

# TODA SALUD ES POLÍTICA



Ilustración: Greta Molas

**Entrevistamos a Joan Benach, especialista y autor de diversos libros sobre salud pública, quien nos acerca algunos de los debates que han recorrido el desarrollo del concepto mismo desde una perspectiva que rescata para su análisis la noción de clase social, a la vez que explica la mercantilización a la que fue sometida la salud en las últimas décadas.**

**IdZ:** El concepto de salud pública ha ido evolucionando desde un primer hincapié sobre la higiene y el aislamiento de los enfermos, hacia conceptos más relacionados a la prevención de la salud y una visión más social, como la salud colectiva. ¿Cómo entendés hoy la salud pública?

La salud pública puede definirse como el conjunto de conocimientos, tecnologías e intervenciones dirigidas a entender y mejorar la “salud de todos”, un sinónimo de la salud colectiva, del bienestar de toda la sociedad. Esa visión debe suponer sin embargo que no solo se trata de mejorar la salud de la población en su conjunto, sino que también hay que poner énfasis en aumentar la equidad en salud, ya que puede perfectamente suceder que la salud promedio de

la población mejore, pero a la vez aumente la desigualdad de los grupos o territorios que la componen. De todos modos, al pensar un campo tan amplio, podemos observar que hay miradas muy distintas de la salud pública según las causas y soluciones de salud sobre los que nos fijemos. Por ejemplo, hay una mirada de la salud pública aparentemente “neutral” o asocial, relacionada con la gestión de riesgos y basada, paradójicamente, en la salud como conjunto de individuos biológicos y en la puesta en marcha de soluciones o “técnicas” o bien tecnológicas. Por otro lado, hay una mirada de la salud pública, que es social e histórica, y que está muy relacionada con la importancia tan grande que los determinantes sociales y políticos juegan sobre la salud colectiva y la equidad.

**IdZ:** Nombraste los determinantes sociales de la salud. ¿Cuáles son las causas fundamentales que determinan que ciertos grupos de la población tengan distintos grados de salud?

Las causas fundamentales de la salud poblacional y los grupos (según su clase social, género, etnia, etc.) y territorios que la componen cambian según la situación histórica y las teorías de la enfermedad que dominan en cada momento histórico. Por ejemplo, cuando las enfermedades infecciosas prevalecían como causa fundamental de los problemas de salud, el énfasis de la salud pública se ubicó en la higiene; a medida que las enfermedades cardiovasculares adquirieron más relevancia, emergió con fuerza el concepto de “factores de riesgo”. A partir de la década de 1980, con el informe *Black* [del Reino Unido] o del Informe de 2008 de la Comisión de Determinantes sociales de la OMS, las desigualdades de la salud y los factores sociales han emergido con bastante fuerza, si bien no son en absoluto dominantes como lo es hoy en día la ideología genética o los “estilos de vida”. Hoy muchos investigadores están buscando las principales respuestas para explicar la salud en la *genética* o en todo caso en la *epigenética*. No obstante, desde mi punto de vista, el binomio salud-enfermedad está relacionado con un concatenado de causas enormemente complejo que no se puede simplificar en factores de riesgo ni en causas biológicas

o conductuales simplistas, sino que se generan por un entramado de factores estructurales históricos, como son los factores políticos, ecológicos e histórico-sociales. Si se quiere, se puede decir así: dónde vivimos, cómo producimos, qué medioambiente tenemos, quién tiene socialmente poder. Esos y otros factores marcan, por una u otra vía, los procesos y mecanismos fundamentales que generan enfermedad y mala salud.

#### **IdZ: ¿Cuáles son y cómo actúan esas vías?**

No es un tema sencillo de explicar o resumir, pero si lo ponemos de la forma más simple posible podríamos decir que el factor determinante que origina todo el encadenado causal que produce mejor o peor salud colectiva, y más o menos equidad en los grupos sociales, es la política. Es decir, las relaciones de poder y qué grupos sociales (ya sean los gobiernos, grandes corporaciones, sindicatos, ONG, grupos de presión, élites sociales, grupos de la sociedad civil, etc.) tienen más o menos poder para tomar decisiones en una sociedad determinada. Todo ese entramado de relaciones crea un conglomerado final de fuerzas que van a generar las distintas políticas sociales, sanitarias, medioambientales, laborales, etc., que en cada momento se vayan a tomar. A su vez, esas políticas van a producir otro gran encadenado de causas que generan a medio y largo plazo un sinnúmero de factores “intermedios” como son, por ejemplo, el tipo de empleo, el sistema sanitario, la situación de la vivienda, o los servicios sociales existentes en una sociedad, país, región o ciudad determinados. A su vez, esos factores producirán por vías muy distintas impactos en las conductas, la biología, u otros factores cercanos a la salud y la enfermedad.

#### **IdZ: ¿Nos podés dar un ejemplo concreto?**

Pensemos en el siguiente caso. Una persona queda desempleada y eso hace que desde entonces comience a beber más alcohol del habitual. Si esa situación se alarga, se convierte en un desempleado crónico y sigue bebiendo en exceso tendrá más probabilidades de finalmente convertirse en un alcohólico. Si es alcohólico, no cabe duda de que va a tener más probabilidades de que su hígado esté en malas condiciones y sufra una enfermedad hepática. Si entendemos todo ese proceso, no nos debe parecer nada extraño entender que, con una mirada amplia de salud pública, podamos decir no solo que la célula hepática, el hepatocito, o las enzimas celulares reflejen su enfermedad en el hígado, sino que podamos hablar de un “hígado capitalista”. ¿Por qué? Pues porque el capitalismo es un proceso histórico que se inició en la Europa del siglo XII y XIII en adelante que estructuralmente

produce el desempleo (y así con ello se posee una reserva de fuerza de trabajo que es explotada laboralmente), y que este desempleo va a generar ansiedad y depresión, y que estas se van a traducir en un mayor consumo de alcohol y alcoholismo, y que este a su vez va a producir mayor riesgo de cirrosis y un daño biológico. Con todo ello, separar, como habitualmente hacen las ciencias: la biología por un lado, lo social por otro, lo psicológico por otro, puede ser algo útil pero inevitablemente incompleto. Así pues, tenemos que avanzar hacia un tipo de conocimiento y entendimiento más integrado, complejo y también histórico, como Marx lo entendió en su momento; el conocimiento sería pues como un “organismo vivo” donde la salud sería una expresión última de la vida social y política. Entonces, si todo lo que acabo de decir del encadenado de causas se entiende, debemos entender la salud como el resultado final de todo ese conjunto de fenómenos sociales encadenados.

#### **IdZ: ¿Cómo conciliar todo esto con el hincapié que se hace habitualmente sobre la modificación de los estilos de vida, que en estos últimos años es la primera línea en cualquier tratamiento?**

Así es, junto a la genética y los cambios tecnológicos, los estilos de vida conforman las acciones políticas que más se suelen recomendar por parte de las instituciones. Las recomendaciones de políticas de salud de todos los gobiernos de salud nos dicen cosas como: “no fumes, haz ejercicio, bebe con moderación, ten relaciones sexuales de forma segura, etc.”. ¿Es eso incorrecto? No, no lo es, pero es incompleto, es algo que lleva a equívocos, y es también enormemente limitado si no se tiene en cuenta el contexto social donde se generan las conductas relacionadas con la salud. Según la ideología neoliberal de la libertad, esta es hacer lo que uno quiere. Pero uno *no hace* lo que quiere, uno hace lo que puede, o lo que le dejan hacer. O también podemos decir que uno hace lo que quiere y puede hacer en un marco de derechos sociales determinados. Si uno no tiene derechos, uno tiene un grado de libertad más limitado. La salud pública de las personas debe pues insertarse en el seno de los derechos sociales, de los derechos humanos. Hace unos años el epidemiólogo social inglés Dave Gordon hizo una crítica de la lista habitual de recomendaciones basadas en la “culpabilización de la víctima” (no fumar, no beber, hacer ejercicio, etc.), contraponiéndola con una lista nueva de recomendaciones alternativas basada en los determinantes sociales, donde decía cosas como

estas: “no sea pobre, pero si usted es pobre, procure no serlo por mucho tiempo”, o bien, “no viva en un lugar sin servicios”, o bien “no trabaje en un trabajo estresante, mal pagado, precario”.

#### **IdZ: Muchas veces se intenta presentar a la ciencia como una disciplina objetiva, aséptica, independiente de cualquier influencia ideológica. Entonces los hallazgos producidos por la academia son considerados como la única verdad. ¿Qué opinión tenés al respecto?**

La separación taxativa que se suele hacer entre ciencia e ideología es una separación que en la práctica no se sostiene. La ciencia puede tener componentes casi totalmente objetivos, como son los elementos métricos o cuantificación, o de la lógica formal, y eso puede ser muy objetivo, pero también hay otras muchísimas cosas que no lo son. Y ello va desde la elección del tema de investigación que se elige, a la posibilidad de llevar a cabo la misma según las fuentes de financiación existentes, o los paradigmas teóricos dominantes en un cierto contexto histórico, o la selección de datos que inevitablemente hay que hacer, o los análisis que se seleccionan y practican, etc. Hay una enorme cantidad de decisiones que tienen que ver con la ideología y las valoraciones, y que son aspectos subjetivos que los investigadores e investigadoras tienen que ir tomando. Además, esos científicos se insertan en un marco grupal, social, e institucional concretos ya que casi nunca trabajan aisladamente. Todos estos son elementos sociales que hacen que uno no pueda ver la investigación como algo separado, aislado, o neutral. »

## JOAN BENACH

Es profesor de Salud Pública, director de GREDS-EMCONET (Grupo de Investigación sobre Desigualdades en Salud del Dpto. Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra en Barcelona), y autor de numerosas publicaciones científicas y textos de divulgación sobre el tema. Entre ellos se destacan *Aprender a mirar la salud* (disponible online en <http://www.bvs.org.ve>), *Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global* (Barcelona, Icaria, 2010), *La sanidad está en venta* (Barcelona, Icaria, 2012), *Sin trabajo, sin derechos, sin miedo* (Barcelona, Icaria, 2014), y *Cómo comercian con tu salud* (Barcelona, Icaria, 2014).

**IdZ:** Ustedes han intentado rescatar el concepto de clase social para explicar las desigualdades en salud. ¿Qué tiene para aportar esta visión?

El estudio de las desigualdades sociales ha sido ampliamente abordado por muchos científicos sociales. No por todos, claro está, pero sí por aquéllos a quienes preocupa saber por qué distintos grupos sociales tienen distintas posibilidades de estudiar, de ser ricos o pobres, de tener más o menos oportunidades, y también de tener buena o mala salud, etc. Y eso se ha estudiado con frecuencia desde una óptica basada en lo que se ha llamado la “estratificación social” según nivel educativo, ingresos, riqueza, ocupación, el barrio donde uno vive, etc. Ese enfoque, aunque útil, obvia algunas cosas que son muy importantes, como el hecho de que si uno halla un gradiente entre los ingresos y la salud, no se entiende por qué eso ocurre. Y en salud pública debemos intentar entender las causas y los mecanismos. Es decir: hallamos que a mayor nivel de ingresos hay mejor salud. Eso es un hallazgo repetidísimamente encontrado en centenares de estudios científicos. Pero uno debe también preguntarse el por qué, cuáles son las razones de esta diferencia de ingresos y de esa relación con la salud. Si no hacemos eso nos quedaremos a mitad de camino. Por eso, una visión más sofisticada, aunque aún poco prevalente y desarrollada en el campo de salud pública, ha sido desarrollar la visión de clase social con una visión más sociológica y compleja, donde en lugar de pensar en la clase social como un gradiente simple, se debe pensar en forma “relacional”. Es decir, una forma que desde un punto de vista filosófico es muy interesante: las relaciones o conflictos entre personas o grupos sociales. El ejemplo más claro es lo que ocurre en las empresas entre empresarios y trabajadores. No se trata de dos grupos aislados, inevitablemente hay un vínculo, una relación social entre ellos, que refleja distintos niveles de poder.

**IdZ:** Y es más difícil porque a los “grupos de poder” que mencionás no les conviene que se estudien las diferencias entre las clases y se conceptualice con esta visión. Es mucho más revulsiva la publicación de un estudio donde la clase determina una gran diferencia en salud que un gradiente que marca una diferencia paulatina, gradual, y que no separa las aguas de manera tan marcada, ¿no?

Sí, por supuesto, cada una de las visiones que estamos describiendo no es algo neutral. Todo tiene sus consecuencias. Uno encuentra lo que uno va a buscar. Si uno hace un tipo de investigación muy reduccionista y estrecha, muy poco explicativa, no va a encontrar ciertos resultados, o no va a entender por qué éstos se producen. Y explicar y entender los fenómenos es un

requisito esencial para tener la posibilidad de cambiarlos, y aplicar el mayor grado de racionalidad posible. Y es que desde la salud pública no basta con documentar las desigualdades sociales de la salud. Tenemos que explicarlas, hay que llegar al fondo de por qué se generan esas desigualdades.

**IdZ:** Remarcás que no alcanza con documentar las desigualdades en salud para poder eliminarlas. ¿De qué depende la posibilidad de resolver estos problemas sociales?

Las políticas que en un momento dado se hacen (o no se hacen) dependen de la correlación de fuerzas que exista en un momento dado, y de la ideología social que promueven esas fuerzas. Y eso tiene que ver con las visiones hegemónicas que marcan un momento dado. Por desgracia, cuando hablamos de salud pública, por el enorme peso que tiene la mirada biomédica e individual, y la visión del hospital de alto nivel y del tratamiento con alta tecnología, gran parte de la población no acaba de ver que la salud es un problema fundamentalmente social, político. Eso ya lo dijeron Engels y Virchow en el XIX, también lo dijo Salvador Allende y muchos otros como Vicenç Navarro en el siglo XX. Y hay que seguir repitiéndolo una y otra vez en el XXI. La salud pública es un problema eminentemente político. Y la equidad en salud es seguramente el mejor indicador de justicia social que tenemos de un país porque refleja cómo vivimos, cómo trabajamos, qué medio ambiente tenemos, qué servicios y derechos se han conquistado, etc. Y por lo tanto la equidad en salud no debería ser solo objeto de gran atención e interés por parte de médicos, sanitaristas y salubristas, sino de toda la sociedad. Para esto será necesario cambiar muchas cosas, desde los planes de estudio en la universidad a cambiar la mirada hegemónica con respecto a la salud, pasando por un profundo cambio en la investigación, las causas hegemónicas de la salud y el desarrollo y evaluación de políticas integrales.

**IdZ:** En los últimos años escribiste una serie de textos sobre la mercantilización de los servicios de salud pública. ¿De qué se trata este fenómeno?

La Sanidad, o la atención socio-sanitaria que es como mejor debiera decirse, no es el determinante más importante para la salud pública. Recordemos que cuando uno va a la consulta de un médico habitualmente es porque ya está enfermo, necesita ayuda. ¿Pero por qué está enfermo? ¿Cuáles son las causas de que finalmente esa persona enferme? Probablemente se deba a causas vitales, sociales, laborales, ambientales, que desde la salud pública es fundamental que entendamos. Dicho esto, está claro que los servicios de atención socio-sanitaria son muy

importantes para la población, son muy apreciados, y también son el reflejo, el resultado de un proceso histórico. En Europa occidental, solo a partir de la segunda mitad del siglo XX se consiguió en gran medida algo que durante muchos años pareció obvio y fundamental: la sanidad debía ser un derecho universal. Desgraciadamente solo algunos países en el mundo lograron conseguir que la sanidad fuera un derecho social y que la población tuviera la posibilidad de tener una sanidad de calidad y los servicios necesarios independientemente de su clase social, estatus, situación social y lugar de residencia.

¿Qué ha ocurrido en los últimos años en esos países ricos donde ese se desarrolló? Desde finales de la década de 1970, la globalización neoliberal y una serie de presiones y políticas practicadas por las elites dominantes de empresas, gobiernos e instituciones han producido la financiarización de la economía, la desregulación del mercado laboral, y una serie de prácticas políticas ligadas a la privatización y la mercantilización no solo de la sanidad sino también de la educación, el mundo laboral, la protección social, etc. Una expresión de todo ello ha sido la dificultad en la que hoy en día nos hallamos para separar el ámbito público del privado. Contrariamente a lo que dice la retórica neoliberal que critica el papel del Estado sin paliativos por burocrático e ineficiente, la realidad muestra cómo las grandes empresas y corporaciones parasitan al sector público para sacar el máximo beneficio del mismo. Todo eso ha producido un proceso lento y progresivo que en España está poniendo en riesgo un sistema sanitario universal como el desarrollado desde mediados de la década de 1980 y que ha sido valorado muy positivamente por la población. Estamos retrocediendo de forma tal que, a menos que la población y las luchas sociales lo impidan, pueden crear un daño en la población irreversible. Los derechos de hoy son fruto de las luchas de ayer, tal y como los derechos del mañana serán el fruto de las luchas de hoy. Afortunadamente, hay mucha movilización social, hay muchos grupos que luchan por hacer visible y revertir esos procesos de privatización y mercantilización, pero la partida está abierta. Las fuerzas interesadas en seguir avanzando en este proceso de mercantilización son muy poderosas. Solamente una movilización social muy importante va a lograr revertir o detener este proceso. ●