

Perturbando Austeridad: Políticas de Crisis y Políticas de Salud Pública Revanchistas

Cristina Temenos

Department of Geography and Manchester Urban Institute, University of Manchester
Cristina.Temenos@manchester.ac.uk

Traducción por Erin Araujo y Belkis Rojas Trejo

Resumen

En febrero de 2019, la ciudad de Mánchester abrió una consulta para una propuesta de una nueva orden de protección del espacio público (PSPO por sus siglas en inglés) ante la fuerte oposición de la comunidad. En respuesta, la PSPO fue presentada, sin embargo, en medio de la pandemia de COVID-19 la orden fue aprobada por el Consejo, otorgando amplios poderes a la Policía de toda la zona urbana de Manchester para criminalizar de manera efectiva a las personas sin hogar en la ciudad. El ímpetu de la orden trajo como consecuencia un fuerte aumento del número de personas que duermen en la calle, la mendicidad y el consumo de drogas en la vía pública, todo lo cual se debe a los cambios en la política económica y de drogas desde que se impusieron los presupuestos de austeridad en el Reino Unido en 2010. Esta conferencia sitúa las políticas de salud pública revanchistas, como éstas, en el contexto más amplio de la elaboración de políticas bajo la crisis económica. Relacionando los estudios de movilidad política "rápida" con la materialidad de los resultados sanitarios en las ciudades europeas, se demuestra cómo el aumento y la difusión de las políticas de austeridad económica, como soluciones de mejores prácticas a la crisis financiera mundial de 2008, precipitaron un pronunciado giro a la baja en los resultados sanitarios en las jurisdicciones donde se impusieron dichas políticas. Introduce el concepto de elaboración de políticas de crisis, que se refiere a las condiciones y los procesos socio-políticos a través de los cuales la toma de decisiones del gobierno se produce bajo la carga cada vez mayor de los estados de crisis actuales y múltiples. Se exponen cuatro aspectos de la elaboración de políticas de crisis: velocidad, opacidad, revanchismo y experimentación. En esta conferencia se plantea cómo un compromiso crítico con las políticas de movilidad global en el contexto de la elaboración de políticas de crisis puede descubrir las impugnaciones políticas resultantes y las geometrías de poder que rigen las respuestas a las crisis cotidianas de salud pública, sociales y económicas resultantes que afectan a los habitantes de las ciudades.

Palabras clave

Austeridad urbanista, crisis, políticas de movilidades, salud pública



Introducción

Las crisis económicas son buenas tanto para los médicos como para los traficantes de drogas. Desde 2008 las ciudades han experimentado efectos sanitarios cada vez más negativos derivados de la austeridad, tales como el aumento de las tasas de consumo de drogas ilícitas, la transmisión de enfermedades y la disminución de la esperanza de vida (Rachoitis et al. 2015). Si bien, se ha establecido el vínculo entre la austeridad y los resultados sanitarios negativos, se sabe menos sobre la gobernanza inter-sectorial y los procesos políticos que contribuyen a cambiar las experiencias de prestación de servicios sanitarios y sociales en las ciudades. "Las ciudades son", como escribe Peck (2012, 629), "donde la austeridad muere". Pero, ¿qué aspecto tiene esto en la práctica?. Por lo general, se entiende que las crisis urbanas se dividen en tres áreas: económica, ecológica y social (Mayer 2020). Sin embargo, las crisis urbanas también se formulan en otros ejes políticos, sociales y culturales. Las crisis sanitarias, por ejemplo, aunque han tenido profundos efectos en las ciudades y en la vida urbana, a menudo se dejan de lado en estos debates (Ali y Keil 2008; Brown 2009). Y, sin embargo, como han demostrado crisis sanitarias recientes, como la de las sobredosis de opioides o la de Covid-19, son causadas por, e informan y se gestionan a través de procesos de toma de decisiones multisectoriales, que van más allá de la gobernanza municipal pero que también están inextricablemente ligados a ella.

S. Hall y Massey (2010, 59) han hablado de la crisis urbana como un "momento complejo", considerando las implicaciones de los procesos sociales, económicos, políticos y culturales que se entrecruzan y que dan forma al espacio y a la manera como se construyen y experimentan las ciudades. Los geógrafos económicos urbanos se han centrado durante mucho tiempo en la crisis fiscal y el declive de los entornos urbanos (Marcuse 1981; Piven 1983; Leitner 1989). A partir de la década de 1970, la crisis urbana se ha entendido en gran medida a través del análisis de Harvey sobre las contradicciones del capital. Fijada en ciudades que se desindustrializan rápidamente, la incapacidad del capital para seguir el ritmo de las inversiones condujo a la doble desindustrialización y despoblación de los centros urbanos: la crisis económica condujo a la crisis social (Harvey 1989). La atención a las raíces urbanas de la más reciente crisis financiera mundial de 2007 se redujo a medida que los economistas políticos observaron repuntes económicos relativamente rápidos para la clase capitalista, pero la materialidad de la crisis estaba, no obstante, enraizada en la financiarización de la vivienda (Madden y Marcuse 2016; Fields y Hodgkinson 2018). Esta materialidad pone de relieve la importancia de las infraestructuras socialmente reproductivas en las ciudades, así como en otros lugares, demostrando que la espacialización de la crisis no puede entenderse únicamente a través de un enfoque estrecho en la economía.

Los investigadores de las ciencias sociales, culturales y políticas también han conceptualizado la espacialización de la crisis. El libro de Hall et al. (1979), *Policing the Crisis*, explora la policía racializada a través de la afirmación gramsciana de que la crisis es un espacio de agonía, donde los viejos sistemas mueren y los nuevos luchan por nacer. Basándose en la afirmación de Gramsci (1971) de que las crisis coyunturales son procesos mundanos y continuos que no cambian los órdenes político-económicos, sino que los refuerzan, Berlant (2011) propone el concepto de crisis ordinaria, refiriéndose a los procesos por los que las capacidades socialmente reproductivas de las comunidades y de los individuos se ven empañadas o cortadas a través de la lenta violencia de las crisis cotidianas en curso (cf. Linz 2021). Los enfoques económicos tanto como los culturales han abordado la naturaleza espacio-temporal de la crisis. Y aunque existe un debate y a menudo una división entre la teorización de la crisis como acontecimiento y como proceso en curso (Roitman 2014), sostengo que pensar en la crisis urbana en los intersticios del acontecimiento y el proceso, reuniendo lo social, lo político y lo económico, puede ofrecer formas de extrapolar nuevas posibilidades políticas para unas geografías urbanas más progresistas, socialmente justas y radicalmente alternativas. La crisis como acontecimiento puede perforar lo ordinario de la crisis, abriendo nuevos espacios y posibilidades políticas para los futuros urbanos (Linz 2021). Del mismo

modo, el llamamiento de Doucette (2020, 327) a un análisis gramsciano de la voluntad política en la geografía política afirma la importancia de traducir los conceptos "a sus formas reales y prácticas de existencia histórica, como socialmente particularistas y temporalmente limitadas". La crisis urbana es uno de esos conceptos.

Basándome en mi propia investigación desde 2015 hasta el presente, animo este argumento desarrollando la noción de *elaboración de políticas de crisis*, que se refiere a las condiciones y procesos socio-políticos a través de los cuales la toma de decisiones del gobierno ocurre bajo la carga cada vez mayor de estados de crisis continuos y múltiples. Sostengo que hay cuatro aspectos de la elaboración de políticas de crisis: velocidad, opacidad, revanchismo y experimentación. Sobre la base de la noción de Peck y Theodore (2015) de "política rápida", la velocidad a la que se produce la toma de decisiones durante la crisis, aumenta; lo que se consideraba imposible un mes o incluso una semana antes puede convertirse en ley de la noche a la mañana. En segundo lugar, y relacionado con lo anterior, los procesos de toma de decisiones durante las crisis suelen ser opacos. La falta de transparencia se suele excusar invocando circunstancias excepcionales, como la emergencia y la necesidad de liderazgo y acción (Agamben 2005). En tercer lugar, la formulación de políticas de crisis suele ser reaccionaria: las decisiones se toman en respuesta a la crisis en lugar de planificarlas, y esas respuestas suelen ser revanchistas, haciendo visible la violencia estructural del Estado, que suele ser lenta y dirigida a personas y comunidades que a menudo son consideradas problemáticas, ya sean manifestantes por el clima o personas sin hogar (Smith 1996; Slater 2018). Por último, la elaboración de políticas de crisis se caracteriza por la experimentación. El carácter emergente de los estados de crisis significa que se abre un espacio para aplicar nuevas soluciones a problemas tanto antiguos como inmediatos. El carácter experimental de la elaboración de políticas de crisis tiene un doble efecto. A menudo hemos visto que la crisis se utiliza para la experimentación con el fin de profundizar en nuevas formas de gobernanza neoliberal, desmantelando las infraestructuras sociales del Estado (Broto y Bulkeley 2012; Karvonen et al. 2013, Millington y Scheba 2021). Sin embargo, la experimentación también permite la aparición de nuevas formas de solidaridades, prácticas y políticas progresistas o incluso radicales que tienen el potencial de restablecer y remodelar las infraestructuras sociales, promulgando una política de cuidados en la ciudad (Lawson y Ellwood 2018; Ruez y Parekh 2019).

En esta contribución, evalúo ambos lados de la experimentación en la elaboración de políticas de crisis, basándome en ejemplos de mi investigación comparativa sobre cómo la austeridad ha afectado el acceso a los servicios de salud pública para las comunidades marginadas en Atenas, Budapest y Manchester. Con el fin de obtener una comprensión empírica del momento político actual, que es complejo y se mueve rápidamente, sostengo que es esencial teorizar con un marco para la comprensión de la política de salud pública que tome en serio un enfoque de movilidades políticas. Con ello me refiero a los procesos sociales de circulación de ideas y a las personas y recursos que intervienen en la creación de ideas poderosas, como la austeridad, que se implementan a través de la política (Peck y Theodore 2010; McCann y Ward 2011; Temenos y McCann 2013). A continuación, presento los hallazgos de mi investigación actual para demostrar la importancia de situar el proceso político en amplios conjuntos de conflictos políticos y experiencias cotidianas de salud pública.

Esta intervención se basa principalmente en mi proyecto comparativo relacional; "Movilizar la austeridad: La política urbana de la sanidad pública después de la crisis financiera mundial", junto con la investigación que llevo en curso sobre la formación y los efectos de las crisis urbanas interconectadas. Me baso en métodos cualitativos mixtos que incluyen entrevistas con responsables políticos, defensores y activistas a nivel local, nacional e internacional, con los proveedores de servicios sanitarios en Atenas, Budapest y Manchester, así como observaciones y análisis de políticas de documentos gubernamentales clave. El proyecto es una comparación relacional (Ward 2010; Robinson 2016; Hart 2018) que examina

las redes e instituciones implicadas en la promoción de la austeridad como concepto, su interpretación y aplicación en Atenas, Budapest y Manchester, y cómo los actores de estos lugares negociaron las políticas de austeridad a medida que se aplicaban y experimentaban. Un enfoque comparativo relacional permite un análisis conceptual y empíricamente profundo de cómo se ha movilizad la austeridad en muchas formas diferentes (González et al. 2018). A Grecia se le impuso la austeridad desde la Troika, un grupo formado por el FMI, la Comisión Europea y el Banco Central Europeo, mientras que en el Reino Unido, fue introducida por una coalición de gobierno, en línea con la agenda de larga duración del partido conservador para hacer retroceder el estado de bienestar. En Hungría, el país nunca ha declarado la austeridad como política de nombre, pero, desde 2010, las medidas de austeridad se han puesto en marcha con un rigor cada vez mayor, bajo un discurso diferente; un discurso deliberadamente mixto de nacionalismo de la extrema derecha y proteccionismo unido a una retórica de modernización, más que de globalización. Al pensar en la austeridad como una ideología globalmente móvil, un enfoque comparativo es una forma importante de entender la política y los procesos que la fundamentan (Temenos y Ward 2018). En mi trabajo me pregunto qué ideas podemos obtener al centrar la relación de múltiples movimientos; múltiples movibilidades, dentro y a través del espacio. Esta pregunta es importante porque a menudo, cuando se estudia la política, se hace fuera de contexto. Los estudiosos tienden a aislar la política como una parte burocrática de un proceso político formalizado, sin embargo, la elaboración de políticas es algo más que un proceso automatizado, está hecha por personas y repercute en la gente y en los lugares, tanto de forma conocida como inesperada. La política se sitúa dentro de un conjunto particular de relaciones sociales históricamente informadas.

Es importante señalar que la mayor parte de esta investigación y de esta conferencia se llevó a cabo en agosto de 2019, antes de la pandemia de Covid 19. La redacción y publicación posterior de esta conferencia se vio retrasada por el aumento de la carga de trabajo resultante de la pandemia, una baja por maternidad y tres rondas de huelga. Como muchos de nosotros, me encontré viviendo la elaboración de políticas de crisis, no sólo estudiándolas. En este documento no se habla en detalle de Covid, ni de sus efectos. En parte porque la pandemia continúa. No estamos en un estado post-Covid y puede que no lo estemos durante un tiempo. Pero también, en parte, porque este documento y las ideas que en él se presentan aún no han sido modificados por Covid, teniendo en cuenta que la pandemia proporciona más ejemplos de elaboración de políticas de crisis en los que basarse. Al principio de la pandemia, el fin de la austeridad fue aclamado como un lugar potencial para "reconstruir mejor"; sin embargo, en algunos lugares, como Atenas, Budapest y Manchester, permanece en múltiples formas, junto con nuevas crisis del coste de la vida que probablemente exacerbarán las desigualdades urbanas existentes. Sin embargo, la elaboración de políticas de crisis durante Covid también ha demostrado que las soluciones a los problemas de las personas sin hogar o el acceso a la asistencia pueden promulgarse mediante la voluntad política y la dotación de recursos adecuada. Por lo tanto, los efectos de la pandemia de Covid 19 continúan, y el espacio provisional que ha abierto a través de la elaboración de políticas de crisis no son todavía conclusiones olvidadas.

Crisis Interconectadas

La actual crisis financiera, sanitaria y social interconectada puede caracterizarse como larga y rápida. La crisis financiera actual, derivada del quiebre económico de 2007-2008, ha provocado una serie de desastres económicos que, a su vez, han afectado a muchas otras crisis, incluidas las sanitarias y sociales. Es larga porque estos procesos llevan más de una década y rápida porque los altibajos de las economías nacionales y regionales han sido a menudo repentinos y duros. Esto es un resultado directo, no sólo de las crisis, sino también de las respuestas políticas a las mismas, que han sido en gran medida medidas de austeridad (Peck 2012; Tonkiss 2013; Davies y Blanco 2017; Davidson y Ward 2018). La austeridad en este contexto es la aplicación radical de las lógicas neoliberales a los presupuestos de los

gobiernos nacionales y locales. Los recortes drásticos en los presupuestos se realizan en todos los sectores políticos, pero los sectores que tienden a ser particularmente afectados son la atención social y la salud, incluso cuando los propios presupuestos de salud pueden estar delimitados.

Por ejemplo, entre 2010 y 2018 el gobierno nacional de Grecia promulgó veintinueve rondas de aumentos de impuestos, recortes de gastos y reformas económicas, todo ello bajo el impulso de las medidas de austeridad que se le impusieron. En el Reino Unido, ha habido 37.000 millones de libras británicas en recortes a la seguridad social, y un 49,1 por ciento de recortes a la financiación del gobierno local (Butler 2018; Parlamento del Reino Unido 2019). Esto es particularmente importante porque a nivel de salud de la población, los resultados y el acceso a los servicios de salud están directamente relacionados con el bienestar social. Y al investigar la política y el acceso a los servicios de salud, no sólo se puede mirar la política y los presupuestos de salud. Las políticas y programas sociales y su financiación asociada, son una parte esencial de la ecuación. El Reino Unido es un buen ejemplo de ello. A pesar de la austeridad introducida por el gobierno en 2010, el presupuesto de la sanidad fue delimitado y ha crecido de media un 1,3% al año, y está previsto que aumente un 7% entre 2015 y 2021. Más dinero para el Servicio Nacional de Salud (NHS por sus siglas en inglés), una buena noticia, ¿verdad? Sólo si se miran las cifras del presupuesto sanitario.

El aumento de la financiación es muy inferior al aumento de la demanda de servicios. El Instituto de Estudios Fiscales, un instituto de investigación con sede en el Reino Unido que se centra en la fiscalidad y las políticas públicas, ha calculado que, con el aumento de la demanda, el gasto per cápita caerá en realidad un 1,3%. Así que no se está compensando la necesidad de más servicios. Lo que la gente está experimentando es un aumento de los tiempos de espera para recibir tratamiento y un aumento de los tiempos de espera para los ingresos en urgencias (C. Baker 2020). Junto con la creciente escasez de personal, que se ha visto agravada por el Brexit, esto ha llevado al grupo de expertos británico Kings Fund a calificar las crisis invernales consecutivas desde 2016 como una emergencia en curso. Incluso antes de la pandemia COVID 19, el NHS ha estado en crisis 'total' (Kershaw 2018).

El aumento del uso del NHS está vinculado de nuevo a los recortes del presupuesto de atención social, que financia el apoyo social para cosas como el envejecimiento en el lugar, la atención de la salud mental en la comunidad y el apoyo a la primera infancia para los niños y sus cuidadores, especialmente las mujeres. Cuando se recortaron esos programas sociales y se redujo la atención en el lugar, el estado de salud de las personas empeoró y empezaron a necesitar los servicios del NHS en mayor número y con mayor frecuencia. El aumento de la necesidad de servicios ha afectado de forma desproporcionada a las comunidades pobres, ya que tienen más probabilidades de depender de los servicios estatales y menos capacidad para pagar alternativas privadas (Baeten et al. 2018). Esta situación es similar en Grecia y Hungría.

A pesar de que las políticas de austeridad no obligan a recortar el presupuesto del NHS en el Reino Unido, las decisiones de recortar los presupuestos en otros lugares han recortado de facto el acceso al NHS al limitar su capacidad y su gasto per cápita. Este es solo un ejemplo que demuestra cómo tanto la crisis sanitaria como la de la austeridad están vinculadas, al igual que las decisiones políticas que se derivan de la aplicación de las prácticas de austeridad. En 2018, el canciller del Reino Unido anunció que el presupuesto de 2018 pondría fin a la austeridad como política, aunque para que la austeridad termine efectivamente, el gobierno tendría que recaudar 19.000 millones de libras adicionales al año (Emmerson et al. 2018). Por lo tanto, hay una desconexión en la retórica del gobierno y las condiciones materiales que indican una crisis continua.

Más allá de los términos presupuestarios y políticos, también están las crisis materiales y biofísicas vinculadas a las medidas de austeridad. Por ejemplo, el recorte de las ayudas sociales en una

época de desempleo récord, junto con la creciente financiarización del mercado de la vivienda, que se está produciendo tanto en Grecia, como en el Reino Unido, ha provocado y sigue provocando un aumento drástico de las personas sin hogar y una crisis de la vivienda (Watt y Minton 2016; Fields y Hodgkinson 2018). Esto, indudablemente, coloca a las personas en posiciones vulnerables. Las crisis intercaladas también desgastan la salud mental, todo lo cual -a nivel poblacional- conduce a un mayor consumo de drogas y alcohol y a la probabilidad de participar en economías sumergidas, entre otros comportamientos de riesgo. A su vez, la austeridad ha contribuido, en gran medida, a los brotes de VIH y hepatitis C y a las crisis de sobredosis que sufren muchas ciudades europeas y de otros países. El informe sobre muertes por drogas de la Oficina Nacional de Estadísticas del Reino Unido de 2021, muestra el mayor número de muertes por sobredosis de drogas desde que se iniciaron los registros en 1993 (ONS 2021). La distribución espacial de estas muertes no es sorprendente, las personas que viven en las ciudades del norte del Reino Unido tienen un 50% más de probabilidades de morir por sobredosis de drogas que las que viven en cualquier lugar del sur. Los recortes en la financiación de los servicios de tratamiento de la drogadicción han sido del 27% desde que comenzó la austeridad en el Reino Unido y, más del 50% de los servicios recortados son del norte. Estas crisis están conectadas. En este contexto de múltiples y continuas crisis de austeridad, es imperativo entender cómo se moviliza e implementa la austeridad como idea política y sus efectos en los diferentes contextos urbanos.

Movilización de la Austeridad

Desde 2008, los académicos interesados en la relación entre los procesos económicos globales, la política, la gobernanza y el lugar, han puesto en primer plano la relación mutuamente constitutiva de la política móvil y la creación de lugares (McCann 2008; Peck y Theodore 2010; McCann y Ward 2011; Temenos y McCann 2013). Este trabajo se centra en los procesos sociales de los modelos e ideas que circulan entre los lugares y, lo que es más importante, en las luchas políticas para implementar estos modelos e ideas en contextos locales específicos. Adopta un enfoque relacional global y pretende aunar la atención a las preocupaciones a nivel macro de la economía política con un análisis detallado de la política local (Massey 2011; Allen et al. 2012).

La aplicación de esta perspectiva al concepto de austeridad y la utilización de los trabajos recientes sobre el urbanismo de la austeridad me han permitido comprender la formulación de políticas contemporáneas y sus efectos en el acceso a los servicios de salud pública. Aquí me centro en el acceso a los servicios de las comunidades vulnerables. El urbanismo de la austeridad es un cuerpo de trabajo que ha surgido después de la crisis y su preocupación por la austeridad como política y como condición social (Peck 2012; Tonkiss 2013; Fuller 2017; Davidson y Ward 2018; Gray y Bardford 2018). Se centra en cómo la austeridad da forma a las ciudades contemporáneas a través del papel del localismo intensificado bajo la gobernanza estatal neoliberal. Al poner en conversación estos dos cuerpos de trabajo, examino el papel de la crisis en la política y la formulación de políticas urbanas, cuestionando las ideas de la austeridad como algo omnipresente o inevitable.

Davies y Blanco (2017), en su análisis de seis ciudades diferentes en las que se ha aplicado la austeridad, han demostrado que los lugares con una historia de política contenciosa tienen más probabilidades de debilitar los cimientos de la austeridad neoliberal, creando así una base potencial para un cambio de régimen más amplio y quizás más progresista. Aunque la austeridad tiende a reforzar el neoliberalismo y a socavar la gobernanza participativa, la resistencia a ella tiene el potencial de forjar solidaridades nuevas y a veces inesperadas. Es especialmente importante destacar esto al teorizar las geografías radicales de la esperanza (Lawson 2007). Basándose en la famosa máxima de Marx, Castree et al. (2010) afirman que el objetivo de teorizar una geografía de la esperanza es cambiar el momento presente para mejor. No estoy diciendo que debemos ignorar la aparente hegemonía del capitalismo neoliberal, sin embargo, es importante examinar las políticas progresistas y a veces radicalmente

transformadoras y las posibilidades que surgen en relación con las condiciones de austeridad con el fin de promulgar las posibilidades de futuros alternativos.

El resto de esta discusión se centra en cómo la política de la salud pública juega en relación con la elaboración de políticas de crisis, destacando tanto el momento problemático de un resurgimiento de la política urbana revanchista, así como los ejemplos esperanzadores de la solidaridad sanitaria, un punto en el que terminó esta intervención. La austeridad no es un concepto nuevo. Vivir con o por debajo de las propias posibilidades debido a la falta de recursos, así como a una posición moral o estética, ha sido defendido por filósofos, políticos y líderes religiosos durante siglos (Blyth 2013). Más recientemente, los años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial fueron conocidos en el Reino Unido como la Era de la Austeridad, y durante este tiempo, el Reino Unido tuvo que liberalizar su economía y eliminar las barreras comerciales para poder acceder a la financiación del Plan Marshall para la reconstrucción. La forma de austeridad con la que estamos familiarizados hoy en día, el despojo de los presupuestos gubernamentales, la privatización de los servicios y el aumento de los impuestos, se inspira en los programas de ajuste estructural impuestos a muchos países del sur global por el FMI y el Banco Mundial en la década de 1980 a cambio de préstamos para modernizar la infraestructura y pagar las deudas (Lütz y Kranke 2014; Bigger y Weber 2021).

Los memorandos de entendimiento en el marco de los actuales programas de ajuste económico generados por acuerdos de gobernanza multi-nivel, que casi siempre incluyen al FMI, la Comisión Europea, el Banco Mundial, en el caso de Hungría, y, el Banco Central Europeo en el caso de Grecia, son "reproducciones en serie" de las políticas de ajuste estructural de años anteriores (Harvey 1989; T. Baker y Temenos 2015). Estas políticas y programas exigen recortes en los sistemas sanitarios financiados con fondos públicos o, en los casos en los que los presupuestos sanitarios estaban delimitados, recortes en las instituciones y sectores políticos asociados, como la asistencia social y la educación infantil, que a su vez tienen efectos significativos en los determinantes sociales de la salud. Los recortes presupuestarios se aplicaron en Grecia y Hungría a pesar de que el FMI había reconocido previamente que los recortes en estos sectores deberían estar fuera de los límites. Cuando entraron en vigor, promulgados sobre sistemas ya crónicamente infrafinanciados, no es de extrañar que se produjera una serie de crisis sanitarias. Tanto Grecia como Hungría, por ejemplo, experimentaron brotes de VIH sin precedentes directamente relacionados con los recortes en los programas de intercambio de agujas y otros servicios de tratamiento de drogas (Malliori et al. 2011; Tarjan et al. 2015).

Los recortes a los servicios y los brotes se centraron en Atenas y Budapest respectivamente. En su trabajo sobre el ajuste estructural y la austeridad en Asia, Gosh (2019) sostiene que la persistencia de los programas de ajuste económico, a pesar de sus resultados fallidos, se debe a la falta de responsabilidad de instituciones financieras como el Banco Mundial y el FMI. Peck y Theodore (2015) también han documentado cómo la ideología del neoliberalismo sigue siendo fuerte dentro de estas instituciones a pesar de los fracasos de las políticas. Este trabajo subraya que el fracaso es un discurso cargado de poder, así como un resultado material, que revela a los actores implicados en etiquetar las políticas como éxitos o fracasos, y de hecho lo que cuenta como fracaso (McCann y Ward 2015; Temenos y Laueremann 2020). La extracción de lecciones para los programas fallidos no concluye que los programas neoliberales aumenten los resultados de la pobreza, sino que los países que implementaron las reformas no lo hicieron correctamente o en una medida suficientemente amplia (Peck 2002; Temenos y Laueremann 2020).

Oliver Blanchard, antiguo economista jefe del FMI durante la crisis de 2008, al hablar de los fracasos del programa griego, observó:

Creíamos que un pequeño superávit primario, que aumentara con el tiempo, era absolutamente necesario para mantener la sostenibilidad de la deuda. Habiendo

examinado de cerca el presupuesto, no vimos cómo podría lograrse sin una reforma del IVA para ampliar la base fiscal, y una reforma de las pensiones para poner el sistema de pensiones en una base sostenible. En estos aspectos, *nuestras opiniones coincidían plenamente con las de nuestros socios europeos.*" (Blanchard, 2015, énfasis añadido).

La creencia persistente en la reforma económica neoliberal, la terquedad a la hora de entrar en discusiones sobre la posibilidad de otro camino hacia el alivio de la deuda, y la falta de responsabilidad institucional por parte de los socios de gobernanza en la Comisión Europea se unieron, permitiendo que una política con resultados sociales negativos conocidos se extendiera por los países europeos en dificultades. ¿Qué implicaciones tiene esto para la política local? Por un lado, un aumento de las respuestas revanchistas a los problemas de salud pública. Los geógrafos han señalado que con la austeridad ha llegado un aumento del revanchismo en la política urbana (Lees et al 2010). Sin embargo, como demuestra Lawton (2018), los estudios que se ocupan de la ciudad revanchista siguen preocupados por la investigación sobre la gentrificación, la vivienda y la falta de hogar. Slater (2016, 29, énfasis añadido) señala, sin embargo, que

la ciudad revanchista es un escenario en el que los que están en la cima de la estructura de clases están decididos a mantener y aumentar el privilegio de su posición a través de *todo tipo* de tácticas políticas agresivas, innovaciones institucionales, marcos legales y *experimentos políticos*.

Cuando se comparan con las políticas urbanas de salud pública, como la ubicación de los servicios de salud, como las clínicas de acogida, las formas y los lugares en los que se tratan enfermedades como el VIH o la hepatitis C (por ejemplo, la distancia que la gente tiene que viajar para ver a un médico), o la promulgación de órdenes de protección del espacio público destinadas a criminalizar a las personas sin hogar con el pretexto de prevenir las crisis de salud pública, es evidente que la violencia de la ciudad revanchista se hace explícita a través del discurso y las acciones públicas. La ONU ha condenado al gobierno del Reino Unido por su enfoque "mezquino" hacia las personas afectadas por la austeridad (Alston 2018), cada vez hay más respuestas policiales (en lugar de paramédicas) a las crisis de sobredosis, las organizaciones benéficas tienen que cambiar de horario y de ubicación debido a los recortes presupuestarios y al aumento de los alquileres, y hay ataques de extrema derecha contra los servicios de salud. Por ejemplo, en marzo de 2019, Positive Voice, una gran organización de servicios de VIH/sida en Atenas fue atacada y su edificio incendiado por un grupo fascista. Se han cometido actos incendiarios similares contra viviendas ocupadas por refugiados y otros espacios de solidaridad para comunidades marginadas en Atenas. La violencia de la política de austeridad no es sólo estructural, sino explícita.

En medio de la creciente escasez de recursos, se tiene menos en cuenta a las comunidades que ya sufren la marginación cuando se trata de la distribución de los recursos sanitarios, algo que surgió repetidamente en las entrevistas. Por ejemplo, un gestor de servicios de Manchester, al hablar de los recortes en el presupuesto de asistencia social, observó:

Cuando llegan los recortes presupuestarios... no se puede hacer nada para combatirlos. Hay que gestionarlos. Y, por supuesto, en el mejor de los casos se espera trabajar juntos y hacer los recortes de forma que afecten lo menos posible a todos/as. Pero eso no es... [larga pausa]. Hay que gestionarlo, y por supuesto todo el mundo piensa que su programa es el más importante. Quieren salvar su programa y a su gente [puestos de trabajo]. Así que se hacen juicios y empiezan a surgir preguntas en torno al merecimiento. (Entrevista, director de servicios, Manchester 2017)

El merecimiento fue un discurso omnipresente a lo largo de las entrevistas en las tres ciudades. Cuando las decisiones presupuestarias se evalúan en función de la cuestión de quién es más merecedor

de atención, se evoca el espectro de la responsabilización, un individuo que necesita cuidarse a sí mismo antes de poder recibir atención (Glasgow y Schrecker 2015). En un sistema de atención sanitaria socializado, la asignación de la atención sobre la base del "merecimiento" también pone en tela de juicio quién está incluido en el "público" al que dichos sistemas deben servir. A su vez, hay menos espacio para reconocer las causas estructurales y los determinantes sociales de la mala salud provocados por la propia lógica y condición de la austeridad, que se refuerza constantemente.

Sin embargo, la política urbana revanchista no es tan sencilla como parece. Aquellos que promueven la política sobre el terreno, a menudo los proveedores de servicios de clase media, no operan necesariamente sobre la base de la suposición de que comunidades enteras no merecen atención debido a su posición en una subclase inmutable (Blokland 2012; Di Feliciano 2021). Más bien, como demuestra la cita anterior, el merecimiento entra en juego como estrategia discursiva cuando las políticas de austeridad fabrican escasez. Los debates sobre el merecimiento, un discurso constante en la política sanitaria y social, adquieren una nueva urgencia en las situaciones de crisis y se convierten con mayor frecuencia en armas de "sentido común", lo que excluye los debates sobre respuestas políticas alternativas. Sin embargo, es importante reconocer que "los discursos y los documentos políticos no constituyen la vida social hasta que se practican sobre el terreno". (Blokland 2012, 503). Este es el contexto político duro, punitivo y desordenado en el que se desarrolla el acceso a la atención sanitaria y en el que se toman las decisiones políticas.

Elaboración de Políticas de Crisis

Las crisis continuas y en curso y las políticas revanchistas que surgen tanto de las instituciones gubernamentales como de las partes interesadas no estatales han dado lugar a lo que yo llamo elaboración de políticas de crisis. Como señalé en la introducción, hay cuatro aspectos de la elaboración de políticas de crisis: rapidez, opacidad, revanchismo y experimentación. En su estudio sobre la política rápida, Peck y Theodore (2015), siguiendo a Harvey (1989), sostienen que las crisis cíclicas del capitalismo se agravan en plazos cada vez más reducidos por la compresión espacio-temporal, y los responsables políticos se ven obligados a responder con una velocidad cada vez mayor. Por lo tanto, las políticas tienen que ser adaptables o reemplazables. Por un lado, esto ha impulsado un aumento de la movilidad política, en la búsqueda de políticas que se sabe que "funcionan", las mejores prácticas (McCann y Ward 2011). Por otro lado, la rapidez de las respuestas políticas también contribuye a aumentar la incertidumbre política. Con políticas que cambian rápidamente, a veces anualmente como fue el caso de Atenas durante la crisis financiera o diariamente en cada ciudad durante la primera y segunda oleada de Covid, el gobierno local y las comunidades son incapaces de construir visiones o planes a largo plazo, ni son capaces de asegurar que los servicios permanecerán en su lugar o serán adecuados para su propósito.

El segundo aspecto de la elaboración de políticas de crisis es su opacidad. El carácter repentino de las crisis y los estados de excepción a los que se recurre para responder a ellas hacen que los procesos democráticos habituales de elaboración de políticas se aceleren o se eliminen por completo, tomando decisiones por decreto. También puede resultar "difícil mantener la improbable velocidad necesaria para que las reformas tomen forma" mientras se está en estado de crisis (Lorne 2021, 6). La falta de transparencia y resistencia también contribuye a la incertidumbre, lo que a menudo significa que los programas de salud, especialmente los programas de divulgación de la salud pública, se quedan rápidamente sin personal y acaban siendo insostenibles. En tercer lugar, la elaboración de políticas de crisis suele ser revanchista. Es una respuesta reaccionaria a una crisis específica o a un conjunto particular de crisis que se presenta en el momento. Las respuestas políticas revanchistas son alimentadas, como señala Jessop (2012, 33), por "la creencia generalizada de que "todo el mundo" es culpable debido a la "codicia" generalizada basada en la financiarización de la vida cotidiana en las economías neoliberales". El encuadre de la crisis como causada por la avaricia individual y el consumo excesivo sienta las bases

para la promulgación de medidas de austeridad generalizadas que, a su vez, producen resultados sociales y económicos negativos para las ciudades de todo el mundo.

Y en cuarto lugar, la elaboración de políticas contra la crisis es experimental. Es este cuarto elemento, sostengo, el que podemos considerar para poner en dificultades la austeridad como condición. La crisis financiera mundial de 2008 precipitó una serie de movimientos sociales a favor de la democracia en todo el mundo. Desde #Occupy, pasando por la Primavera Árabe, hasta el Movimiento de los Paraguas y otros, hubo una creciente sensación de que el experimento neoliberal había llegado a sus límites y que había espacio para que surgieran nuevas formas y prácticas de gobernanza. Si bien la transformación radical no se materializó a través de la revolución, a través de lo que he llamado en otro lugar "política propia de la vida cotidiana" -las interacciones políticas mundanas en curso entre el Estado y la sociedad que incluyen, pero no se limitan, a la protesta callejera- hubo un cambio en los espacios de gobernanza y en los debates sobre qué posibilidades políticas alternativas podrían existir (Temenos 2017). Las alternativas progresistas son quizá más reconocibles en el movimiento del nuevo municipalismo y en gobiernos urbanos como Barcelona en Comú (Russell 2019; Davies 2021). Sin embargo, hay otras numerosas prácticas experimentales que han servido para marcar materialmente la diferencia en los resultados de las ciudades afectadas por la crisis, como las clínicas y farmacias solidarias, de las que hablo más adelante, y para replantear e impulsar los debates sobre las leyes punitivas; por ejemplo, la derogación de las políticas de austeridad más duras en Grecia, que habían impedido a la gente acceder al seguro médico, o una mayor publicidad en los debates políticos sobre la legalización y regulación de las drogas en el Reino Unido. Precisamente por la rapidez, la opacidad y la naturaleza reaccionaria de la elaboración de políticas de crisis, existe una oportunidad para la experimentación y el cambio en tiempos de crisis urbana. Los programas que no hubieran sido políticamente sostenibles ni siquiera un mes antes, no sólo se consideran, sino que se ponen en marcha rápidamente. En el resto del documento se muestra cómo funciona en la práctica la elaboración de políticas de crisis para ilustrar los escollos y las posibilidades de la prestación de servicios sanitarios públicos en las ciudades europeas, tomando ejemplos de cada lugar.

Budapest

La sanidad pública en Budapest se deterioró rápidamente tras la crisis. Antes de 2008, la economía pos-socialista de Hungría era relativamente fuerte. Sin embargo, el impacto de la crisis financiera de 2008 fue especialmente grave debido a la fuerte deuda en divisas. Y como resultado, Hungría fue el primer país de la UE en recibir un préstamo de 20.000 millones de euros del FMI. Además de recortar las pensiones, aumentar la edad de jubilación, congelar los salarios de los empleados públicos y reducir los programas de subvenciones estatales, las condiciones de reembolso del préstamo también provocaron importantes recortes en el presupuesto nacional de sanidad de 2008. Aunque el gasto sanitario posterior se ha mantenido estable, el aumento del desempleo y el incremento de la urbanización, sobre todo en Budapest, han puesto una carga adicional para el sistema. También ha aumentado la demanda de servicios sanitarios públicos de bajo umbral, incluidos los centros de atención primaria, las clínicas de salud sin cita previa y los programas de intercambio de agujas, que ha crecido desde 2011. Las autoridades locales, incluida Budapest, son propietarias de sus hospitales y de la mayoría de los demás centros de salud, y son responsables de los servicios sanitarios, lo que ha provocado una desigualdad geográfica en la prestación de la asistencia y en el acceso a la misma, no solo entre lugares urbanos y rurales, sino también dentro de las ciudades. Desde 2010, cuando el gobierno de derechas de Fidez obtuvo una victoria aplastante en las elecciones nacionales y municipales, el gobierno ha impulsado un programa de privatización de la sanidad, pasando el sistema a un modelo explícitamente de pago único en 2011.

Entre 2010 y 2013 se suspendió parte del presupuesto de la sanidad pública, que se dividía en paquetes presupuestarios de salud, asistencia social y aplicación de la ley, mientras el gobierno recién

elegido revisaba y, en la mayoría de los casos, sustituía las políticas relativas a la sanidad pública y la asistencia social. Por lo tanto, a pesar de que no hubo cambios significativos en los porcentajes de gasto sanitario, las asignaciones presupuestarias se reorientaron significativamente en detrimento de los servicios de salud pública y atención primaria. En ese tiempo y posteriormente, muchos centros de salud primaria, así como los servicios de salud pública para comunidades marginadas, como los gitanos, los jóvenes de la calle, los trabajadores del sexo y las personas que consumen drogas, han sido cerrados debido a los recortes de financiación que, en parte, se han atribuido a los presupuestos de austeridad.

Por ejemplo, en 2010 se redujo a la mitad el presupuesto para el tratamiento de la drogadicción. Fue uno de los primeros movimientos políticos del gobierno de Fidez, unido a la paralización y revisión de la nueva Estrategia Nacional sobre Drogas que debía ponerse en marcha en 2010. La justificación fue también presupuestaria. Citando el rescate del FMI, los políticos argumentaron que, con los recortes presupuestarios, habría que implementar una nueva estrategia de drogas acorde con lo que era económicamente viable. Estas acciones fueron acompañadas por una retórica gubernamental de guerra a las drogas y dureza contra el crimen. Hungría tuvo, hasta 2010, una política de salud pública exitosa. Durante la pandemia de SIDA en los años 80 y 90, Hungría fue una notable excepción a las altas tasas de transmisión en los países pos-socialistas. También fue el único país pos-socialista que había implantado rápida y universalmente el intercambio de jeringuillas en sus ciudades. El enfoque de salud pública de Hungría para la reducción de daños en la política de drogas se consideró un modelo de éxito en la región. En el año 2000, se incluyó en la Estrategia Nacional sobre Drogas un enfoque que daba prioridad a la salud pública, en lugar de a la criminalización. A este enfoque se le atribuyó en gran medida el mérito de haber mantenido las tasas de VIH de Hungría como las más bajas de la región durante dos décadas, entre 1985 y 2005 (Gyarmathy y Neaigus 2005). Las tasas de VIH se mantuvieron bajas hasta 2012, cuando entraron en juego los efectos de los recortes presupuestarios. El gobierno de Fidez tomó medidas para garantizar que la política de reducción de daños fracasara en la consecución de sus objetivos previstos, en un ejemplo de lo que Wells (2014) identifica como la práctica intencional de *políticas para el fracaso* (lo que en inglés el autor denomina *policy failing*), los procesos y la política de orquestar el fracaso en la puesta en marcha o el alcance de los objetivos políticos, haciendo que las políticas fracasasen efectivamente. Casi treinta años de implementación de políticas exitosas habían fracasado debido a la oposición ideológica frente a la clara evidencia de resultados sociales, fiscales y de salud pública exitosos.

En Hungría no se publicó una nueva estrategia sobre drogas hasta 2013, junto con un código penal revisado que había aumentado significativamente las penas por consumo de drogas, y, para entonces el daño ya estaba hecho. El cierre de servicios había comenzado casi inmediatamente en 2011 y 2012. Y en 2014, las tasas de VIH y Hepatitis C empezaron a aumentar de forma alarmante. La tasa de hepatitis C se duplicó entre 2011 y 2014 entre los usuarios de drogas inyectables (Gyarmathy et al. 2016). Dos de los seis mayores centros de intercambio de agujas fijos cerraron en Budapest, lo que limitó gravemente la prestación de servicios. Muchos de los servicios sanitarios que funcionaban en los distritos VIII y IX y en la periferia de la ciudad han pasado de los centros fijos a los equipos móviles de extensión, lo que ha dificultado considerablemente el acceso de la comunidad local a los servicios sanitarios.

En Budapest, la política de crisis está agravando la crisis de austeridad al crear nuevas crisis donde antes no las había. Suspender la política de drogas en nombre de la austeridad era políticamente conveniente para el gobierno, que pretendía que se viera que actuaba con dureza contra las drogas forzando el cierre de los intercambios de agujas y los servicios de acogida. Sin embargo, la ausencia de una estrategia sobre drogas durante cuatro años significó que la ya reducida financiación no estaba garantizada año tras año, ni los servicios podían planificar más allá del año fiscal. Si bien hubo algo de improvisación, por ejemplo, el antiguo personal de los servicios cerrados se asoció con una iglesia local

para organizar un programa de divulgación, éste se basa en voluntarios y donaciones, sin empleados remunerados ni presupuestos para suministros, por lo que la prestación sigue siendo ad hoc. Tampoco fue suficiente para llenar el vacío dejado por el cierre de los servicios programados y financiados. Los resultados de estas crisis han sido, el aumento del consumo de drogas y de la transmisión de enfermedades (Gyarmanthy et al. 2016), además de una fuerte disminución del acceso a los servicios sanitarios en el marco de la austeridad.

Manchester

La política sanitaria y social de Mánchester opera desde un contexto diferente, más sutilmente revanchista. En Manchester se ha apostado por la experimentación. La austeridad se introdujo en el presupuesto nacional de 2010, el 85% del cual consistió en recortes de gastos que redujeron el gasto en 85.000 millones de libras esterlinas, lo que afectó significativamente al NHS y a la Asistencia Social (Reeves et al. 2013; Lorne et al. 2021). A diferencia de Grecia y Hungría, el gobierno del Reino Unido propuso y aprobó un presupuesto de austeridad en lugar de que le fuera impuesto. Por lo tanto, la austeridad en el Reino Unido, al presentarse como la única opción, fue menos polémica que en Grecia y Hungría. Sin embargo, la reacción contra los recortes previstos en el Servicio Nacional de Salud fue lo suficientemente grande como para atemperar las amplias medidas esbozadas en el presupuesto original de 2010. A pesar del ampliamente publicitado retroceso en los recortes previstos para el NHS, otros recortes de las autoridades locales han sido "inevitables" debido a las limitaciones presupuestarias. Los recortes del 6,2% en las subvenciones a la sanidad pública y del 14% en la asistencia social dejan a las ciudades del Reino Unido en busca de recursos para atender la creciente demanda de servicios (Reeves et al. 2013).

En este contexto de austeridad, el Reino Unido ha iniciado un proceso de devolución de competencias presupuestarias a los entes locales y regionales, que comenzó con un acuerdo en 2014 en Manchester, donde un presupuesto combinado de seis mil millones de libras esterlinas para la sanidad y la asistencia social está siendo administrado por la recién creada Greater Manchester Health and Social Care Partnership. A pesar de no tener competencias legales en materia de sanidad, está presidida por el primer alcalde electo de Mánchester y antiguo secretario de Sanidad, el laborista Andy Burnham. La asociación puede administrar los presupuestos, pero no puede, al menos formalmente, llevar a cabo la política del NHS. Es probable que el modelo de Mánchester sirva de precursor para las otras cinco regiones que se encargarán de sus propios presupuestos sanitarios en los próximos años. Y a pesar de las protestas encabezadas por grupos como la Asamblea del Pueblo o el movimiento #SaveOURNHS, la contractualización ha sido una parte importante del presupuesto del NHS descentralizado en la extensión de todo Manchester.

Al mismo tiempo que el acuerdo de traspaso de competencias se negociaba entre el Tesoro, el NHS de Inglaterra y los líderes de los gobiernos locales, el Gran Mánchester era también el lugar donde se llevaba a cabo un programa piloto para el nuevo sistema de Crédito Universal, la reorganización de seis prestaciones estatales sujetas a la comprobación de recursos en un único pago. Esta nueva prestación ha sido controvertida, y su aplicación ha demostrado tener graves consecuencias negativas para las personas que ya reciben prestaciones por una serie de razones, entre ellas el período de espera de 6 semanas (reducido a 5 semanas) para el primer pago (Klair 2020). En este contexto, los efectos de la "austeridad cotidiana" (S. M. Hall 2019) se hicieron sentir de forma aguda. La brecha entre el final del antiguo sistema de prestaciones y la recepción de las nuevas puso a los inquilinos económicamente precarios en situación de atraso en el pago del alquiler, lo que contribuyó al aumento del 62% de las personas sin hogar entre 2014 y 2015. Además, se han acelerado las presiones preexistentes del impuesto sobre el dormitorio y otras sanciones de prestaciones que forman parte del programa de reforma de la asistencia social del gobierno conservador. El aumento simultáneo del consumo de drogas, incluida la

introducción de nuevas sustancias sintéticas como el spice (cannabinoides sintéticos), ha provocado una crisis no solo en el ámbito de las personas sin hogar, sino también en el de la atención sanitaria.

En una auditoría sanitaria realizada en 2016, el 55% de las personas sin hogar declararon tener una trimorbilidad, es decir, problemas de salud mental, de salud física y de consumo de sustancias. El 57% había acudido al servicio de urgencias en el transcurso del año y el 63% de las personas ingresadas en el hospital fueron dadas de alta en la calle, lo que aumenta en gran medida el riesgo de que vuelvan a ser atendidas a través del servicio de urgencias (Pathway 2017). Los defensores consideraron que la nueva estrategia de encargo de la Greater Manchester Health and Social Care Partnership era una oportunidad para garantizar que la respuesta a los sin techo se incluyera en el diseño y la aplicación del acuerdo de devolución, lo que mejoraría las desigualdades en materia de salud, un objetivo clave de la devolución del presupuesto sanitario. La Estrategia de Prevención del Sinhogarismo 2021-2026 de la Greater Manchester Combined Authority menciona la sanidad y la devolución, pero hasta la fecha es demasiado pronto para saber si se financiarán las iniciativas.

La salud de las personas sin techo es una cuestión compleja. Quienes se quedan sin hogar, con problemas de salud mental y física preexistentes, a menudo ven exacerbados esos problemas por la incertidumbre de la falta de vivienda. Y, aquellos sin problemas de salud preexistentes que se quedan sin hogar a menudo pueden desarrollar problemas de salud complejos y superpuestos. La vivienda o la falta de ella es uno de los determinantes sociales más fuertes de la salud (Swope y Hernández 2019). Por lo tanto, la falta de vivienda se convirtió en una piedra angular de la campaña de Burnham cuando se presentó a la alcaldía. Bajo esta bandera se han patrocinado varias iniciativas. La crisis tan visible de los sin techo en Mánchester también ha hecho que exista una voluntad política de impulsar el cambio, aunque el consenso sobre la mejor manera de hacerlo y sobre si las iniciativas tendrán éxito es muy discutido.

Además de la campaña "Una cama para cada noche", que se puso en marcha en 2019 y que tiene como objetivo proporcionar una cama de refugio para cada uno de los 500 durmientes sin hogar de Mánchester; está la campaña "Homeless Friendly", que se centra en educar tanto a los consultorios médicos como a los que no tienen una dirección sobre su derecho a acceder a la atención médica, y, dos proyectos piloto de *housing first*. Al igual que la austeridad, *housing first* es una política globalmente móvil y ampliamente considerada por los defensores de la vivienda como la mejor práctica (T. Baker y Evans 2016), se basa en tomar a los más difíciles de alojar, personas que han experimentado la falta de vivienda crónica y múltiples problemas de salud y adicciones, y proporcionarles una vivienda segura con servicios sanitarios y sociales integrales adaptados a sus complejas necesidades individuales. Han sido populares en parte por su éxito y en parte porque defienden ideas socialmente progresistas sobre la vivienda que

se alinean con las características y preferencias comunes de los proyectos de neoliberalización (urbana), algunas de las cuales incluyen: (1) un énfasis discursivo y material en las patologías individuales (es decir, la enfermedad mental, la adicción, el deterioro físico) por encima de las causas estructurales de la falta de vivienda, (2) la premisa de la intervención basada en el ahorro fiscal que se cree que resulta de abordar un subgrupo de "alto costo" de la población sin hogar, y (3) la realización de calles "limpias y seguras" mediante la eliminación de un tipo pequeño pero muy visible de personas sin hogar y sus comportamientos de la vista pública (T. Baker y Evans 2016, 32).

Así pues, se trata de un modelo de política popular en el marco de la austeridad.

Sin embargo, sin una inversión financiera continua en el proyecto por parte del gobierno, el modelo "housing first" posiblemente no tendrá éxito. Los programas piloto de Manchester sólo tienen

garantizada la financiación durante tres años, esto ha provocado la frustración tanto de los profesionales de la salud como de los activistas de la vivienda. Según un médico de cabecera:

Sigue siendo frustrante porque se sigue oyendo que todo ese dinero se destina a los sin techo y se destina a los enfoques de alojamiento. La vivienda primero, todo el mundo sigue hablando de la vivienda primero, que entiendo que tiene una base de evidencia para ello, ponen a la gente en una casa pero no hacen nada sobre el servicio de drogas, no hacen nada, y su capacidad de hacer algo sobre nuestro servicio, no hacen nada sobre los servicios de apoyo. (Entrevista, médico de cabecera, Manchester, 2018)

Un defensor de las personas sin hogar de Mánchester y responsable político también declaró

...no es una panacea... Mi preocupación es que se asuma como el único enfoque porque es una forma fácil para un gobierno que ha fragmentado un sistema para intentar mostrar que lo ha vuelto a unir.... Y mi preocupación es que la financiación al final del programa también, ya sabes, todo el punto es que esos servicios nunca deben parar para ese individuo si lo necesitan y eso es mucho más caro que el sistema actual, pero si es efectivo, nos ahorra dinero en el sistema externo, pero ¿de dónde va a salir eso en tiempos de austeridad? (Entrevista, responsable político, Manchester, 2018).

El escepticismo de las personas que ya trabajan en cuestiones relacionadas con las personas sin hogar desde la perspectiva de la salud y la vivienda no es infundado. En febrero de 2019, la ciudad de Manchester abrió una consulta para una propuesta de nueva orden de protección del espacio público que criminalizaba efectivamente a las personas sin hogar. Recibió una fuerte oposición de la comunidad e inicialmente la PSPO fue presentada como respuesta, sin embargo, en medio de la pandemia de COVID-19 la orden fue aprobada por el Consejo otorgando amplios poderes a la Policía de la zona urbana de Manchester. La imposición impetuosa de ésta orden causó un fuerte aumento de personas durmiendo en las calles, de la mendicidad y del consumo de drogas en la vía pública; todo lo cual se ha atribuido a los cambios en la política económica y de drogas desde que se impusieron los presupuestos de austeridad en el Reino Unido en 2010.

El marco para ello (antes y durante Covid) también se basó en las lógicas de salud pública de disminuir la cantidad de jeringas usadas encontradas en las calles así como los problemas crónicos de orinar y defecar en los lugares públicos, que aumentaron con el cierre de los aseos públicos bajo la austeridad. La elaboración de políticas de crisis en Manchester demuestra una falta de coordinación en un amplio conjunto de cuestiones sanitarias y sociales. Desde la pandemia de Covid 19, Mánchester ha aprovechado las nuevas vías de financiación temporal y ha avanzado en la reducción del número de personas sin hogar, que se estima en un 52%. Sin embargo, no está claro cómo las estrategias municipales y regionales en materia de salud y vivienda se unirán para lograr un cambio positivo sobre el sinhogarismo a largo plazo, y la voluntad de experimentar, por ejemplo, con el *housing first*, corre el riesgo de fracasar debido a esta falta de coordinación y a la rapidez con la que se puede encontrar financiación para los proyectos piloto, pero no para su aplicación a largo plazo.

Atenas

Atenas es otra historia. Los efectos negativos sobre los resultados sanitarios y el acceso a los servicios de salud en Grecia bajo la austeridad están bien documentados (Karanikolos y Kentikelenis 2016; OMS 2016; Sparke 2017). En general, se acepta que las medidas de austeridad impuestas al país han sido las más severas de la UE. Atenas representa un caso extremo de austeridad, por lo que no es representativa del urbanismo de austeridad en las ciudades europeas. Sin embargo, no sólo ha magnificado las consecuencias negativas, sino también las alternativas políticas que surgen en el contexto

de la crisis, por lo que sigue siendo un caso de vital importancia. Desde 2009, la economía griega es la más endeudada de la Unión Europea, con un 25,6%, y actualmente se encuentra en proceso de recibir su tercer y último rescate financiero bajo unas medidas de austeridad cada vez mayores y contestadas a nivel nacional. La crisis griega se desencadenó por una tormenta perfecta de la crisis financiera mundial de 2008, las debilidades estructurales existentes en la economía griega y su infradeclaración crónica de su deuda nacional. Entre 2010 y 2018, el gobierno nacional promulgó veintinueve rondas de aumentos de impuestos, recortes de gastos y reformas económicas, es decir, políticas de austeridad. Estas medidas fueron condiciones impuestas a partir del paquete de préstamos recibido de la troika -el FMI, la eurozona y el Banco Central Europeo- en 2010, 2012 y 2015. Entre 2009 y 2013, el gasto en sanidad se redujo en un 32%. Los programas de salud pública, incluida la divulgación médica, los aumentos previstos en las clínicas de salud comunitaria y los intercambios de agujas en las ciudades griegas fueron algunas de las primeras víctimas de los recortes presupuestarios, lo que a su vez provocó un rápido aumento de la transmisión de enfermedades.

Sólo en Atenas, un brote de VIH en 2011 vio cómo las tasas de infección aumentaban un 1000%, algo sin precedentes (Davies 2012). La malaria apareció en el país en 2013 por primera vez en cuarenta años, y las tasas de suicidio han aumentado un 40% desde que comenzó la crisis (Rachiotis et al. 2015). El deterioro de la salud vinculado a la crisis financiera se vio agravado por las tasas récord de desempleo y pobreza preexistentes. Atenas también alberga al 40% de la población griega y cuenta con un sistema nacional de salud universal, que se divide entre la provisión pública y la privada. La atención sanitaria primaria y pública se presta a través de clínicas de salud de distrito. En 2011 las medidas de austeridad impuestas limitaron a los desempleados a un año de acceso al seguro sanitario nacional. De este modo, se recortó la cobertura sanitaria universal para una cuarta parte de la población, que debido al desempleo crónico dentro de la economía deprimida, no podía permitirse pagar la atención privada. A esto se sumaron los recortes salariales y la congelación de la contratación en el sector público, incluidos los hospitales financiados con fondos públicos. Con la caída de la demanda de servicios privados y la falta de acceso al sistema financiado con fondos públicos, muchos profesionales de la salud se trasladaron a otros países europeos, especialmente al Reino Unido y Alemania. Los ciudadanos no podían permitirse el acceso a la asistencia, y había menos personas cualificadas para atenderlos.

Lo que surgió en la brecha asistencial es quizá una de las formas más llamativas de solidaridad que ha surgido de la crisis. Las clínicas y farmacias solidarias, clínicas voluntarias que comenzaron a funcionar en ciudades de toda Grecia, con una concentración en Atenas. Se trata de clínicas de atención primaria que ofrecen atención sanitaria preventiva, crónica y de emergencia, vacunas y medicamentos recetados a, en su mayoría, personas sin seguro médico. Comenzaron a funcionar totalmente al margen del Estado, los partidos políticos o las ONG internacionales. Se calcula que hay entre 92 y 137 dispensarios en toda Grecia, y unos 50 en Atenas. Las clínicas están gestionadas en su totalidad por voluntarios y la mayoría funcionan a través de estructuras horizontales de toma de decisiones, casi siempre a través de una asamblea general formada por voluntarios y pacientes (Evlampidou y Kogevinas 2019). La clínica más grande atiende una media de 1.300 pacientes individuales al mes en unas 6.000 visitas mensuales, y, de media, las clínicas de Atenas atienden a unos 100 - 200 pacientes al mes.

Entre 2009 y 2011 se produjo un descenso del 14% en el gasto sanitario que hizo que muchos servicios tuvieran un horario reducido o cerraran por completo, por lo que estos experimentos urbanos fueron permitidos por el Estado, aparentemente como un intento de hacer frente a los servicios drásticamente recortados. Las clínicas sociales en sí mismas son más que un servicio médico, son explícitamente políticas. Un voluntario, un jubilado, que se encargaba de los registros administrativos en una de las clínicas, dijo:

"Somos una organización política, no en el sentido de política partidista, sino en el sentido de que estamos aquí para decir que la sanidad pública, universal y gratuita para todos es un derecho. No es un privilegio. Y más vale que se ponga las pilas, Estado, y que lo haga. Porque no vamos a sustituir al Estado. Así que estamos aquí para dar un poco de vergüenza en ese sentido". (Entrevista, Voluntario, Clínica de Solidaridad, Atenas, 2018)

Las clínicas han tenido éxito tanto en la prestación de un servicio de salud esencial como en la presión para el cambio de políticas. Por ejemplo, muchas clínicas solidarias han negociado un espacio para operar dentro de edificios municipales. En muchos casos, las propiedades anteriormente vacías se proporcionan de forma gratuita, y la ciudad paga la electricidad y el agua para que las clínicas puedan funcionar fuera del sistema médico nacional. En otros casos, las clínicas y las farmacias se encuentran dentro de viviendas ocupadas de mayor tamaño en toda la ciudad (aunque el desalojo de muchas viviendas ocupadas en 2019 también supuso el cierre de muchos de estos espacios), y aunque siguen siendo totalmente independientes del apoyo estatal, son recursos catalogados tanto por el municipio de Atenas como por las ONG que trabajan con comunidades vulnerables.

Los voluntarios no son tímidos en su defensa, como demuestra la cita anterior. Y aunque no podemos trazar una línea clara entre su trabajo político y los cambios legales, en 2015 se levantaron las leyes que excluían a los desempleados del seguro sanitario público, así como la congelación de la contratación de profesionales médicos. Aunque Grecia derogó las leyes que perjudicaban al sistema sanitario, el daño a un sistema ya precario estaba hecho y, por tanto, la necesidad de las clínicas de solidaridad no ha disminuido. En particular, los servicios de farmacia son los más demandados debido al copago del 20% de los medicamentos, que la mayoría de los desempleados o los que tienen un empleo marginal no pueden pagar. Por ello, los dispensarios solidarios siguen funcionando en paralelo al sistema sanitario público. Las clínicas han sido un experimento de prestación de servicios sanitarios al margen del Estado, y cumplen una triple función: En primer lugar, la función inmediata de proporcionar atención médica a los necesitados. En segundo lugar, proporcionan una función social, como un parche para las infraestructuras sociales y estatales que se desmoronan; son lugares de comunidad y funcionan también para proporcionar conexiones con otros servicios. Y, en tercer lugar, proporcionan una salida política a través de la cual se puede articular y resistir la violencia estructural de la austeridad. Su aceptación dentro del sistema sanitario demuestra cómo las polémicas intervenciones de salud pública se están convirtiendo cada vez más en un pilar de la actual política municipal en materia de salud y asistencia social (Di Feliciano 2017; Di Feliciano y O'Callaghan 2020). Su aceptación, en este caso, se demuestra a través de la provisión de terrenos municipales en los que algunos operan.

Conclusión

Concluyo con el ejemplo de Atenas como una esperanza para demostrar que el análisis de una política globalmente móvil como la austeridad, desde una perspectiva relacional, observando las instituciones y los actores internacionales que participan en la movilización de las ideas políticas en relación con los lugares donde estas políticas se promulgan y se experimentan, subraya la naturaleza socio-espacial de la política. Como sostienen McCann y Ward (2011), a medida que las políticas se mueven a través de los lugares y se imparten en ellos, cambian esos lugares a la vez que cambian su propia forma, lo que perturba la narrativa de que la movilidad de las políticas es un proceso lineal, como han demostrado estos ejemplos. Destaca cómo pensar en la elaboración de políticas de crisis como un momento político formativo puede apuntar a prácticas y procesos más progresistas, como las redes de solidaridad, subrayando la necesidad, como sostiene Robinson (2015), de examinar no solo los lugares de creación de las mejores prácticas, sino también las ciudades donde las políticas móviles "aterrizan" y afectan a las realidades materiales de las vidas urbanas.

Tras más de dos años de la pandemia de Covid 19 y la elaboración de políticas de crisis en el ámbito de la salud y la asistencia, se siguen demostrando las tensiones entre la profundización de las desigualdades y los movimientos políticos experimentales que conducen a mejores resultados sanitarios y sociales. Por ejemplo, desde la pandemia de Covid 19, el acceso a los servicios sanitarios para las personas que consumen drogas en Budapest se ha mantenido en gran medida, aunque ese acceso sigue estando clasificado como uno de los más bajos de Europa. Una excepción es que las condiciones de acceso a la Terapia de Sustitución de Opiáceos se relajaron durante la primera oleada y se han mantenido así desde entonces (Sarosi 2020). Esta decisión política tomada en un momento de crisis ha beneficiado a personas que antes estaban excluidas de un tratamiento farmacológico que podría cambiarles la vida, y es demostrativa de cómo la experimentación mundana que supone la elaboración de políticas de crisis puede promulgar regímenes sanitarios que cambian la vida.

En las crisis, los discursos hegemónicos, como el neoliberalismo, suelen reafirmarse, pero esto no es inevitable. Athina Arampatzi (2017), en su trabajo etnográfico sobre las economías solidarias, sostiene que la solidaridad como concepto tiene poder para movilizar a las comunidades locales en formas de resistencia. Es una piedra angular de la infraestructura de supervivencia de las comunidades marginadas. Las dificultades compartidas engendran una acción compartida contra la austeridad, al tiempo que abren un espacio para que surjan alternativas. La elaboración de políticas de crisis puede contribuir, y de hecho ha contribuido, a que las políticas de salud pública revanchistas sirvan para empeorar la salud de algunas de las ciudades más pobres y marginadas, privando aún más de sus derechos a personas que de otro modo podrían contribuir a una vibrante resistencia a la austeridad. Sin embargo, la comprensión de la elaboración de políticas de crisis también puede contribuir a la promulgación de ideas y prácticas políticas que puedan subvertir la aparentemente constante marcha de las lógicas neoliberales de la austeridad y producir mundos urbanos progresistas o incluso radicales.

Agradecimientos

Me gustaría dar las gracias a todas las personas que han participado en esta investigación y que han sacado tiempo de su increíblemente apretada agenda para hablar conmigo e invitarme a sus espacios. Me gustaría dar las gracias a Jamie Doucette y Kevin Ward por sus comentarios sobre un borrador anterior. Gracias también al colectivo editorial de ACME por invitarme a dar la conferencia ACME RGS-IBG 2019, y en particular a Cesare Di Felicianantonio, por su apoyo y paciencia en la redacción de este artículo.

La investigación para este proyecto fue financiada a través de la Beca Postdoctoral de la Fundación de Estudios Urbanos, y la conceptualización en curso de la crisis urbana y su redacción fue apoyada por la Beca de Futuros Líderes del Consejo de Investigación Médica [número de subvención MR/V02468X/1].

Referencias

- Agamben, Giorgio. 2005. "State of exception," *Nova srpska politička misao* 12 (01+ 04): 135-45.
- Ali, S. Harris, y Roger Keil (Eds.). 2008. *Networked disease: emerging infections in the global city*. Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Allen, John, con Julie Charlesworth, Allan Cochrane, Gill Court, Nick Henry, Doreen Massey, y Phil Sarre. 2012. *Rethinking the region: Spaces of neo-liberalism*. London: Routledge.
- Alston, Philip, "Statement on Visit to the United Kingdom, by Professor Philip Alston, United Nations Special Rapporteur on extreme poverty and human rights", November 16, 2018,

<https://www.ohchr.org/en/statements/2018/11/statement-visit-united-kingdom-professor-philip-alston-united-nations-special>. Date Last Accessed 8 July 2022.

- Arampatzi, Athina. 2017. "The spatiality of counter-austerity politics in Athens, Greece: Emergent 'urban solidarity spaces'," *Urban Studies* 54 (9): 2155-71.
- Baeten, Rita, Slavina Spasova, Bart Vanhercke, y Stephanie Coster. 2018. *Inequalities in Access to Healthcare: A Study of National Policies*. Brussels: European Commission- Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Baker, Carl. "NHS Key Statistics: England", February 20, 2020. Number 7281, <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-7281/>. Date Last Accessed 8 July 2022.
- Baker, Tom, y Joshua Evans. 2016. "'Housing First' and the changing terrains of homeless governance," *Geography Compass* 10 (1): 25-41.
- Baker, Tom, y Cristina Temenos. 2015. "Urban policy mobilities research: Introduction to a debate," *International Journal of Urban and Regional Research* 39 (4): 824-7.
- Berlant, Lauren. 2011. *Cruel optimism*. Durham: Duke University Press.
- Bigger, Patrick, y Sophie Webber. 2021. "Green structural adjustment in the World Bank's Resilient City," *Annals of the American Association of Geographers* 111 (1): 36-51.
- Blanchard, Olivier. "Greece: Past Critiques and the Path Forward," *IMF Blog*, July 9, 2015, <https://blogs.imf.org/2015/07/09/greece-past-critiques-and-the-path-forward/>. Date Last Accessed 29 March 2021.
- Blokland, Talja. 2012. "Blaming Neither the Undeserving Poor Nor the Revanchist Middle Classes: A Relational Approach to Marginalization," *Urban Geography* 33 (4): 488-507.
- Blyth, Mark. 2013. *Austerity: The history of a dangerous idea*. Oxford: Oxford University Press.
- Broto, Vanessa Castan, y Harriet Bulkeley. 2013. "Maintaining climate change experiments: Urban political ecology and the everyday reconfiguration of urban infrastructure," *International Journal of Urban and Regional Research* 37 (6): 1934-48.
- Butler, Patrick, "Welfare spending for UK's poorest shrinks by £37bn," *The Guardian*, September 23, 2018. <https://www.theguardian.com/politics/2018/sep/23/welfare-spending-uk-poorest-austerity-frank-field>. Date Last Accessed 8 July 2022.
- Castree, Noel, Paul A. Chatterton, Nick Heynen, W. Larner, y Melissa W. Wright (Eds.). 2010. *The Point is to Change it: Geographies of Hope and Survival in an Age of Crisis*. Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Davidson, Mark, y Kevin Ward (Eds.). 2018. *Cities under austerity: Restructuring the US metropolis*. Albany: SUNY Press.
- Davies, Lizzy, "Athens HIV/Aids cases soar as Greece cracks down on urban vulnerable," *The Guardian*, June 12, 2012. <https://www.theguardian.com/world/greek-election-blog-2012/2012/jun/12/greece-health-hiv-aids-rise>. Date Last Accessed 8 July 2022.
- Davies, Jonathan. 2021. *Between Realism and Revolt: Governing Cities in the Crisis of Neoliberal Globalism*. Bristol: Bristol University Press.
- Davies, Jonathan, y Ismael Blanco. 2017. "Austerity urbanism: Patterns of neo-liberalisation and resistance in six cities of Spain and the UK," *Environment and Planning A* 49 (7): 1517-36.

- Di Feliciano, Cesare. 2017. "Spaces of the expelled as spaces of the urban commons? Analysing the reemergence of squatting initiatives in Rome," *International Journal of Urban and Regional Research* 41 (5): 708–25.
- Di Feliciano, Cesare. 2021. "Narrating the everyday geographies of sexual health under austerity". Presentation at the Annual Conference of the American Association of Geographers. Seattle/Virtual, April.
- Di Feliciano, Cesare, y Cian O'Callaghan. 2020. "Struggles over property in the 'post-political' era: Notes on the political from Rome and Dublin," *Environment and Planning C: Politics and Space* 38 (2): 195-213.
- Doucette, Jamie. 2020. "Political will and human geography: Non-representational, post-political, and Gramscian geographies," *Progress in Human Geography* 44 (2): 315-32.
- Emmerson, Carl, Christine Farquharson, y Paul Johnson (Eds.) 2018. *The IFS Green Budget 2018*. London: Institute for Fiscal Studies. Available at:
https://ifs.org.uk/sites/default/files/output_url_files/GB2018.pdf. Date Last Accessed 13 September 2022.
- Evlampidou, Iro, y Manolis Kogevinas. 2019. "Solidarity outpatient clinics in Greece: a survey of a massive social movement," *Gaceta sanitaria* 33 (3): 263-7.
- Fields, Desiree, y Stuart Hodkinson. 2018. "Housing policy in crisis: An international perspective," *Housing Policy Debate* 28 (1): 1-5.
- Fuller, Crispian. 2017. "City government in an age of austerity: Discursive institutions and critique," *Environment and Planning A* 49 (4): 745-66.
- Glasgow, Sara, y Ted Schrecker. 2016. "The double burden of neoliberalism? Noncommunicable disease policies and the global political economy of risk," *Health & place* 34: 279-86.
- Gyarmathy, V. Anna, y Alan Neaigus. 2005. "Marginalized and socially integrated groups of IDUs in Hungary: potential bridges of HIV infection," *Journal of Urban Health* 82 (4): iv101-iv112.
- Gyarmathy, V. Anna, Robert Csák, Katalin Bálint, Eszter Bene, Andras Erno Varga, Monika Varga, Nora Csiszér, Istvan Vingender, y Jozsef Rácz. 2016. "A needle in the haystack—the dire straits of needle exchange in Hungary," *BMC public health* 16 (1): 157.
- Ghosh, Jayati, "The IMF's Latest Victims. Project Syndicate", August 14, 2019. <https://www.project-syndicate.org/commentary/imf-lending-austerity-argentina-ecuador-by-jayati-ghosh-2019-08?barrier=accesspaylog>. Date Last Accessed 8 July 2022.
- González, Sara, Stijn Oosterlynck, Ramon Ribera-Fumaz, y Ugo Rossi. 2018. "Locating the global financial crisis: Variegated neoliberalization in four European cities," *Territory, Politics, Governance* 6 (4): 468-488.
- Gramsci, Antonio. 1971. *Selections from the Prison Notebooks*, edited and translated by Quintin Hoare and Geoffrey Nowell Smith. New York: International Publishers.
- Gray, Mia, y Anna Barford. 2018. "The depths of the cuts: the uneven geography of local government austerity," *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society* 11 (3): 541-63.
- Hall, Stuart, y Doreen Massey. 2010. "Interpreting the crisis," *Soundings* 44 (spring): 57-71.

- Hall, Stuart, Chas Critcher, Tony Jefferson, John Clarke, y Brian Roberts. (1979) 2017. *Policing the crisis: Mugging, the state and law and order*. London: Bloomsbury Publishing.
- Hall, Sarah Marie. 2019. *Everyday life in austerity: Family, friends and intimate relations*. London: Palgrave Macmillan.
- Hart, Gillian. 2018. "Relational comparison revisited: Marxist postcolonial geographies in practice," *Progress in Human Geography* 42 (3): 371-94.
- Harvey, David. 1989. "From managerialism to entrepreneurialism: the transformation in urban governance in late capitalism," *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography* 71 (1): 3-17.
- Jessop, Bob 2012. Narratives of crisis and crisis response: Perspectives from North and South. In *The global crisis and transformative social change*, edited by Peter Utting, Shahra Razavi and Rebecca Varghese Buchholz, 23-42. London: Palgrave Macmillan.
- Karanikolos, Marina, y Alezander Kentikelenis. 2016. "Health inequalities after austerity in Greece," *International journal for equity in health* 15 (1): 83.
- Karvonen, Andrew, y Bas Van Heur. 2014. "Urban laboratories: Experiments in reworking cities," *International Journal of Urban and Regional Research* 38 (2): 379-92.
- Kershaw, Matthew, "NHS Winter Crisis: When a Plan is not a Plan," *kingsfund.org.uk* (blog), January, 2018, <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2018/01/nhs-winter-crisis-when-plan-not-plan>. Date last accessed 14 April 2022.
- Klair, Anjum. 2020. *Universal Credit and the impact of the five week wait for payment*. London: TUC.
- Lawson, Victoria. 2007. "Introduction: Geographies of fear and hope," *Annals of the Association of American Geographers* 97 (2): 335-7.
- Lawton, Philip. 2018. "Situating revanchism in the contemporary city," *City* 22 (5-6): 867-74.
- Lees, Loretta, Tom Slater, y Elvin Wyly (Eds.). 2010. *The gentrification reader* (Vol. 1). London: Routledge
- Leitner, Helga. 1989. "Urban geography: the urban dimension of economic, political and social restructuring," *Progress in Human Geography* 13 (4): 551-65.
- Linz, Jess. 2021. "Where crises converge: the affective register of displacement in Mexico City's post-earthquake gentrification," *cultural geographies* 28 (2): 285-300.
- Lorne, Colin. 2021. "Struggling with the state I am in: Researching policy failures and the English National Health Service," *Emotion, Space and Society* 38: 100746.
- Lorne, Colin, Anna Coleman, Ruth McDonald, y Kieran Walshe. 2021. "Assembling the Healthopolis: Competitive city-regionalism and policy boosterism pushing Greater Manchester further, faster," *Transactions of the Institute of British Geographers* 46 (2): 314-29.
- Lütz, Suzanne, y Matthias Kranke. 2014. "The European rescue of the Washington Consensus? EU and IMF lending to Central and Eastern European countries," *Review of International Political Economy* 21 (2): 310-38.
- Madden, David, y Peter Marcuse. 2016. *In defense of housing: The politics of crisis*. London: Verso.
- Malliori, M., M. Terzidou, D. Paraskevis, y A. Hatzakis. 2011. *HIV/AIDS among IDUs in Greece: report of a recent outbreak and initial response policies*. Lisbon: European Monitor Centre for Drugs and Drugs Addiction.

- Massey, Doreen. 2011. A counterhegemonic relationality of place. In *Mobile urbanism: cities and policymaking in the global age*, edited by Eugene McCann and Kevin Ward, 1-14. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Mayer, Margit. 2020. "What does it mean to be a (radical) urban scholar-activist, or activist scholar, today?" *City* 24 (1-2): 35-51.
- McCann, Eugene. 2008. "Expertise, truth, and urban policy mobilities: Global circuits of knowledge in the development of Vancouver, Canada's 'four pillar' drug strategy," *Environment and Planning A* 40 (4): 885-904.
- McCann, Eugene, y Kevin Ward (Eds.). 2011. *Mobile urbanism: cities and policymaking in the global age*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- McCann, Eugene, y Kevin Ward. 2015. "Thinking through dualisms in urban policy mobilities," *International Journal of Urban and Regional Research* 39 (4): 828-30.
- Millington, Nate, y Suraya Scheba. 2021. "Day zero and the infrastructures of climate change: Water governance, inequality, and infrastructural politics in Cape Town's water crisis," *International Journal of Urban and Regional Research* 45 (1): 116-32.
- Office of National Statistics (ONS), "Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2020 registrations," [ons.gov.uk](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsrelatedtodrugpoisoninginenglandandwales/2020), August 3, 2021, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsrelatedtodrugpoisoninginenglandandwales/2020>. Date last accessed 14 April 2022.
- Pathway, "Manchester Homeless Health Needs Audit 2016," [pathway.org.uk](https://www.pathway.org.uk/publication/manchester-homeless-health-needs-audit-2016/), January 2017, <https://www.pathway.org.uk/publication/manchester-homeless-health-needs-audit-2016/>. Date last accessed 14 April 2022.
- Peck, Jamie. 2002. "Political economies of scale: Fast policy, interscalar relations, and neoliberal workfare," *Economic geography* 78 (3): 331-60.
- Peck, Jamie. 2012. "Austerity urbanism: American cities under extreme economy," *City* 16 (6): 626-55.
- Peck, Jamie, y Nik Theodore. 2010. "Mobilizing policy: Models, methods, and mutations," *Geoforum* 41 (2): 169-74.
- Peck, Jamie, y Nik Theodore. 2015. *Fast policy: Experimental statecraft at the thresholds of neoliberalism*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Piven, Frances Fox. 1984. "Federal policy and urban fiscal strain," *Yale Law & Policy Review* 2 (2): 291-320.
- Rachiotis, George, David Stuckler, Martin McKee, y Christos Hadjichristodoulou. 2015. "What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012)," *BMJ open* 5 (3): e007295.
- Reeves, Aaron, Martin McKee, y David Stuckler. 2015. "The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs," *European Journal of Public Health* 25 (3): 364-5.
- Robinson, Jennifer. 2015. "'Arriving at' urban policies: The topological spaces of urban policy mobility," *International Journal of Urban and Regional Research* 39 (4): 831-4.
- Robinson, Jennifer. 2016. "Comparative urbanism: new geographies and cultures of theorizing the urban," *International Journal of Urban and Regional Research* 40 (1): 187-99.

- Roitman, Janet. 2013. *Anti-crisis*. Durham: Duke University Press.
- Russell, Bertie. 2019. "Beyond the local trap: New municipalism and the rise of the fearless cities," *Antipode* 51 (3): 989-1010.
- Sarosi, Peter. "Between Waves: Update on the COVID-19 and Harm Reduction Situation in Europe," *Drogriporter.hu*, November 9, 2020, <https://drogriporter.hu/en/betweenwaves/>. Date last accessed: 14 April 2022.
- Slater, Tom. 2018. Revanchism, Ignorance and Class Struggle in Austerity Britain. In *Gentrification as a Global Strategy: Neil Smith and Beyond*, edited by Abel Albet, and Nuria Benach, 112 –31. Abingdon: Taylor & Francis.
- Smith, Neil. 1996. *The new urban frontier: Gentrification and the revanchist city*. New York: Routledge.
- Sparke, Matthew. 2017. "Austerity and the embodiment of neoliberalism as ill-health: Towards a theory of biological sub-citizenship," *Social Science & Medicine* 187: 287-95.
- Swope, Carolyn B., y Diana Hernández. 2019. "Housing as a determinant of health equity: A conceptual model," *Social Science & Medicine* 243: 112571.
- Tarján, Anna, Maria Dudás, V. Anna Gyarmathy, Erzsebet Rusvai, Balint Tresó, y Agnes Csohán. 2015. "Emerging risks due to new injecting patterns in Hungary during austerity times," *Substance use & misuse* 50 (7): 848-58.
- Temenos, Cristina. 2017. "Everyday proper politics: Rereading the post-political through mobilities of drug policy activism," *Transactions of the Institute of British Geographers* 42 (4): 584-96.
- Temenos, Cristina, y John Lauermann. 2020. "The urban politics of policy failure," *Urban Geography* 41 (9): 1109-18.
- Temenos, Cristina, y Eugene McCann. 2013. "Geographies of policy mobilities," *Geography Compass* 7 (5): 344-57.
- Temenos, Cristina, y Kevin Ward. 2018. Examining global urban policy mobilities. In *Doing global urban research*, edited by John Harrison and Michael Hoyler, 66-80. London: Sage.
- Tonkiss, Fran. 2013. "Austerity urbanism and the makeshift city," *City* 17 (3): 312-24.
- UK Parliament. "Local government finance and the 2019 Spending Review," August 21, 2019, <https://publications.parliament.uk/pa/cm201719/cmselect/cmcomloc/2036/203605.htm>. Date Last Accessed: 4 December 2020.
- Watt, Paul, y Anna Minton. 2016. "London's housing crisis and its activism: Introduction," *City* 20 (2): 204-21.
- Ward, Kevin. 2010. "Towards a relational comparative approach to the study of cities," *Progress in Human Geography* 34 (4): 471-87.
- Wells, Katie. 2014. "Policyfailing: The case of public property disposal in Washington, DC," *ACME: An International Journal for Critical Geographies* 13 (3): 473-94.
- WHO-Europe. 2016. *Greece: Highlights on Health and Well-being*. Copenhagen: WHO-Europe.