos que comienzan a circular”; en segundo lugar, las apreciaciones con inversión de valores de forma dominante; y, en tercer lugar, la no circulación de las órdenes. Esta tercera característica se puede observar de dos formas: en primer lugar, quienes transmiten las órdenes lo hacen “con la boca pequeña” y quienes las reciben hablan con atrevimiento. Por otra parte, Foucault expone que cuando hay sediciones, las órdenes no se ejecutan, sino que, simplemente, se interpretan.

- Entre los signos que vienen de arriba están aquellas situaciones en las que los propios mandos intermedios no obedecen las órdenes y actúan por propio interés o iniciativa.

En suma, la emergencia de la contraconducta conecta el eje político y el eje ético de la resistencia que a partir de la década de los 80 se orienta a las técnicas de subjetivación, lo que prepara su apertura desde la analítica del poder a la ética del sujeto.

Desde este giro del proyecto, en esta última etapa de la obra de Foucault, el profesor del Collège acepta que la forma con la que ha abordado hasta el momento el problema del sujeto es susceptible de crítica y de autocrítica. A partir de entonces, Foucault plantea una clasificación sobre los tres tipos de técnicas con las que hasta el momento se ha analizado la genealogía del sujeto: las tecnologías de la producción, las tecnologías que nos permiten utilizar los signos y las tecnologías del poder.

Foucault reconoce que él se ha ocupado mayoritariamente de las técnicas de dominación o poder, especialmente las disciplinarias, pero ha olvidado un cuarto tipo de técnicas, concretamente, las técnicas de producción de la subjetividad o las técnicas de sí.

Así, Foucault inicia el análisis de la última de las tecnologías: las tecnologías del yo y comienza a estudiar sus formas de racionalidad teniendo en cuenta a los sujetos en relación a “la libertad con la que actúan en estos sistemas prácticos, reaccionando a lo que hacen los otros y modificando hasta cierto punto las reglas del juego” (Foucault, 2013c: 988).

Por eso, si hay una práctica dentro de las técnicas de sí que sintetiza la preocupación por la constitución moral del sujeto de Foucault, esta es, expresada por el término griego, *parresia*. Se entiende por *parresia* el “hecho de decir la verdad” y las técnicas relacionadas con esta acción (Foucault, 2013h: 879ss). En términos generales, Foucault define la *parresia* como el “decir veraz”. La *parresia* puede ser ejercida solo por individuos libres porque solo ellos pueden decir la verdad, una verdad que se construye en el marco de las prácticas y las instituciones a través de la generación de un cierto consenso (Foucault, 2005).

En consecuencia, dentro de las acciones de resistencia o contraconductas se incluyen otras acciones como, por ejemplo, el hecho de decir no. Según Foucault, el “decir no” constituye la forma mínima de resistencia. En este sentido, en una entrevista realizada en el año de 1984, poco antes de morir, Foucault remarca lo que entiende por el concepto de *resistencia*:

*“B. Gallager: Políticamente hablando, el elemento más importante, quizás, cuando se examina el poder, es el hecho de que, según ciertas concepciones anteriores, “resistir” significaba simplemente decir no. Se había conceptualizado la resistencia sólo en términos de negación. Sin embargo, tal como ahora la comprende usted, la resistencia no es únicamente una negación: es un proceso de creación; crear y recrear, transformar la situación, participar activamente en el proceso, ¿eso es resistir?”*

*Michel Foucault (MF): Sí, así es como definiría las cosas. Decir no constituye la forma mínima de resistencia. Pero naturalmente, en ciertos momentos, esto es muy importante.”* (Foucault, 2013f: 1052).

A modo de ejemplo de acción de resistencia aparece la *parresia* que tiene como característica principal que provoca un riesgo de carácter indeterminado. La *parresia*

tiene un efecto incierto que puede generar el hecho de decir la verdad, y es necesario analizar el hecho desde el punto de riesgo que supone al parresiasta. Dicho riesgo, explica Foucault, se encuentra en función de los elementos de la situación existente pero la manifestación de la verdad siempre “genera una fractura” y puede “abrir un campo de peligros o, en todo caso, una eventualidad indeterminada” (Foucault, 2011: 62). De esta forma, la parresia se manifiesta en el momento en que el decir veraz tiene “consecuencias costosas para quienes la han proferido”. La persona que dice verdad se expone a pagar un precio no determinado por haberla dicho, un precio que, según Foucault, puede llegar a ser hasta su propia muerte. De esta forma la parresia es aquella situación en la cual “los sujetos se proponen por voluntad propia decir la verdad”, y aceptan de forma voluntaria y explícita que ese decir veraz podría costarles la vida (Foucault, 2011:60). En este sentido, los trabajadores de una institución pueden ser parresiastas si son capaces de vencer su cobardía y denunciar lo que sucede en el sistema (Foucault, 2008b: 86).

En suma, la parresia conecta verdad y libertad y esta última precisa disponer de un marco donde desarrollarse. Ese marco para Foucault, en sus últimos escritos, es la ética. De esta forma, la propuesta de Foucault para buscar los fundamentos éticos de las acciones de los sujetos pasa por realizar una genealogía de la moral.

Para Foucault, en lugar de buscar los valores éticos en un a priori de carácter universal, hay que buscar los valores de cada época, cada contexto, para cada persona a través de la experiencia, es decir, a través de sus prácticas, en este caso sus prácticas de libertad. De esta forma, Foucault declara que su ética es de carácter contrapositivista, no es antipositivista porque no niega el conocimiento de la experiencia; no es positivista, sino contrapositivista, porque no busca la vinculación unívoca de entre saber y experiencia, sino que se deja sorprender por la “multiplicación y proliferación del decir veraz, la dispersión de los regímenes de veridicción en sociedades como las nuestras” (Foucault, 2014). De hecho, para Foucault, “hacer la genealogía de los valores, de la moral” no es la búsqueda de los principios primeros sino la búsqueda de las “meticulosidades” (Foucault, 1979b: 12).

De esta forma, según Fortanet (2008), Foucault nos invita a convertirnos en individuos éticos y libres que se dan a sí mismos reglas morales para poder ser de

otro modo, escapando al poder. En consecuencia, la obra de Foucault se convierte en una caja de herramientas desde donde plantearse nuevas posibilidades. Se trata de invitarnos a explorar la subjetividad contingente, frágil y dinámica, que no pierde su carácter esencial a pesar de que ya no posea su carácter trascendental.

### 3. Narrativas de crisis y resistencia de los profesionales de salud

Analizado el marco teórico de la investigación, opté por la metodología cualitativa para la realización de la misma, considerando la entrevista como el instrumento más adecuado para la recolección de los datos. La elección de esta técnica no fue un asunto baladí ya que la entrevista permite explorar las narrativas éticas de los participantes en los estudios cualitativos (Silverman, 2001; Valles, 2014).

Si, según Foucault, la resistencia se mueve en el ámbito de lo secreto, la entrevista garantizaba la confidencialidad que precisa el análisis de la lucha de los profesionales. Por otra parte, desde la ética de sí de Foucault, el hecho de relatar una historia no es simplemente describir un fenómeno, sino que abre la posibilidad de modificar sus dispositivos y su equilibrio de las relaciones de fuerza actuales. La técnica narrativa no solo describe el fenómeno, sino que tiene la posibilidad de modificarlo. En consecuencia, el hecho de narrar lo que está sucediendo significa ocupar una posición estratégica decisiva. En mi opinión, Foucault podría admitir que una entrevista es una forma de confesión que establece un vínculo entre el sujeto y el problema de la verdad. La confesión es una extraña manera de decir veraz. En cierto sentido, siempre es verdadera (si es falsa, no es una confesión) y constituye cierto modo de veridicción (Foucault, 1992a). Así, la técnica de la entrevista es clave para la construcción ética del sujeto (Foucault, 2014).

Asimismo, desde una perspectiva metodológica, la entrevista semiestructurada o en profundidad tiene como finalidad comprender la experiencia vital de otras personas y el significado que esas personas le dan a esa experiencia. La entrevista proporciona acceso al contexto de la conducta de las personas y nos proporciona una vía de comprensión del significado de esa conducta. Además, la entrevista, cuando

hace referencia a las vivencias, ha sido descrita como una herramienta que puede facilitar el cambio en la práctica clínica (Fontana et al., 2005; McCabe et al., 2009).

De esta forma, en el transcurso de mi tesis doctoral realicé dos entrevistas semi-estructuradas (1ª; 2ª) a cada participante (6 médicos (M) y 7 enfermeras (E) separadas temporalmente por un lapso de tiempo de aproximadamente treinta días; tiempo que se consideró suficiente para promover la reflexión ética de los participantes sobre el RD 13/2012 y las prácticas realizadas en los centros de salud.

A modo de ejemplo y de forma resumida se presentan algunos resultados que muestran: en primer lugar, las narrativas de crisis de los profesionales de la salud, así como su rechazo a las políticas neoliberales; en segundo lugar, sus narrativas de sufrimiento, xenofobia y coraje moral y; por último, sus narrativas éticas y algunas prácticas de resistencia que han llevado a cabo (Moreno-Mulet, 2016).

### 3.1. Testimonios de crisis y narrativas antiliberales

En general, los profesionales se encuentran resignados y desilusionados con los mecanismos representativos democráticos. Esta resignación vira a indignación ante los recortes en los pilares básicos del sistema de bienestar:

*«La gente tiene una conducta muy sumisa, (...) yo creo que en general somos una sociedad poco rebelde, nos quejamos muy poco» (M1ª)*

*“Y yo creo que la cosa va por ahí, intentar desacreditar al máximo, listas de espera... Y que la gente se canse y vaya a la privada” (E2ª)*

De forma esperanzadora, dos entrevistadas tienen, en ese momento (2014), esperanzas de que en las elecciones autonómicas y generales del año 2015 las cosas cambien.

*“Y yo creo que nos debemos organizar más a nivel colectivo (...) Una piña de profesionales y usuarios. (...) Yo tengo esperanzas en que un poco la sociedad se movilice. Hemos estado muy dormidos, parece que ahora hay algún brote de lo que parece que se está despertando” (E2ª)*

Además, emerge una narrativa anti-neoliberal que critica el objetivo encubierto de la privatización del sistema sanitario y el desmantelamiento del sistema público de salud.

Una enfermera critica que se hayan “puesto a recortar de donde era más fácil y a los más débiles.” (E1ª). Un médico plantea que las decisiones se basan “en un problema ideológico y político» más que económico, tal y como se ha querido hacer entender a la población (M1ª)

Así, el RD 16/2012, según los profesionales ha producido una gran pérdida ya que ellos consideran que el sistema sanitario era de carácter gratuito y universal. Se indignan por la exclusión que la norma les obliga a hacer ya que consideran que trabajar para un sistema público se encuentra relacionado con atender a todo el mundo, es decir, defienden la «ciudadanía sanitaria».

*“Hemos pasado de un sistema sanitario universal, en el que no estábamos mirando de dónde venía aquella persona ni lo que tenía (económicamente), a un sistema sanitario en el que estamos mirando lo que tiene esa persona” (E1ª)*

*“Yo estoy trabajando en un sistema público y si estoy trabajando en un sistema público es para poder atender adecuadamente a todas las personas” (M1ª)*

113

Nº 89  
Septiembre  
octubre  
2019

De esta forma, consideran que el RD 16/2012 rompió la atención continuada. Especialmente los médicos no pueden atender adecuadamente a las personas en situación administrativa irregular ya que no pueden pedir ni pruebas complementarias, ni derivar a estas personas al especialista.

*“Si no hay tarjeta no se puede recetar. Si no hay tarjeta no se pueden derivar al especialista. Si no hay tarjeta no pueden hacer segundas consultas” (E1ª)*

Además, el RD 16/2012 ha puesto de manifiesto la incapacidad económica de los usuarios para comprar o adquirir los fármacos, situación que provoca que muchos pacientes abandonen los tratamientos:

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

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

- *‘Es que no las puedo pagar’*”

Entre las narrativas de exclusión destaca la de esta enfermera que cuenta el caso de una familia marroquí que no pueden comprar un antibiótico para su hija.

*“El caso de una familia que como los padres no tenían papeles, eran de Marruecos, la niña había venido con un ganglio (...) y su madre nos dijo que no había podido ir a comprar la medicación porque no tenía dinero” (E2<sup>a</sup>)*

Además, han observado múltiples incumplimientos parciales o totales de los tratamientos farmacológicos que han derivado en complicaciones que se podían haber evitado:

*“Un paciente que vino con una crisis de broncoespasmo importante y hacía meses que no tomaba el tratamiento por un problema económico, me dijo ‘no puedo, no puedo ir a la farmacia a buscarlo’” (E2<sup>a</sup>)*

Por otra parte, médicos y enfermeras consideran que el RD generó un muro, ya que desde su promulgación (previa a la entrada en vigor) muchas personas sin tarjeta dejaron de acudir a los centros de salud.

*“No tenemos contacto ya con esas personas. Ya hay algo (...) esto es una impresión subjetiva mía, pero ya hay un muro grande, que nos separa” (E2<sup>a</sup>)*

### 3.2. Narrativas éticas y de coraje moral de los profesionales

En segundo lugar, se analizaron las narrativas y sentimientos morales de los profesionales. Cabe apuntar que a excepción de una minoría de profesionales que presentan discursos de fuerte coraje moral, del resto de narrativas no se pueden extraer perfiles unívocos entre actitudes y acciones, es decir no hay profesionales “puramente resistentes”. La mayoría oscilan entre sentimientos de ceguera y estrés moral que en ocasiones deriva en coraje y prácticas de resistencia.

El coraje moral se manifiesta en la voluntad de los profesionales por emprender acciones ante aquellas situaciones que consideran injustas independientemente de las consecuencias que de ello se deriven” (Hawkins et al., 2014).

*"Pero si tengo que atender a una persona que no tiene Seguridad Social, la atenderé igual. Pueden cantar misa en este aspecto" (E1ª)*

Sin embargo, no todos los profesionales consideran que, de forma especial, las personas indocumentadas tengan derecho a la asistencia sanitaria y aparecen discursos xenófobos hacia este colectivo. El RD 16/2012 ha proporcionado un marco legítimo para fundamentar la exclusión sanitaria:

*«Hay personas, puede ser, que opinan de la misma forma, que esto se comenta, ¿no?, que: 'No hay para todos, no es un chorro, y primero somos nosotros, ¿no?' Y entonces, les ha venido bien" (E1ª)*

*«Y allí justamente tenemos dos, tres personas, que te ponen 'alarma inmigrante' en la historia, pues claro, ya sabes cómo te reaccionará" (E2ª)*

Ante estos comentarios, algunos profesionales se encuentran preocupados por los comentarios que escuchan de sus propios compañeros y compañeras. De forma especial, una enfermera que trabaja en un centro con alta prevalencia de población procedente de África y Sudamérica está indignada por los comentarios xenófobos de otros compañeros con los que comparte actividad laboral. Ella considera que esta actitud no es propia de un profesional de la salud, muy especialmente si trabaja en una zona con mucha población vulnerable.

*"Mis compañeros, en este sentido, no me merecen ningún tipo de consideración. Encuentro que los compañeros de enfermería ante una situación que ha cambiado, tan vulnerable, un centro tan vulnerable, deberían irse si no están de acuerdo, o sea, no deberían estar allí la gente que está tan en contra"*

Estos sentimientos de rechazo a la ley y a la xenofobia se basan en unos valores éticos heterogéneos que fluctúan desde la defensa de los derechos humanos, el carácter contextual de las relaciones entre profesionales y usuarios y/o los principios deontológicos. A modo de resumen destaco los siguientes:

*"Un principio básico, la gente quiere vivir. ¿Cómo cohesionar las ganas de vivir, las ganas de superar, de salir de la miseria para ir a un lugar que tú quieres crecer? ¿Tenemos derecho a privar esto?" (M2ª)*

*"Supongo que depende de la confianza que tú le des o la persona cómo esté en la situación, en ese momento" (M1ª)*

*“Tenemos unos objetivos profesionales que nos obligan a una serie de cosas éticas, ¿no?, que están, como decía, por encima de otras leyes de estructura, que diría yo, ¿no?” (M2<sup>a</sup>)*

### 3.3. Narrativas de resistencia y acciones derivadas

Estos valores promueven la realización y organización de determinadas acciones de resistencia que se han clasificado en dos grupos atendiendo a su grado de secreto o exposición pública. El primer grupo, la resistencia secreta, engloba las actividades (individuales o grupales) realizadas dentro de los centros de salud. Destacan los circuitos clandestinos para atender a las personas en situación irregular y la creación de bancos de medicamentos para aquellas personas que, independientemente de su situación administrativa, no tienen recursos económicos para adquirir fármacos u otros productos sanitarios:

*“Sí, que lo pasas como urgencia, aunque no sea muy urgencia” (E2<sup>a</sup>)*

*“Actúas un poco fuera de la Ley, a escondidas, pero es por la vida de la persona, quiero decir que no estoy robando nada. Esa mujer tiene derecho a tener sus tiras y a tener su aparato de glucemia” (E1<sup>a</sup>)*

*«Yo ahora voy a las casas cuando se muere alguien y recojo los pañales para poder repartir” (E1<sup>a</sup>)*

*«Y entonces hemos hecho un banco de medicamentos, que los pacientes nos traen medicamentos que les han sobrado de tratamientos o tal, (...) y entonces cuando tienes a alguien sin recursos pues se lo facilitas, porque no se pueden comprar el tratamiento, ¿no?” (E1<sup>a</sup>)*

El segundo grupo de acciones de resistencia son aquellas que se han codificado como “públicas” porque salen de los muros de los centros de salud. Destacan las denuncias a las gerencias, las declaraciones como objetores de conciencia al RD 16/2012 o la colaboración con asociaciones científicas o ONGs que prestan atención a los colectivos excluidos.

*“Y cada vez era coger el teléfono y protestar y protestar. Y así se logró hacer estos cambios. No sé, ahora estamos luchando por la medicación, que les sale a pagar un 100%. Y.. (E1<sup>a</sup>)*

*“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? [...] (7E1<sup>a</sup>)*

*«Yo soy de la Sociedad Balear de Enfermería Comunitaria, esto lo hemos discutido en algún momento, y hemos hecho posicionamientos en contra cada vez que ha habido una normativa de este tipo» (E2)*

*«La situación es complicada también tenemos comunicación con Médicos del Mundo» (E1<sup>a</sup>)*

A modo de conclusión, cabe destacar que las acciones de resistencia son obstaculizadas o potenciadas de acuerdo con la presencia o ausencia de una serie de factores. Entre las barreras se encuentran la falta de narrativas compartidas, así como la falta de liderazgo desde los equipos directivos de algunos centros. Por el contrario, la capacidad de realizar contraconductas parece que se relaciona con el pensamiento reflexivo y crítico de los profesionales y la cohesión de los equipos de trabajo.

#### 4. Conclusiones y discusión

Para terminar, me gustaría hacer referencia a algunas ideas que considero importantes para analizar el RD 16/2012, la importancia de la resistencia de los profesionales y la aportación de Foucault a esta mirada al derecho a la salud.

En primer lugar, considero que el RD 16/2012 ha sido una forma de racismo de Estado, generando tres tipos de barreras: una barrera política, una asistencial y una ética. La barrera política se deriva de la exclusión de ciudadanía que genera una norma como el RD 16/2012. La imagen que se ha dado del inmigrante que gasta recursos del sistema alienta la xenofobia, y construye, tal y como afirma M<sup>a</sup> José Guerra (2013, 2018), una retórica en torno a la inseguridad y el miedo. La segunda barrera es la asistencial y hace referencia a los grupos de personas excluidas, las situaciones derivadas de la norma y el impacto en la salud de la ciudadanía que se ha mostrado con algunos ejemplos en el apartado anterior y sobre lo que la bibliografía comienza a tener datos epidemiológicos al respecto. Por último, la tercera barrera es ética y se evidencia en las pruebas a las que enfrenta a los profesionales, obligándoles a adoptar acciones para vencer los dispositivos de control y normalización del sistema.

Ante esta barrera ética generada por el RD 16/2012, los profesionales se muestran como nuevos actores que luchan por defender el derecho a la salud asumiendo personal y profesionalmente un riesgo. Desde esta perspectiva, la lucha de los

profesionales por los derechos humanos se basa en la posibilidad de enfrentarse a la gubernamentalidad del Estado y la posibilidad de ser o no ser gobernados. Según Foucault, esta lucha por los derechos humanos resulta esencial en nuestra sociedad y precisa de un análisis contextual que nos permita “ver dónde, en qué país, de qué manera, en qué forma se los reivindica” y advertirnos que, más allá de la cuestión jurídica, la defensa de los derechos humanos nos permite analizar las formas de gobierno y las formas de lucha de los sujetos contra ellas (Foucault, 2009).

De esta forma, los profesionales, al igual que los médicos de las prisiones a los que defiende Foucault, han ejercido un papel de intelectual específico (Foucault, 1979a). De alguna manera, los profesionales han sido conscientes de que al sistema de control había que asaltarlo desde dentro, y a ese poder no se llega solamente dirigiéndose a las instancias superiores del sistema, sino que para contrarrestar el poder gubernamental se debe incidir de forma profunda y sutil en la malla de relaciones diarias, en este caso en los centros de salud.

Por tanto, el análisis de las contraconductas permite analizar la ética profesional desde una perspectiva experiencial o contrapositivista, tal y como afirmaba Foucault (2014). La heterogeneidad de acciones de resistencia de los profesionales muestra que esta es creativa rechazando las normas estatales y las prácticas de normalización impuestas.

Otra de las formas de resistencia es alzar la voz y hablar de forma franca. De esta forma, la capacidad de los profesionales de decir la verdad, según la ética de Foucault, es un ejemplo del coraje de estas personas que han desarrollado técnicas de sí para evitar ser gobernados (Foucault, 2013e). En mi opinión, la parresia de los profesionales visibiliza el impacto ético y político de la contraconducta.

Así, estas nuevas éticas profesionales refuerzan las críticas al procedimentalismo racional de la bioética clásica y proponen que el análisis de los conflictos éticos en el ámbito sanitario debe ocuparse del trabajo cotidiano de la asistencia sanitaria (Liaschenko et al., 2004; Peter et al., 2004). En consecuencia, considero una aportación de esta investigación el haber explorado la habitabilidad ética de las instituciones y el análisis de las narrativas profesionales. Defiendo que el análisis de las narrativas de resistencia puede funcionar como indicador centinela de la tensión en las relaciones

de poder de las instituciones sanitarias para problematizar el sistema y de ser necesario, establecer estrategias de mejora.

Por último, considero que la obra de Foucault puede ayudarnos en esta tarea si se relee desde una nueva perspectiva. En términos generales, hay una tendencia a leer las obras de Foucault de la década de 1970, y sobre todo sus genealogías de la subjetividad, de la disciplina, y de la biopolítica, desde una propuesta contraria a los derechos humanos universales (Barret-Kriege, 1990). De acuerdo con este punto de vista, se percibe que Foucault tiene un problema con los supuestos trascendentales de la declaración –así como la utilidad de los mismos como instrumentos políticos–, y no se le suele leer como a un teórico de los derechos humanos (Pottage, 2011). Siguiendo estas interpretaciones, su obra puede generar dudas sobre si al haber criticado las estrategias de dominación de las instituciones como pueden ser los hospitales o las instituciones sanitarias, puede a la vez servir ahora para defender, entre otras cosas, el derecho a la salud.

Sin embargo, su compromiso con los derechos humanos reivindicando los derechos en torno a la identidad sexual (1974), la interrupción voluntaria del embarazo (1975) o la libertad de información (1978) apuntan en otra dirección. Desde esta nueva mirada, sus clases de finales de los 70 y principios de los 80 puede analizarse como un nuevo “abrazo” a los derechos humanos (Golder, 2010; Maxwell, 2014; Wolin, 2006).

Desde esta perspectiva, Zembylas (2015) defiende que el pensamiento de Foucault puede constituir un punto de partida para la renovación de la defensa de los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud, no solo porque rechaza la superioridad moral del marco liberal dominante de los derechos humanos internacionales, sino también porque hace visibles las complejidades de los derechos humanos como herramientas limitadas, pero, a la vez, estratégicas para nuevas luchas políticas. De esta forma, la investigación ética debe permitir la libertad individual de cada sujeto en la decisión de esta defensa y la capacidad de explorar sus tecnologías del cuidado de sí (individuales o colectivas) ante las tecnologías de dominación de los estados y las instituciones.

## Referencias bibliográficas

- Álamo-Junquera, Dolores et al. (2015), "Atención Primaria Población potencialmente excluida de cobertura sanitaria con el Real Decreto 16/2012 y sus repercusiones sanitarias: la experiencia desde la Cataluña Central", *Aten Primaria*, 47 (1): 32-37.
- Alberdi, Rosamaría et al. (2013), "Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del Servicio Nacional de Salud", *Metas de Enfermería*, 16 (10): 21-27.
- Barret-Kriege, Blandine (1990), "Michel Foucault y el Estado de policía", En *Michel Foucault, filósofo*, Barcelona: Gedisa, pp. 186-92.
- BOE (2012), "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", *BOE*, 24/04/2012 (98): 31278-312.
- Boso, Alex et al. (2016), "Should irregular migrants have the right to healthcare? Lessons learnt from the Spanish case", *Critical Social Policy*, 36 (2): 225-45.
- Cantero, Josefa (2014), "A vueltas con el Real Decreto-ley 16/2012 y sus medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud", *Gaceta Sanitaria*, 28 (5): 351-53. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.013>.
- Casino, Gonzalo (2012), "Spanish health cuts could create 'humanitarian problem'", *The Lancet*, 379 (9828): 1777.
- Cervero-Liceras, Francisco et al. (2015), "The effects of the financial crisis and austerity measures on the Spanish health care system: A qualitative analysis of health professionals' perceptions in the region of Valencia", *Health Policy*, 119 (1): 100-106.
- 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.
- Fernández-Ruiz, M<sup>a</sup> Luisa et al. (2015), "El efecto de los copagos sobre la adherencia a los medicamentos prescritos", *Atención Primaria*, 47 (9): 606-7.
- Fontana, J et al. (2005), "The Interview. From neutral stance to political involvement", En *The Sage Handbook of Qualitative Research.*, ed. N Lincoln Denzin Y. California: SAGE, pp. 695-728.
- Fortanet, Joaquín (2008), "Ética para un rostro de arena", *Astrolabio. Revista internacional de filosofía*, 7: 43-49.
- Foucault, Michel (1979a), "Los intelectuales y el poder", En *Microfísica del poder*, Madrid: La Piqueta, pp. 77-86.
- Foucault, Michel (1979b), "Nietzsche, la genealogía, la historia", En *Microfísica del poder*, eds. Julia Varela et al., Madrid: La Piqueta, pp. 7-29.
- Foucault, Michel (1992a), *Genealogía del racismo*, eds. Fernando Álvarez Uría et al., Madrid: La Piqueta.
- Foucault, Michel (1992b), *1 Teoría La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Foucault, Michel (2005), "La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad", En *Doce textos fundamentales de la ética del Siglo XX*, ed. Carlos Gómez, Madrid: Alianza Editorial, pp. 256-64.
- Foucault, Michel (2008a), *Seguridad, territorio, población: curso del Collège de France (1977-1978)*, Madrid: Akal.
- Foucault, Michel (2008b), *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*, ed. Miguel Morey, Madrid: Alianza.
- Foucault, Michel (2009), *Nacimiento de la biopolítica*, Madrid: Akal.
- Foucault, Michel (2011), *El gobierno de sí y de los otros. Curso del Collège de France (1982-1983)*, Madrid: Akal.
- Foucault, Michel (2013a), "¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?", en *Obras esenciales, III. Estética, ética y hermenéutica*, eds. Fernando Álvarez Uría et al., Barcelona: Paidós.
- Foucault, Michel (2013b), "¿Es inútil sublevarse?", en *Obras esenciales, III. Estética, ética y hermenéutica*, ed. Ángel Gabilondo, Barcelona: Magnum, pp. 861-65.

- Foucault, Michel (2013c), “¿Qué es la Ilustración?”, en *Obras esenciales, III. Estética, ética y hermenéutica*, ed. Ángel Gabilondo, Barcelona: Paidós, pp. 975-90.
- Foucault, Michel (2013d), “La filosofía analítica de la política”, en *Obras esenciales, III. Estética, ética y hermenéutica*, ed. Ángel Gabilondo, Barcelona: Magnum, pp. 783-97.
- Foucault, Michel (2013e), “Las técnicas de sí”, en *Obras esenciales, III. Estética, ética y hermenéutica*, ed. Ángel Gabilondo, Barcelona: Magnum, pp. 1069-95.
- Foucault, Michel (2013f), “Michel Foucault, una entrevista: sexo, poder y política de la identidad”, en *Obras esenciales, III. Estética, ética y hermenéutica*, ed. Ángel Gabilondo, Barcelona: Magnum, pp. 1047-57.
- Foucault, Michel (2013g), “Nacimiento de la medicina social”, en *Obras esenciales, II. Estrategias de poder*, Barcelona: Paidós.
- Foucault, Michel (2013h), “Sexualidad y soledad”, en *Obras esenciales, III. Estética, ética y hermenéutica*, ed. Ángel Gabilondo, Barcelona: Magnum, pp. 879-87.
- Foucault, Michel (2014), *Obrar mal, decir la verdad: función de la confesión en la justicia. Curso de Lovaina, 1981*. Barcelona: Anthropos.
- Freire, Jose Manuel (2007), “Los sistemas de aseguramiento sanitario de riesgos de enfermedad en España”, En *Ciudadanía Sanitaria. Oportunidades de actualización e integración normativa del SNS en el Siglo XXI*, pp. 41-59.
- Gallo, Pedro et al (2013), “Cuts drive health system reforms in Spain”, *Health policy*, 113 (1-2): 1-7.
- García, Aser (2012), “Spanish doctors protest against law that excludes immigrants from public healthcare”, *BMJ (Clinical research ed.)*, 345: 5716.
- Gea-Sánchez, Montserrat et al. (2017), “Undocumented Immigrant Women in Spain: A Scoping Review on Access to and Utilization of Health and Social Services”, *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19 (1): 194-204.
- Georges, Jane M. (2004), “The politics of suffering. Implications for Nursing Science”, *Advances*, 27 (4): 250-56.
- Golder, Ben (2010), “What is an Anti-Humanist Human Right?”, *Social Identities*, 16 (5): 651-68.
- Guerra Palmero, María José (2013), “Fronteras y migraciones. La crisis de los cayucos en las Islas Canarias y la ceguera del liberalismo igualitarista”, *Dilemata*, 12: 75-94.
- Guerra Palmero, María José (2018), “Precariedad, vulnerabilidad y tarjetas sanitarias: Contra la bioética neoliberal”, *Ética y filosofía política: Homenaje a Adela Cortina*, pp. 359-70.
- Hawkins, Sara F. et al. (2014), “The praxis of courage as a foundation for care”, *Journal of Nursing Scholarship*, 46: 263-70.
- Heras-Mosteiro, Julio et al. (2016), “Percepciones de médicas y médicos de atención primaria de Madrid sobre las medidas de ajuste en el sistema público de salud TT - Perceptions of primary care physicians in Madrid on the austerity measures in the health care system”, *Gaceta Sanitaria*, 30 (3): 184-90.
- Legido-Quigley, Helena, et al. (2013), “Erosion of universal health coverage in Spain”, *The Lancet*, 382 (14): 1977.
- Legido-Quigley, Helena, Laura Otero, et al. (2013), “Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?”, *BMJ (Clinical research ed.)*, 346: 2363.
- Legido-Quigley, Helena et al. (2016), “Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal”, *Health Policy*, 20 (7): 833-39.
- Lekisch, Kater et al. (1989), “The politics of choice: Roles of the medical profession under the Nazi Rule”, *Texas Medical*, 85: 32-39.
- Liaschenko, Joan et al. (2004), “Nursing ethics and conceptualizations of nursing: profession, practice and work”, *Journal of advanced nursing*, 46 (5): 488-95.
- Lopez-Valcarcel, Beatriz G. et al. (2017), “Economic Crisis, Austerity Policies, Health and Fairness: Lessons Learned in Spain”, *Applied Health Economics and Health Policy*, 15 (1): 13-21.
- López de la Vieja, María Teresa (2009), *Ensayos sobre bioética*, Salamanca: Universidad de Salamanca.

- Lützn, Kim et al. (2012), "Moral distress: A comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts", *HEC Forum*, 24 (1): 13-25.
- Marmot, Michael et al. (2012), "WHO European review of social determinants of health and the health divide", *Lancet*, 380 (9846): 1011-29.
- Maxwell, Jason (2014), "Killing Yourself to Live. Foucault, neoliberalism and the autoimmunity paradigm", *Kultural Critique*, 88: 161-86.
- McCabe, Janet L. et al. (2009), "Reflexivity, critical qualitative research and emancipation: a Foucauldian perspective", *Journal of Advanced Nursing*, 65 (7): 1518-26.
- MdM (2014), *Open Society Foundations Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo*. Madrid.
- Minué-Lorenzo, Sergio et al. (2012), "¿Ciudadanos o asegurados? ¿es importante?", *AMF*, 8,(8): 422-23.
- 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. Tesis doctoral de Cristina Moreno Mulet, director: Joaquín Valdivielso Navarro, directora: Margalida Miró Bonet", Universitat de les Illes Balears.
- O'Donnell, Catherine et al. (2013), "Health-care access for migrants in Europe", *Lancet*, 382 (9890): 393.
- Orejudo, Patricia, (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, pp. 121-38.
- Palazzo, Guido et al. (2012), "Ethical Blindness", *Journal of Business Ethics*, 109: 323-38.
- Pérez, Glòria et al. (2014), "Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS", *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 28 (S1): 124-31.
- Peter, Elizabeth et al. (2004), "Nursing resistance as ethical action: literature review", *Journal of advanced nursing*, 46 (4): 403-16.
- Peter, Elizabeth et al. (2013), "Narratives of aggressive care: Knowledge, time, and responsibility.", *Nursing ethics*, 21 (4): 461-72.
- Pickett, Brent L, (1996), "Foucault and the Politics of resistance", *Polity*, 28 (4): 445-66.
- Porthé, Victoria et al. (2016), "Changes in access to health care for immigrants in Catalonia during the economic crisis: Opinions of health professionals and immigrant users", *Health Policy*, 120 (11): 1293-1303.
- Pottage, Alain (2011), "Foucault's Law by Ben Golder and Peter Fitzpatrick", *The Modern Law Review*, 74 (1): 159-68.
- Prieto, Isabel (2012), "Reacciones a la asistencia sanitaria a inmigrantes después del Real Decreto Ley 16/2012", *Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria*, 14 (2): 5-6.
- Rajmil, Luis et al. (2012), "Universal health-care coverage in Europe", *Lancet*, 380,(9854): 1644.
- REDER (2018), *No dejar a nadie atrás*. España.
- Robert, Gemma et al. (2014), "From the boom to the crisis: Changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health", *European Journal of Public Health*, 24 (3): 404-9.
- Royo-Bordonada, Miguel Ángel et al. (2013), "Health-care access for migrants in Europe: the case of Spain", *Lancet*, 382 (9890): 393-94.
- Silverman, David (2001), *Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text and interaction*, London: Sage.
- Suess, Amets et al. (2015), "The right of access to health care for undocumented migrants: a revision of comparative analysis in the European context", *European Journal of Public Health* (table 1) pp. 712-20.
- Valles, Miguel (2014), *Entrevistas cualitativas*, Madrid: CIS.
- 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.

- Wolin, Richard (2006), "Foucault the neohumanist?", *Chronicle of Higher Education*, 1: 106.
- Woodward, Aniek et al. (2014), "Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: A scoping review", *Health Policy and Planning*, 29 (7): 818-30.
- Zembylas, Michalinos (2015), "Foucault and Human Rights: Seeking the Renewal of Human Rights Education", *Journal of Philosophy of Education*.