Imprimir

Por Gloria Nazario y Violeta Contreras[1]

Presentación

Entre mayo y junio de 2018 el Dr. Joan Benach visitó Puerto Rico en calidad de investigador visitante del Centro de Investigaciones Sociales del Departamento de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras (UPRRP).[2] Estudiantes, docentes, investigadores y el público en general tuvieron la oportunidad de escucharle y discutir con él en múltiples eventos y seminarios en la Universidad, el Colegio de Abogados y Abogadas de Puerto Rico y el Recinto de Ciencias Médicas de la UPR. El doctor Benach es Catedrático de Sociología en el Departamento de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra (UPF) en Barcelona, Director del Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud (GREDS-EMCONET) y Subdirector del *Johns Hopkins University-UPF Public Policy Center*, en la misma Universidad. Como director de la Red de Conocimiento de Condiciones de Empleo (EMCONET), creada en el 2005 por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el doctor Benach jugó un rol importante en la identificación, acopio, debate y diseminación de información científica sobre los determinantes sociales de las inequidades de salud en el mundo, especialmente en el campo del empleo y el trabajo.

Diez años después de que la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud produjera su informe *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, nos interesó conversar y realizar una extensa entrevista con el Dr. Benach sobre los avances o fracasos de las recomendaciones realizadas por la Comisión, así como sobre otros temas relacionados con la salud pública, la investigación, y la necesidad de hacer visible, entender las causas y eliminar las desigualdades de salud, incluyendo también la situación de Puerto Rico.

Gloria Nazario (GN): Usted ha planteado en sus conferencias que vivimos en un mundo extraordinariamente desigual, en el que un grupo cada vez menor de personas, empresas y países controlan la mayor parte de la riqueza. Describe esa desigualdad como obscena y nos invita a mirar sus implicaciones sobre la salud. Le pregunto: ¿No ha habido avances en la salud de la humanidad? ¿Por qué son tan importantes las desigualdades sobre la salud?

Joan Benach (JB): En numerosas ocasiones he señalado y también escrito que, en mi opinión, la peor "epidemia" que vive la humanidad es la desigualdad social y su impacto en la salud. En el año 2009 el informe Oxfam dijo que 380 personas acumulaban la misma riqueza que la mitad de la humanidad. Hace un par de años señalaron que 62 personas tenían tanta riqueza como la mitad más pobre del planeta, pero en el informe del año siguiente, en 2017, dijeron que se habían equivocado en los cálculos y que la brecha entre ricos y pobres aún era mayor ya que tan sólo 8 multimillonarios tenían tanta riqueza como 3,700 millones de personas. Eso es inaudito, algo único en la historia. Al tiempo que eso ha ocurrido, también es cierto que, a lo largo de los últimos siglos y décadas, determinados procesos ligados con la salud, la sanidad y el conocimiento y control de enfermedades han ido mejorando. Entre los ejemplos más citados suele hablarse del acceso a antibióticos para tratar la neumonía por ejemplo, vacunas como la de la polio, tratamientos quirúrgicos especializados, por ejemplo, para tratar las cataratas, la disponibilidad de alimentos mejores y más seguros, el poder tener agua potable limpia y sin gérmenes, tener vehículos con menos riesgos y las mejoras en la salud laboral o los avances en la atención materno-infantil, por sólo citar algunos avances de una larga lista. Sin embargo, a pesar de esos progresos, y por distintas razones, las cosas no son tan positivas como a veces muchos piensan o dicen.

GN: ¿Por qué? ¿Qué razones nos permitirían entender por qué no todo es tan positivo como

parece?

JB: El tema es bastante complejo porque tiene muchas caras, pero quizás podríamos resumirlo de la forma más breve posible en cinco puntos, aunque en realidad cada uno de ellos merecería una larga reflexión. Lo *primero* que hay que entender es que muchos de los indicadores de salud que solemos usar, como las tasas de mortalidad por ejemplo, no son tan buenos ni tan válidos como a veces creemos. Un ejemplo es el enorme subregistro y gran cantidad de causas de muerte "mal definidas" que existe en muchos países (pensemos que menos del 10% tienen registros de calidad), sobre todo en los países y poblaciones más pobres, en donde hay causas de muerte muy estigmatizadas como el suicidio, todo lo cual distorsiona en buena medida los resultados que conocemos. Un *segundo* elemento es que, aunque sepamos medir la mortalidad u otros indicadores de enfermedad, eso no quiere decir que entendamos adecuadamente el conjunto de la salud humana. Y es que para entender la salud de forma integral hay que entender -y medir- temas muy importantes como son el malestar psíquico, el sufrimiento, la desesperanza, la humillación, la alienación social, o incluso la falta de sentido de la vida que mucha gente padece en el mundo actual.
El *tercer* aspecto es que sabemos que, al tiempo que mejoran algunos temas de salud, otros empeoran. Un ejemplo es lo que en medicina se conoce como "iatrogenia", es decir, el hecho de que determinados fármacos y tratamientos curan enfermedades pero, al mismo tiempo, nos enferman y matan. No por casualidad la iatrogenia es ya hoy la tercera causa de muerte en Estados Unidos. En el capitalismo del siglo 21, las grandes corporaciones químico-farmacéutico-tecnológicas hacen todo lo que pueden para lograr sacar el máximo de beneficios; eso quiere decir que "inventan" enfermedades y que presionan, manipulan y hacen todo lo posible para que, entre todos, profesionales sanitarios y enfermos, usemos determinados tratamientos que les generan beneficios pero que dañan la salud. Esa es también una "epidemia" que deberíamos evitar. Pensemos que alrededor de medio millón de personas en los países ricos mueren por efectos adversos a psicofármacos, la mayoría de los cuales son usados sin necesidad, o que en la Unión Europea mueren anualmente unas 200,000 personas a causa de los medicamentos. Otro conocido caso es el uso de cesáreas

innecesarias en mujeres embarazadas, casi siempre realizadas en hospitales privados. En definitiva, al tiempo que la atención primaria y socio-sanitaria están infrautilizadas, muchos medicamentos y tratamientos deberían evitarse porque no curan sino que nos matan.
Un *cuarto* punto es que, aunque la salud haya mejorado, eso no significa que tenga que seguir haciéndolo, ni quiere decir que alcancemos el nivel de salud que, de forma razonable, podríamos lograr. Y es que actualmente muchos países tienen una mortalidad infantil y una mortalidad materna demasiado elevadas, hay aún muchas enfermedades infecciosas prevenibles, millones de muertes prematuras, falta de atención sanitaria básica, etc., todo lo cual sería relativamente fácil y barato conseguir. Por tanto, hay muchas necesidades que cubrir. Por ejemplo, algo tan básico e importante para la salud como tener una vivienda, un trabajo o una sanidad dignos, disponer de alimentos adecuados y de agua limpia. Según la OMS se estima que 2,100 millones de personas carecen de agua potable en el hogar y que más del doble no disponen de saneamiento seguro. Y está el tema del hambre y la malnutrición. Quizás hace tres o cuatro siglos uno podría decir que no teníamos los medios, el conocimiento y la tecnología para alimentar a toda la humanidad, pero hoy sí los tenemos. Por tanto, arreglar esos problemas no es un asunto técnico sino político. Y un *quinto* e importante último punto es el hecho de que aunque mejore la salud, eso no quiere decir necesariamente que se reduzcan las desigualdades entre países y entre grupos sociales. Como ya he dicho, hoy estamos viviendo bajo una brutal desigualdad social y económica, donde los grupos sociales más excluidos, marginados y empobrecidos son los que más sufren las consecuencias de los determinantes sociales, económicos y políticos sobre la salud. A pesar de haberse producido –sobre todo en las últimas décadas- múltiples mejoras tecnológicas, si nos olvidamos de la urgente necesidad de mejorar esos determinantes, es casi imposible que gran parte de la población mundial pueda vivir una vida digna y con buena salud. Pensemos que una de cada cuatro personas en el planeta (unos 1,700 millones de personas) necesita tratamiento contra enfermedades tropicales no atendidas, y que una de cada 3.5 personas (unos 2,000 millones) no tiene acceso a medicinas esenciales. Eso tiene que ver con esa brutal desigualdad y con las relaciones de poder existentes, en las que una élite, una parte pequeña de la humanidad, vive bien (o muy bien) a costa del resto, en un planeta que sufre una gravísima crisis socio-ecológica, directamente conectada con la evolución de un capitalismo a veces llamado “corporativo”, “plutocrático”, “cognitivo” o

incluso “neofeudal”, entre otros apellidos, que nos lleva al colapso y al abismo, del que si quiere podemos hablar con más detalle.

GN: Sí, el sistema capitalista es tema obligado, pero antes déjeme preguntarle otras cosas. En una de sus conferencias usted nos habló de la existencia de una “pandemia de obesidad” y de la necesidad de analizar las causas de las desigualdades, entender la gradiente social que continuamente se observa en los estudios, y el hecho de que los pobres son los que más sufren este problema de salud. Pero también señaló que sobre esto, o no se sabe, o se sabe muy poco. Y usted apuntó a la crítica del modelo biomédico y a la necesidad de buscar explicaciones estructurales y políticas de estos problemas. ¿Podría abundar un poco más sobre todo esto?

JB: La obesidad es un ejemplo de salud pública muy interesante sobre el que vale la pena reflexionar y del que se pueden aprender muchas cosas. A lo largo de la historia, ¿quiénes han sido las personas más obesas? Creo que muchos tenemos en la cabeza la imagen, bien sea en pinturas o en dibujos, de una persona muy rica, un gran banquero o potentado, muy obeso y quizás fumando un puro, por no hablar de reyes o aristócratas. La gordura ha sido durante mucho tiempo un símbolo de poder, de estatus, e incluso de belleza. Eso ha sido así a lo largo de buena parte de la historia de la humanidad. Pero a finales del siglo 20 eso ha cambiado, ahora los obesos -sobre todo en los países ricos- son los pobres. En las cuatro últimas décadas, a medida que la humanidad ha dispuesto de muchos más alimentos para hacer frente a sus necesidades, se ha producido una situación dual donde aún hay mucha gente que pasa hambre pero, al mismo tiempo, hay más gente incluso que está obesa o con sobrepeso. Sabemos que en el mundo al menos una de cada nueve personas está hambrienta, lo cual, como dice Jean Ziegler, es un crimen contra la humanidad porque en este momento el hambre es evitable. Y también sabemos que junto al hambre hay malnutrición, presente en un tercio de la población de los países más pobres, lo cual produce

alteraciones del crecimiento y déficits cerebrales. Pero, por otro lado, sabemos también que la sobrealimentación o la mala alimentación constituyen un enorme problema global de salud pública. Se calcula que, en apenas cuatro décadas, el número de personas obesas ha pasado de 100 a casi 650 millones, y que actualmente cerca de 2,000 millones de adultos tienen ya obesidad o sobrepeso, y todo indica que la situación va a empeorar. La obesidad y el sobrepeso generan todo tipo de enfermedades y desigualdades por las cuales fallecen unos tres millones de adultos al año. ¿Por qué ocurre eso? ¿Cómo es posible que en tan pocos años haya ocurrido un cambio tan rápido, en tantos países y en los distintos grupos sociales, pero en particular en la población con menos recursos? Si atendemos un modelo de causalidad centrado en las causas biomédicas, la biología, la genética, los "estilos de vida" o la atención sanitaria, no es posible entender la pandemia de obesidad que padecemos. No hay ninguna causa genética ni asociada a la atención médica que haya cambiado tan rápido como para generar esa pandemia. Por lo que hace a los estilos de vida, la valoración es más complicada. Es verdad que lo que uno puede ver es una persona concreta que tiene comida delante suyo que, al final, decide o no comer –lo mismo que fumar o beber alcohol u otras conductas-, y eso puede parecer un acto puramente voluntario. Pero las cosas son más complicadas porque eso que vemos es solo el final de una larga cadena causal que no es tan fácil de ver. Antes de que uno tenga el plato encima de la mesa, o antes de que uno tenga un cigarrillo en el bolsillo de su camisa o en la boca, pasan muchas cosas. Y esas cosas que pasan tienen que ver con la producción, distribución, publicidad, consumo de alimentos -y cigarrillos claro-, y mil cosas más. Todos esos factores son causas de la obesidad, y de hecho son las más importantes. Son "causas de causas de causas". Y es que actualmente la comida del mundo está en manos de apenas una decena de corporaciones agroalimentarias (el llamado "Big Food"), cuyo objetivo básico no es producir alimentos sino vender el máximo volumen de sus mercancías y ganar el máximo beneficio posible. Es un complejo agro-alimentario mundial de tipo sistémico que se articula en cadenas de restaurantes, supermercados y empresas de elaboración de comidas precocinadas, con la compra, transporte y venta de productos ganaderos, piscícolas y vegetales, a través de la biogenética, la producción de semillas, insecticidas, herbicidas, abonos y fertilizantes. Y todo ese poder puede seguir aumentando hasta quizás llegar a un modelo agrícola "único", cada vez más dañino, pero también muy vulnerable, que excluye a los pequeños agricultores, que

son el 90% del mundo y proveen más del 80% de los alimentos en los países pobres. En definitiva, ese tremendo oligopolio alimentario determina qué se produce, qué se come, dónde, cómo y a qué precio. Por consiguiente, tanto el hambre como la obesidad tienen causas políticas que en gran parte se derivan del poder autocrático de unos oligopolios que compiten por ser líderes en un mercado capitalista global, y que buscan tener un completo dominio del ciclo integral de la agroalimentación, especular con los precios de los alimentos, vender sus productos y aumentar sus ventas.

GN: Usted describió la crítica a los estilos de vida diciendo que “no elige quien quiere, sino que elige quien puede”…

JB: Sí, es verdad, es una frase que intenta resumir de la forma más sencilla posible un tema que no es fácil de resumir. Un economista y novelista español fallecido hace unos años, José Luis Sampedro, solía decir que creer que las personas hacemos simplemente “elecciones personales” es en gran medida un mito, porque uno no puede elegir hacer determinadas cosas, y tampoco las pueden elegir todas las personas. Y es que no todas las personas tienen la misma capacidad, recursos y oportunidades para elegir qué hacer. Sampedro lo ilustraba diciendo por ejemplo: “sí claro, somos libres. Prueben a ir al supermercado a comprar algo con los bolsillos vacíos. A ver, a ver ¿cuánto pueden elegir y cuánto comprar?” Claro está, no puedes comprar nada con los bolsillos vacíos, necesitas dinero. Por tanto, no se trata puramente de un acto de elección voluntaria, o de una persona que decide hacer algo. Hay otros factores detrás, -en este caso la capacidad adquisitiva y todo lo relacionado con ello- que hemos de ser capaces de ver y entender.

GN: Y la gente por lo general hace lo mejor que puede dentro de sus circunstancias vitales…

JB: Desde luego, la gente no hace en su vida lo que quiere sino lo que puede o lo que le dejan hacer en base a las oportunidades, recursos, educación, cultura, poder, relaciones sociales, y otros factores, de que disponga. Si uno ha sido culturalizado en una familia, un barrio, o unos amigos donde lo común, lo normal, es consumir determinadas drogas como el alcohol o el tabaco, lo más probable es que esa persona consuma esas drogas. ¿Por qué? Porque las circunstancias relacionadas con la socialización y la disponibilidad de esas sustancias así lo facilitan, o lo hacen probable. Por tanto, no podemos aislar la elección y la conducta humana de la sociedad, ni de los grupos sociales a los que pertenecemos que, en gran medida, configuran nuestra identidad, nuestra cultura y nuestras conductas. El género, la clase social, el lugar geográfico donde vivimos, nuestro barrio, familia, cultura… Todo eso nos constituye como personas, como grupos sociales; y al mismo tiempo que lo hace, nos da más o menos posibilidades, más o menos oportunidades para hacer determinadas cosas y para desarrollar determinadas conductas. Eso explica, por ejemplo, por qué en los años 30 los fumadores básicamente eran hombres de las clases sociales más privilegiadas de los países más ricos que podían comprar los cigarrillos y, en cambio, que años y décadas más tarde fueron las mujeres y las personas de la clase obrera y de los países más empobrecidos quienes se sumaron ampliamente al hábito de fumar. En la medida en que los estudios científicos mostraron a la sociedad que fumar era malo para la salud, las personas de los grupos sociales más favorecidos fueron dejando de fumar mientras que, en cambio, otras personas de otros grupos no tuvieran las mismas oportunidades, no fueron tan conscientes de ello, o simplemente fueron el objetivo diana de las corporaciones tabaqueras interesadas en vender sus productos. Sabemos también que el conocimiento “per se” no implica cambios en las conductas y es que, como dije, hay que entender causas políticas y económicas muy profundas. En el caso del tabaquismo, a pesar del conocimiento adquirido y de todos los avances y campañas preventivas realizadas, las causas estructurales asociadas al beneficio y al poder hacen que en el siglo 21 vayan a morir debido al tabaco nada menos que 1,000 millones de personas.

GN: En relación con el ejemplo del tabaco y lo que está comentando, ¿podría explicar con más detalle un fenómeno que creo es poco conocido y que comentó en una conferencia según el cual las desigualdades en salud tienden a ser “adaptables”?

JB: Sí, por supuesto, esa es una característica de las desigualdades en salud que comenté hace más de dos décadas en un artículo. No siempre los problemas sociales o de salud, o las propias desigualdades en salud ocurren en las clases sociales más pobres o en las personas que pertenecen a los grupos más excluidos. No siempre, pero casi siempre, con muchísima frecuencia. Ahora bien, a lo largo de la historia, cuando en algunos casos las personas de las clases más privilegiadas quedan más expuestas a riesgos o tienen más problemas de salud, lo cierto es que terminan por adaptarse, por aprender, por tomar conciencia y a la postre por mejorar su situación antes que otros grupos sociales. Eso quiere decir la “adaptabilidad”. El caso del tabaco antes comentado es un buen ejemplo. Cuando en los años 60, tras casi 15 años de estudios científicos, quedó claro que fumar es malo para la salud, los ricos se dieron cuenta pronto de que eso les perjudicaba y dejaron de fumar antes y más rápido que los pobres. En cambio, la población más pobre dejó de fumar pero en mucha menor medida. ¿Por qué? Por no tener las mismas oportunidades, los mismos recursos, los mismos medios o el mismo nivel de educación que las otras clases sociales. Es en ese sentido que comento que las desigualdades de salud son “adaptables”, algo que por otra parte ocurre con otros muchos temas. Pongo otro ejemplo, el de los alimentos “orgánicos” o “ecológicos”. Sabemos que una parte de la comida que consumimos, aparte de no ser muy nutritiva y tener elementos que tienden a engordarnos, tienen trazas de elementos químicos o de metales pesados que nos enferman y matan prematuramente. Un conocido ejemplo es el mercurio que tiende a bioacumularse en la cadena trófica y se deposita masivamente en pescados como los atunes por ejemplo. En parte por eso es que en las últimas décadas se ha ido extendiendo el hábito de consumir alimentos no tratados químicamente o no expuestos a productos sintéticos tóxicos. ¿Quiénes tienen un mayor acceso a ese tipo de alimentos ecológicos? Claro está, son las personas que tienen más consciencia, más recursos y el dinero necesario para consumir productos más caros pero más sanos que el resto de

alimentos que tomamos. Por cierto, que también aquí son las grandes transnacionales las que tienden a controlar a las marcas orgánicas en eso que a veces se llama el sector bio. Sin embargo, afortunadamente van surgiendo también cada vez con más fuerza ejemplos de cooperativas de agricultores que venden sus productos orgánicos en barrios populares y sin los medios químicos propios de la agroindustria.

GN: Usted ha insistido en que hay que tener conocimientos de historia en el campo de la salud pública, que la historia nos ayuda a comprender los determinantes estructurales de la salud, y que de ese modo es posible entender mejor cómo las causas de tipo socio-económico y político afectan la salud. El caso de la desaparición de la Unión Soviética que usted señaló me llama la atención, porque es un cambio, una ruptura, con unas consecuencias muy marcadas sobre la salud. ¿Podría abundar un poco sobre cómo una mirada histórica nos ayuda a comprender el deterioro de la salud en el caso del colapso que ocurrió en la Unión Soviética?

JB: El tema que señala es muy importante pero con frecuencia olvidado en el campo de la salud pública. ¿Por qué importa entender la historia cuando pensamos en la salud de la población? Cuando digo eso no estoy diciendo que sea necesario que las personas tengan que tener muchísimos conocimientos históricos, no es eso. La cuestión estriba más bien en "tener sentido histórico" de la sociedad, de cómo es su evolución, sus procesos, sus luchas, sus logros o fracasos. ¿Qué quiero decir con "sentido histórico"? No se trata de tener una visión superficial de la historia, como el de quienes cuentan alguna cosa sobre una batalla o sobre la biografía y caprichos de un rey o de una reina. Eso no es la historia, eso es solo la superficie factual, una especie de simplificación casi ridícula de lo que en realidad es la historia. Y es que la historia es -o debiera ser- una ciencia total, como han dicho historiadores como Fernand Braudel, Pierre Vilar o Josep Fontana. Una ciencia total, integrada, seguramente la más compleja y difícil de estudiar que existe. ¿Por qué? Porque

con ella se intenta integrar y entender la evolución temporal, el conjunto de circunstancias, fuerzas, poder, relaciones sociales, conocimientos, cultura y tecnologías que han hecho que en un momento dado una sociedad o un país -como Puerto Rico por ejemplo-, sea el que es hoy en día. De ese modo es posible entender las fuerzas que construyeron el país, la mentalidad de su gente, las luchas sociales, pequeñas y grandes, que triunfaron o que fracasaron, la distribución del poder político y económico, la cultura de las elites y la cultura popular y obrera, la lucha de las mujeres por sus derechos, etc., todos ellos fenómenos que se han ido construyendo y que perviven en cualquier rincón de un país, en la vida, en la cultura, en el arte, en cada esquina… y que de un modo u otro se incorporan en los cuerpos y mentes de la gente y también en su salud. Por tanto, me parece que es fundamental entender todos esos procesos que son, al mismo tiempo, socio-ecológicos, políticos, económicos y culturales, el entramado de los cuales conforma el nivel de oportunidades y recursos de las personas, la desigualdad social, y en definitiva también la salud y la inequidad de la salud. El colapso de la Unión Soviética no es sino un ejemplo de los muchos eventos históricos que reflejan precisamente todo ese entramado al que me refiero.

GN: Y es un entramado de circunstancias abierto, pero poco predecible y sujeto a la acción humana, ¿no es así?

JB: Sí, así es, la historia es por definición un proceso siempre abierto donde fundamentalmente es la acción colectiva de los seres humanos en sociedad y bajo ciertos condicionantes ambientales lo que finalmente lleva a unas u otras situaciones y resultados. El caso de la Unión Soviética es muy interesante porque efectivamente se produjo un colapso que creo que nadie, o casi nadie, pudo prever. Y eso ocurre en parte precisamente porque las circunstancias históricas son complejas y muchas de las cosas que suceden no las conocemos o no podemos prever como sucederán. Los cambios que contribuyeron a la caída de la URSS a finales de 1991 fueron diversos y contaron con la intervención explícita de las

élites occidentales. Creo que las tres principales causas de esa caída han sido muy bien resumidas por el magnífico periodista e historiador Rafael Poch: el *agotamiento de las creencias religioso-ideológicas*que cohesionaban el comunismo soviético; las *reformas de Gorbachov,*generadoras de la crisis de poder que promovió la rebelión entre la casta burocrática dirigente; y el *reparto de poder* entre Rusia, Ucrania y Bielorrusia que "mataron a la madre para quedarse con la herencia", sobre todo Yeltsin que disolvió la URSS para quitarse de encima a Gorbachov. Con el cambio, se liberalizaron precios y se realizó una privatización rápida y masiva que desmanteló el estado y la vieja oligarquía burócrata soviética ("estadocracia" según Poch), creando una nueva elite mafiosa capitalista en el país en un tiempo record al tiempo que la sociedad se colapsaba. Se derrumbó el PIB de la economía soviética y tomaron el poder las élites rusas en combinación con el gobierno de Estados Unidos e instituciones internacionales como el Fondo Monetario Internacional. Como resultado de ello, en muy poco tiempo cayó la esperanza de vida, aumentaron las desigualdades y todo ello incidió en la generación de lo que se ha llamado un "exceso de mortalidad": gente que murió prematuramente precisamente a causa del colapso social del país. Se ha estimado que hubo 7 millones de muertes o "muertes prematuras", que no debieran haber ocurrido. Es bien interesante, porque hay estudios que comparan la Unión Soviética y Bielorrusia cuando tuvieron lugar las privatizaciones masivas, muy rápidas en la Unión Soviética y mucho más lentas en Bielorrusia. Pues bien, eso afectó de forma muy desigual a ese "exceso de mortalidad". En la parte rusa, la mortalidad fue muy alta mientras que en Bielorrusia no ocurrió del mismo modo y el incremento de mortalidad fue mucho más leve. Otro caso muy relacionado, y también muy ilustrativo, es el caso de Cuba. Como es sabido, por razones históricas la economía cubana estuvo estrechamente ligada durante décadas a la economía soviética, prácticamente desde la revolución del año 1959. Lo que sucedió fue el colapso de la economía cubana al mismo tiempo o en paralelo al colapso de la Unión Soviética. Sin embargo, en Cuba no ocurrió el mismo grado de desastre de salud asociado al aumento de mortalidad como en la URSS. Y eso no ocurrió, en gran parte porque la sociedad cubana, con todos sus problemas, dificultades y errores, ha sido una sociedad mucho más cohesionada socialmente, que ha puesto en práctica de forma organizada -y también a veces en forma represiva- políticas sociales, públicas, educativas y sanitarias muy fuertes, muy potentes, que fueron probablemente las que permitieron proteger en gran

medida a la población cubana del colapso social. Claro está, durante lo que se llamó el "periodo especial", y hasta quizás 1994, la economía cubana y la gente sufrieron mucho; hubo muchas dificultades en la economía, en la energía, la alimentación, etc., pero, en general, la sociedad cubana quedó mucho más protegida que la rusa.

GN: Otro ejemplo histórico dramático es el de Puerto Rico, actualmente en manos de una Junta de Control Fiscal nombrada por el gobierno de Estados Unidos. A usted le habrán hablado de ello, es algo terrible. Y es que aquí hay una fuerte recesión desde hace más de 10 años, y ha habido y hay múltiples políticas de austeridad. A lo largo de nuestra historia ha habido muchos ejemplos de intervenciones políticas y económicas drásticas como cuando Estados Unidos impuso un gobierno militar tras ceder España la isla. ¿Qué opina de todo ello?

JB: He podido aprender lo suficiente de la historia de Puerto Rico para entender y coincidir con lo que plantea. Conozco la sumisión del país a la dominación colonial de Estados Unidos, con la institucionalización de prácticas históricas plenas de represión, control y racismo. Y también se que Puerto Rico ha sido una especie de "experimento social", un laboratorio en manos de Estados Unidos y las élites locales, diseñado para arrancar a los colonizados su riqueza, dignidad y hasta su vida. Con la historia pasan dos cosas, curiosas e interesantes al mismo tiempo. Por un lado, que muchas veces "desaparece" y se hace "invisible". Por ejemplo, aunque Puerto Rico ha sido siempre dominado colonial y militarmente, además de explotado económica y laboralmente y discriminado social, cultural y sanitariamente, las políticas y el discurso de cada momento han intentado ocultar -al menos en gran parte- ese control y ese dominio sustituyéndolo por la imagen de la "Perla del Caribe". La otra cuestión de interés es que en la historia normalmente pasan una serie de acontecimientos determinados, y es a partir de lo que finalmente pasó que se suele retroceder al pasado para reconstruir la historia y decir: "sí claro, tenía que haber pasado así… por eso y por lo otro". Es como si fuera un partido de fútbol: según el resultado final se escribe la historia del partido y

de qué equipo o qué jugadores lo hicieron bien o mal. De ese modo se construye de forma determinista la "verdad" de lo sucedido. Pero eso no es la verdad. La realidad histórica, como hablamos antes, es por definición abierta. Cada momento histórico está sujeto a todo tipo de procesos, a todo tipo de fuerzas y poderes. Y sí, pasó eso, pero podían haber pasado otras muchas cosas. Cuando no lo vemos así, se tiende a reconstruir la historia de forma determinista, como si todo estuviera ya escrito a partir de lo que finalmente sucedió, como si hubiera sido una obligación. El gran historiador catalán Josep Fontana lo expresó muy bien al decir que la historia no contiene "la semilla de un futuro predeterminado sino una diversidad de futuros posibles".

GN: Se ha referido a la "invisibilidad de las desigualdades", al hecho de que muchas de las inequidades en salud pasan desapercibidas o quedan ocultas. Y ha dicho también que esto no se va a remediar hasta que no entendamos bien los problemas, hagamos los estudios necesarios, con los datos, indicadores y análisis apropiados. Y por otro lado, también planteó el problema de que la percepción de las personas sobre su realidad puede ser equivocada. Es decir, que por un lado tenemos la invisibilidad de la realidad por la falta de estudios empíricos, y por otro que puede que la gente no perciba las cosas como son en realidad.

JB: Efectivamente, he señalado que puede ocurrir que la gente no perciba adecuadamente la realidad social. Es obvio que las personas sienten y perciben diariamente su realidad cotidiana. Cotidianamente, las personas percibimos cosas como qué pasa con la salud de mi abuelo, si me tratan bien en el trabajo, si puedo llevar a mi hija a la escuela, cuánto me cuesta lo que voy a comprar, etc. Todo eso forma parte de la percepción cotidiana de la realidad. Pero eso no quiere decir que seamos capaces de entender otras realidades que hay detrás. Pensemos por ejemplo en cómo podemos entender un tema como la desigualdad social de un país. Es un fenómeno relacional: hay personas o grupos sociales que son desiguales respecto a otros. Es una relación abstracta donde hay que poder comparar "algo

con algo", y eso no es necesariamente fácil de analizar ni de entender. Quizás a una determinada persona le sea fácil compararse con otra que conoce, con un vecino que vive a poca distancia y conoce de hace tiempo. Esa comparación puede tener interés pero, claro está, es incompleta y limitada si lo que queremos es entender cómo hacer comparaciones en una sociedad o país determinado. Y es que a menudo lo que pensamos no coincide con la realidad. Por ejemplo, hace unos años un estudio de la Universidad de Duke mostró como la población de Estados Unidos cree que el 20% más rico tiene algo más del 55% de la riqueza cuando en realidad posee cerca del 85% Si nos preguntamos: ¿cuál es la desigualdad social en Puerto Rico? Uno puede ver gente en situación de pobreza por la calle pero raramente uno ve la desigualdad a menos que vea a la vez a una persona rica y una pobre o a un barrio rico enganchado a uno pobre. Por tanto, para contestar a esa pregunta hace falta tener información, datos y estudios con la adecuada calidad. Pero en realidad los sistemas de información, los indicadores, los análisis, la interpretación de los estudios, etc., cada una de esas cosas, constituye una "batalla" científica de gran relevancia que debemos dar y cuya repercusión es también muy importante en otra batalla fundamental que también hay que dar: la política. Claro está, no necesariamente por hacer un buen estudio, disponer de un buen informe, o hacer un buen análisis, la realidad va a cambiar. Pero sin esa información, sin esa "visibilidad", sin ese conocimiento no vamos a entender una parte importante de la realidad y con ello es mucho más difícil plantear los cambios que deben hacerse.

GN: En el caso del huracán María que destrozó a Puerto Rico, y en relación con los datos oficiales que se dieron para contabilizar las muertes en el país, creo que conoce el reciente estudio de Harvard que contabilizó 4,645 muertes en comparación con la cifra oficial del gobierno de 64 muertes ¿Considera eso un buen ejemplo de lo que es la invisibilización del problema?

JB: Sí, me parece muy claro que es así, aunque eso no quiere decir que el estudio en sí

mismo lo explique todo. Sólo es una aproximación general. Desde el poder casi siempre se tiende a ocultar, a minimizar o justificar la realidad que no interesa mostrar. En lugar de ser sinceros y decir realmente lo que pasó o lo que se sabe que ocurrió, siempre, o casi siempre, se tiende a tapar las cosas y no ofrecer la información de forma pública y transparente. Efectivamente, según el gobierno de Puerto Rico el huracán María produjo solamente 64 muertes mientras que según el estudio científico más fiable realizado hasta el momento publicado hace una semanas en el *The New England Journal of Medicine*, una de las revistas científicas más prestigiosas en el campo de la medicina y salud, murieron en promedio entre 4,645 personas. Criticar ese estudio diciendo que el resultado no es fiable, como ha hecho el gobierno puertorriqueño, es lamentable y simplemente quitarse de encima la responsabilidad de lo ocurrido. Hay que añadir además que, junto a la negligencia, y la ausencia de prevención y ayudas ante el huracán, las causas profundas de lo ocurrido tienen que ver con la pobreza y la desigualdad social existentes a lo que hay que sumar el colonialismo como ha apuntado otro reciente artículo en el *American Journal of Public Health.* Así pues, el huracán María ha puesto aún más de relieve el sufrimiento generado por una historia colonial tóxica y dolorosa. Ese artículo hacía notar la inoperancia del poder político y la importancia de la comunidad organizada para paliar los efectos del desastre. Acababa diciendo que lo que ocurrió en el país ante el huracán no fue “resiliencia” sino “resistencia”. Aunque hoy en día aún no disponemos de los datos y análisis que permitan conocer adecuadamente lo ocurrido y las desigualdades de salud relacionadas con el huracán, ya hay indicios de ello y es más que plausible y probable que la desigualdad en el sufrimiento, la enfermedad y la muerte hayan sido muy superiores en la población más pobre y vulnerabilizada del país. Por tanto, es fundamental, imprescindible diría, que se realicen los estudios adecuados que permitan hacer visible y entender el impacto del huracán sobre las desigualdades de salud.

GN: Lo que llama la atención de esa invisibilización es que lo que surge después del huracán es la verdad de la realidad de Puerto Rico, un país mucho más pobre de lo que mucha gente cree. Se concibe a Puerto Rico como la “perla” como decía, o la “estrella del Caribe”, un país adelantado económicamente y demás, pero realmente el huracán ha hecho que la gente

pierda sus casas, no puedan salir porque el rio está allí y no hay una carretera, no tienen transporte, están solas, etc. Es la parte psicológica que usted menciona, viven solos porque la familia está totalmente desintegrada y el país no tiene las condiciones sociales adecuadas para hacer frente a la situación.

JB: Creo que la situación actual de Puerto Rico es realmente muy preocupante. Por un lado, desde el punto de vista ambiental, los estudios coinciden en indicar que en las próximas décadas Puerto Rico quedará sujeto a un permanente y continuado estado de emergencia. Los huracanes seguirán llegando y serán mayores y habrá más sequías. Por otro lado, el país está sumido en una profunda crisis socio-económica donde la deuda pública ha aumentado hasta alcanzar niveles impagables. La población se reduce, el desempleo, la precariedad y el trabajo informal son elevados, la pobreza y desigualdad son altas, hay un problema de vivienda muy grave. En este último caso, por ejemplo, gran parte de la población más pobre no tiene casa al tiempo que cientos de miles de viviendas están vacías y mucha gente vive en casas de mala calidad construidas de manera informal, muchas de las cuales están en zonas de inundación o colinas inestables. No parece extraño por tanto que el huracán María provocase daños graves en 250,000 viviendas y miles de ellas quedaran totalmente destruidas. En todo ello, no hay duda de que la falta de acción y la irresponsabilidad del gobierno es incuestionable. Puerto Rico tiene un sistema de salud pública débil, con pocos recursos, con falta de inversión y debilitado por la migración de miles de profesionales. Sobre los traumas generados por las desigualdades existentes, no es extraño que el huracán María haya generado, además de enfermedad y muerte, un fuerte aislamiento social y muchos problemas de salud mental. Desde que las finanzas de Puerto Rico están bajo control de la Junta de Control Fiscal -y aún peor en 2018 con el llamado “Plan Fiscal”- ha empezado una nueva etapa de control neocolonial donde la Junta controla las decisiones económicas y sociales de la isla, y para hacer frente a la deuda y pagar a los acreedores, está promoviendo todo tipo de políticas neoliberales con un plan de austeridad fiscal, reformas laborales, privatizaciones del sistema eléctrico, educación, carreteras, puertos, parques, etc., y recortes en educación, pensiones, y sanidad. Con ello, aumentará aún más la desigualdad social y

empeorará aún más la salud y la inequidad en la población puertorriqueña.

GN: Y en esa crisis en que está el país el problema de la deuda es fundamental, ¿cuáles serían los eventos que en su opinión han creado una situación tan negativa?

JB: Si bien el país está en crisis, la situación de dependencia política y económica es efectivamente fundamental ya que el pago de intereses y la amortización de la deuda son para el colonizado gobierno puertorriqueño la máxima prioridad política. La secuencia quizás se pueda resumir así: primero, en un contexto estructural de crisis económica, incentivos fiscales para las grandes empresas, y un elevado desempleo, migración y envejecimiento de la población, los ingresos son demasiado bajos y las prácticas de gestión fiscal y supervisión gubernamental inadecuadas; segundo, se generan continuadamente déficits anuales públicos con más gastos que ingresos; tres, se adquieren préstamos para equilibrar el presupuesto y hacer frente al déficit; cuatro, se crea una enorme deuda que es imposible de pagar, y por último, se busca obtener los fondos para pagar los intereses de la deuda realizando privatizaciones masivas y recortes en el gasto de todos los servicios públicos posibles. Todas esas políticas austericidas han tenido y tienen efectos muy negativos, y con ello es lógico que haya miles y miles de personas que emigren o quieran emigrar en busca de oportunidades laborales y vitales mejores.

GN: La emigración siempre ha sido en Puerto Rico una “válvula de escape”, para amortiguar un poco el posible levantamiento social en varios periodos de nuestra historia. El gobierno lo sabe y por eso en parte yo entiendo que manipulan la información y las estadísticas. Los tentáculos de los grupos que se benefician de esta invisibilidad son muchos. ¿Quiénes son los más afectados? ¿Qué otras “invisibilidades” debemos poder ver?

JB: La invisibilidad de los procesos tiene que ver con el hecho de que se vean o no los temas como ya apunté. No sólo se trata de visibilizar en general, se trata de, entre otras cosas, ver el quién, el cómo, el por qué, o si lo que se hace para mejorar situaciones es o no efectivo. Por ejemplo, si nos preguntamos: ¿cuánta pobreza hay en Puerto Rico? Bueno, eso es un tema realmente muy grave ya que se estima que puede ser del 43-44%. Sin embargo, sabemos también que sin la migración de cientos de miles de personas hacia Estados Unidos, desde el inicio de la depresión económica la pobreza podría ser de diez puntos más, hasta el 53%. Pero saber el porcentaje real de pobreza no basta, hay que saber también cómo se ha medido, en quién, en donde, cómo ha cambiado, debido a qué causas… Hay que saber en qué grupos sociales ocurre, en qué clases sociales, territorios, géneros, etc. Si no se muestra todo eso, esa información, esa realidad, queda oculta. También hay que hablar de las causas más profundas, de las políticas realizadas, del papel geoestratégico de Puerto Rico para Estados Unidos, etc. Por ejemplo, ¿hay análisis y datos que muestren si las políticas han sido efectivas o han dañado a la población? Hay que evaluar cada política, cada intervención social y de salud pública y ver si el dinero se ha gastado bien o mal. Todo eso, y otras muchas cosas, forman parte de esas “visibilidades” que hay que hacer públicas, que deben salir a la luz, y que la población tiene el derecho de conocer.

GN: Ahora vuelvo al inicio de la entrevista. Entre quienes se reunieron en el cónclave de expertos que promovió la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, entiendo que se produjo este fenómeno de manipulación que usted describió en términos de algunos conceptos que se distorsionaron o se sustituyeron unos por otros. Por ejemplo “conflicto” por “guerra”, “estratificación social” por “clase social”. Usted describe que en el caso de clase social, hubo un grupo que estaba trabajando este concepto pero que éste desapareció en el informe final de la Comisión. Mi pregunta es ¿cómo pasó eso?, ¿por qué sucedió?

JB: No es fácil describir el largo proceso de discusión que tuvo lugar en los grupos de trabajo de la Comisión, pero no creo que la palabra “manipulación” sea la que mejor permita entender lo sucedido. Creo que es mejor hablar de cómo los procesos ideológicos, los intereses o la visión del mundo influyen en qué elegimos, en cómo observamos y entendemos las cosas y, claro está, en los conflictos y luchas políticas que hay detrás de todo ello. Todo eso comporta muchas cosas. Una de ellas, como apunté, es pensar cuáles son los instrumentos, los indicadores elegidos para mirar la realidad, ya que uno puede estudiarla de muchas maneras. Por ejemplo, si uno piensa en problemas de salud cardiovascular, uno podría decir simplemente: voy a mirar los “factores de riesgo” (la hipertensión, el colesterol, etc.) existentes en la población. O bien, podría decir: voy a mirar cuantos hipertensos o cuál es el riesgo que hay en cada clase social. Ese análisis científico da otra visión de la realidad. Y también podríamos dar un paso más y hacer otro análisis: queremos tratar de entender por qué se producen o qué factores generan las desigualdades por clase social. En el caso de la Comisión, como en otros ejemplos, ocurrió algo parecido ya que se produjo una lucha sobre cómo había que entender e investigar la realidad. Esa batalla por la visión hegemónica de cómo mirar la realidad se libró de muchas maneras, y una de ellas fue el caso que comenta. Una parte de las personas que formaban parte de la Comisión, concretamente Orielle Solar y Alec Irwin, desarrollaron un nuevo enfoque conceptual, un marco teórico, para entender las causas estructurales, intermedias, etc., que generan desigualdades de salud. Entre otras cosas, su propuesta incluía la “clase social” y eso se incluyó en el informe preliminar que hicieron. Hubo multitud de reuniones, discusiones en los grupos de trabajo y debates en las redes de conocimiento, etc., y creo que el consenso general era que ese concepto debía usarse. Sin embargo, el informe final de la Comisión no incluyó explícitamente la clase social. ¿Por qué ocurrió eso? No sé con exactitud el debate final entre quienes lo decidieron, pero sospecho que eso ocurrió precisamente por la visión hegemónica reduccionista de la realidad de algunas personas clave que tomaron las decisiones al publicar el informe final, y en concreto el presidente de la Comisión, Michael Marmot y su principal asistente en ese momento, Sharon Friel. Así pues, aunque el modelo conceptual original incluía la clase social, en el informe final sólo quedaron variables de estratificación social como la educación, la

ocupación o los ingresos. Son sin duda variables útiles. Lo que pasa es que esa elección tiene límites ya que permiten ver gradientes de salud pero, como apunté, no explican, no permiten entender las causas profundas de cómo se generan las desigualdades de salud. ¿Por qué? Pues porque si estratificamos la sociedad por el nivel de educación, ingresos u ocupación, eso no permite entender algo que los análisis sociológicos de clase social con un enfoque neomarxista o neoweberiana, o con un "enfoque integrado" como el propuesto por el sociólogo norteamericano Erik Olin Wright, sí consiguen, y que es muy importante: explicar las desigualdades. Eso tiene que ver precisamente con la existencia de relaciones sociales y poder detrás de la configuración relacional entre clases sociales, e indirectamente también con los mecanismos de poder que están detrás de ellas como es el caso de la explotación laboral o la dominación.

GN: Pero en el caso de la clase social, cuando hablamos de las formas de medir o de los indicadores, entiendo que algunos países europeos utilizan medidas mejores que las de Estados Unidos, porque ese país históricamente se ha visto a sí mismo como una sociedad en la cual no existen clases sociales y ellos no miden ocupación. En países europeos sí se mide ocupación como un "proxy" más cercano al concepto de clase social. ¿No quiere decir esto que realmente los trabajos de la Comisión estaban dominados un poco por esa visión estadounidense de ese tipo de medida?

JB: Bueno, yo no diría estadounidense, quizás sería mejor hablar de la visión hegemónica de la epidemiología, que fundamentalmente es anglosajona. Como señalé, es la visión del presidente de la Comisión, Michael Marmot, que por otra parte es un epidemiólogo social muy productivo y ha hecho trabajos de investigación de mucho interés. Creo que es verdad que esa visión biomédica y en gran parte funcionalista dominante en el mundo anglosajón ejerce gran influencia en todo el mundo científico de salud pública, en especial entre epidemiólogos. Se trata de una visión muy centrada en el rigor del análisis y la medición,

algo muy importante en ciencia desde luego y que yo aprecio mucho. Sin embargo, como ha dicho Jerry Muller, autor de un libro titulado “La tiranía de la métrica”, la medición no puede ser una alternativa al juicio sino que exige valorar si hay que medir y en quién, qué es lo que hay que medir, cómo evaluar el significado de lo que se mide, y si el resultado medido es adecuado para sacar conclusiones. Todo ello significa que además de la metodología asociada a la medición hay que poner también el acento en muchos temas teóricos relacionados con la sociología de la salud, la antropología social, las relaciones laborales, o las políticas de salud, por ejemplo, que son muy trascendentes para entender la salud y la desigualdad. Por ejemplo, sobre la clase social, la explotación laboral y las relaciones de poder como señalé, o bien la alienación social, la discriminación, el sexismo o el racismo, etc., que están casi siempre en un segundo o tercer plano -cuando lo están-, o simplemente no se estudian. Aunque sea entre paréntesis, también añadiría que en el mundo anglosajón hay también investigación crítica de mucha calidad aunque es minoritaria, y que en Latinoamérica hay una notable reflexión teórica crítica aunque en muchos casos se echa a notar la ausencia de estudios empíricos, a menudo incluso de los más básicos. En conclusión, diría que todo el proceso de investigación, desde las fuentes de información a la interpretación está sujeto a una verdadera lucha o batalla de tipo científico y político.

GN: En Estados Unidos dan mucho valor a las medidas de raza que, como yo lo entiendo, es una estrategia para dividir y desviar la atención del problema de la clase social.

JB: Así es, las estadísticas oficiales imponen el tema de raza/etnia y obvian la clase. Y la clase social es fundamental para entender la sociedad y la salud, para explicar de qué manera la población piensa, trabaja, vive y muere. Pensemos que en Estados Unidos se estima que, en promedio, un miembro de la clase más rica, de la elite, vive diez o incluso quince años más que un trabajador no cualificado, sobre todo si es pobre y ha estado varios años desempleado. Pero para saber eso, sobre todo si queremos entenderlo de forma completa,

hacen falta buenos sistemas de información, con datos y análisis de calidad y, claro está, una adecuada difusión social y mediática, así como una educación y formación que permita interpretar los resultados obtenidos. Y eso no suele ocurrir. En Estados Unidos influye mucho el filtro ejercido por las fuentes de información oficiales, donde los datos y estadísticas disponibles pueden ser limitados o incluso no existir. Un ejemplo es el Censo donde históricamente se han usado las categorías de raza/etnia (afroamericanos, hispanos, latinos, etc.) pero no la clase social. Además, como antes apunté, lo que también ocurre es que cuando decimos raza hacemos una simplificación grosera, y solemos obviar mecanismos sociales de opresión, dominio o discriminación como el racismo, que es algo que no se puede entender ni medir simplemente por el color de la piel. Hay que tener claro que hay personas negras que son racistas y personas blancas que no lo son, obviamente. Y eso quiere decir que hay que entender fenómenos complejos pero fundamentales como el racismo, el sexismo o el clasismo o, aún mejor, una combinación de todos ellos en eso que a veces llamamos análisis de interseccionalidad. Y es que es claro -o debería estarlo- que lo que hay detrás de todo eso son en gran parte relaciones de poder y sumisión, donde se crea y se justifica una realidad en la que se intenta defender que hay seres superiores e inferiores. Un sociólogo puertorriqueño, profesor en Berkeley, que creo explica muy bien estas cosas es Ramón Grosfoguel. Uno de sus temas favoritos, basándose en parte en las teorías de Frantz Fanon, es el racismo.

GN: Además de en el caso de la clase social, ¿ocurrió algo parecido con el olvido de la precariedad laboral en el informe de la Comisión?

JB: Efectivamente, pero bastante menos que en el caso de la clase social, precisamente por la influencia de nuestra red de conocimiento, EMCONET, donde insistimos mucho en el concepto de la precariedad laboral (o por mejor decir “precarización”) en lugar de la simple inseguridad laboral o los contratos temporales. De todos modos, el informe final sólo recoge

muy limitadamente las conclusiones que publicamos primero en forma de informe y luego en un grueso libro en la editorial Icaria titulado “Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global” que dirigí junto con Carles Muntaner. En definitiva, tanto en el caso de la clase social como en el de la precariedad, lo fundamental es entender y medir, hacer propuestas de cambio e intentar evaluar lo que se hace para cambiar la realidad. Y casi nunca sabemos todo eso. De hecho, creo que se puede decir que hay un déficit enorme de información y análisis. Por ejemplo, ya sea en Puerto Rico, en Catalunya, España u otros lugares del mundo, nos deberíamos hacer preguntas como estas: ¿cuál es la magnitud de la precariedad laboral? ¿Cómo se distribuye entre grupos sociales y tipos de empleo? ¿Cómo evoluciona y qué impactos tiene en la vida, el trabajo y la salud? ¿Se han evaluado las políticas para hacer frente a su posible reducción? y, si es así, ¿con qué resultados? Desgraciadamente sabemos muy poco de todo eso, y los datos, análisis e informes brillan por su ausencia. Todo eso tiene enorme trascendencia política en mi opinión. Creo que se puede afirmar que tanto entre los salubristas, como en los políticos progresistas y sindicalistas, no hay la suficiente sensibilidad, y sí bastante desconocimiento ante esas carencias.

GN: Y en términos de las investigaciones que ustedes realizan en el ámbito del empleo y el trabajo, ¿cómo han logrado reducir esa invisibilidad del problema que antes quizás no se entendía porque los estudios no existían?

JB: En la Red de Conocimiento de Empleo (EMCONET) creo que hicimos aportes interesantes desde un punto de vista global para entender las distintas condiciones de empleo como el desempleo, la precariedad laboral y el trabajo informal aparte de situaciones extremas como son el trabajo infantil o el trabajo esclavo. Una cosa que hicimos en el ámbito de la investigación que hemos venido realizando en nuestro grupo de investigación GREDS en la Universidad Pompeu Fabra, ha sido intentar entender con la mayor profundidad posible el tema de la precariedad laboral, y más recientemente la informalidad. Sin embargo, nosotros

preferimos hablar de “precarización” más que de precariedad o “precariado” como ha propuesto el economista Guy Standing, ya que entendemos que no estamos ante los problemas de un subgrupo, pobre, o precarizado sino que en el mundo actual todas las personas tenemos distintos niveles de precariedad, si bien es verdad que hay grandes diferencias según la clase social, género, edad, situación migratoria, etc. En el campo de la salud pública hay varios tipos de investigación sobre la precariedad. Hay una investigación hegemónica, que es la que tiene que ver con lo que se llama el “modelo biomédico” o con el estudio de factores de riesgo. Por ejemplo, uno piensa en cómo comúnmente se estudia la precariedad laboral y la salud, donde lo más frecuente es analizar los contratos temporales o la inseguridad laboral y su repercusión en la salud. En este segundo caso, se pregunta a trabajadores o trabajadoras la pregunta siguiente: ¿Usted se siente seguro o inseguro en el lugar de trabajo? Y efectivamente, se ha mostrado cómo existe una relación muy estrecha entre estar más inseguro y múltiples problemas de salud. Es algo que se ha probado en decenas de artículos científicos. Ahora bien, ¿cuál es el problema? Pues que ese enfoque es limitado, es un enfoque donde sólo se analiza el “riesgo”: a más inseguridad, más problemas de salud. Bueno, está bien, pero ¿por qué estoy inseguro?, ¿por qué existe la inseguridad en la empresa? Para entender eso, uno casi inevitablemente tiene que bucear en aguas más profundas donde hay que realizar análisis sociológicos ligados a las relaciones laborales, de modo que uno empieza a entender qué ocurre dentro las empresas y cuál es el impacto de las políticas laborales de los gobiernos. De ese modo, uno empieza a entender mejor, de una forma más estructural, qué es, cómo se produce y qué impactos tiene la llamada “precarización” en el trabajo. Y eso es lo que estamos desarrollando desde hace bastantes años cuando comenzamos a estudiar el fenómeno de la precariedad y que ha dado lugar ya a media docena de tesis doctorales y decenas de artículos científicos. ¿Por qué es útil este enfoque? Porque ayuda a entender causas más estructurales, las razones de fondo que tienen que ver con eso que ha tenido lugar en tantas partes del mundo y que lleva por nombre: las políticas neoliberales de “flexibilización laboral”. Y es que cada vez en mayor medida en lugares de trabajo, empresas, en las políticas laborales, domina la visión hegemónica ligada al capital y a las prácticas neoliberales en detrimento de los derechos de trabajadores y trabajadoras, la organización democrática del trabajo, la prevención de riesgos laborales, la protección social, etc., que deberían permitir tener un empleo y hacer un

trabajo en condiciones mucho mejores y más seguras. Y todo eso tiene un fuerte impacto sobre la vida y la salud de trabajadoras y trabajadores. Más aún, esa precariedad afecta no sólo el trabajo sino también a la vida, a la familia y la sociedad. Por ejemplo, en muchos países las mujeres, o no tienen hijos o retardan mucho el momento de tenerlos. ¿Por qué? Porque no tienen una situación laboral adecuada ni consolidada. Piensan, ¿cómo voy a tener un hijo o dos si estoy en esa situación de precariedad, si mi salario es tan bajo, si sé que me pueden despedir en cualquier momento? Todo eso por no hablar de la carga que sigue representando el trabajo doméstico que básicamente realizan las mujeres, sin el cual la economía se derrumbaría. Es decir, estamos al mismo tiempo ante un tema laboral y de salud, pero también socio-económico y político.

GN: Al tratar las causas profundas de las desigualdades de salud, o las que llama “causas de las causas de las causas”, usted también ha señalado que hay que entender el capitalismo, y ha explicado la importancia del neoliberalismo en la salud. Me gustaría que me explique un poco, primero, ¿qué caracteriza al capitalismo? Y segundo ¿por qué es importante el neoliberalismo para las desigualdades en salud?

JB: El capitalismo se ha configurado como un lento proceso histórico, cuyas características y evolución han explicado autores tan profundos e interesantes como el filósofo catalán Antoni Domènech, lamentablemente fallecido hace unos meses. En sus orígenes iniciales allá por los siglos 12 o 13, el capitalismo fue una contrarrevolución contra las luchas antifeudales y la desposesión de bienes comunales, que se transformó profundamente a partir de la revolución industrial en los siglos 17-18 y la derrota final de la resistencia antifeudal. Ya en el siglo 19 con el desarrollo de la Revolución Industrial, el capitalismo dejó a disposición de los patronos los cuerpos y almas de los obreros que pasaron a ser esclavos casi a tiempo completo; al mismo tiempo, sin embargo, ese proceso produjo también grandes luchas sociales y el fortalecimiento sindical y del movimiento obrero. Al empezar el siglo 20 emergió

un capitalismo dinámico, con avances tecnológicos insospechados y un rápido crecimiento económico truncado con la Gran Depresión del 29 y la crisis de los años 30, y después el ascenso de los fascismos, la supresión de las democracias liberales y el auge de los movimientos obreros. Tras la Segunda Guerra Mundial, vinieron tres décadas de capitalismo "estable" donde, gracias al poder del movimiento obrero y el miedo de las clases dominantes a las revoluciones y el comunismo, se desmercantilizaron parcialmente los mercados laboral, económico e inmobiliario. El capitalismo ha sido una lucha continua por usurpar derechos al tiempo que aparecían luchas sociales por ganar nuevos derechos. Tras varias décadas de crecimiento económico y capitalismo "controlado", a inicios de los años 70 emergió una nueva contrarreforma capitalista: la llamada "globalización neoliberal". El neoliberalismo fue un proyecto de la clase capitalista dominante para responder a la "crisis de acumulación", con menores beneficios, y a la amenaza de las luchas obreras y sociales de los 60 y primeros 70. Con el capitalismo neoliberal, el poder se desplazó hacia el capitalismo financiero fortaleciéndose la "acumulación por desposesión", un concepto popularizado por David Harvey complementario de la "acumulación por expansión". La globalización neoliberal se caracteriza por su tremenda inestabilidad ya que la elevada integración de la economía financiera mundial provoca, por ejemplo, frecuentes debacles en las bolsas. Y su agenda es clara: aumentar el poder de las empresas, reducir los impuestos a los ricos, debilitar los sindicatos y la negociación colectiva, socavar los sistemas de protección social, y privatizar y mercantilizar los servicios públicos. Todo ello se ha ido construyendo con tácticas muy diversas que incluyen hacer cambios legislativos regresivos, propaganda masiva, destruir el poder sindical, fomentar el crédito barato endeudando a trabajadoras/es, estimular el consumo de masas, fomentar el autoritarismo, y reducir la democracia. En definitiva, todas esas contradicciones han producido manifestaciones sistémicas muy variadas en la ecología, la producción, el transporte, el mercado, las relaciones sociales, la vida cotidiana, el consumo, la educación y otros muchos factores que debemos conocer para entender la extensión y distribución de la enfermedad y la salud de la humanidad, así como la producción de desigualdades de salud.

GN: También ha comentado que bajo el actual capitalismo lo que está en juego es la democracia. Puede comentar un poco este punto: ¿por qué ocurre eso?

JB: Algunos autores creen que se puede mantener, o incluso aumentar y seguir desarrollando la democracia bajo esa especie de corsé tiránico que es el capitalismo y los límites que nos impone. Pero otros autores críticos, entre los que me incluyo, creemos que no, que el límite del capitalismo es ir acabando progresivamente con todos los derechos y también con la democracia, o con los avances democráticos obtenidos. Por tanto, dependiendo de cómo vayan las cosas, es posible que muchos procesos ligados a la democracia existente (en los parlamentos, el trabajo, la calle, etc.), estén en riesgo de perderse. No hay evidencia de que capitalismo y democracia sean compatibles, más bien, la economía y la historia con sentido crítico nos enseñan lo contrario. El capitalismo no trajo la democracia ni los derechos humanos. A lo largo de estos últimos siglos, la lucha constante entre democratizar la vida, el trabajo, ganar derechos, el derecho al voto de todas las personas sin distinción social de ningún tipo, la vivienda, la sanidad, la educación, la protección social, tener un trabajo y que sea digno, etc., ha estado siempre en una tensión permanente. Una mirada crítica y a la vez histórica nos debe ayudar a comprender que, más allá de los avances científico-tecnológicos, la inmensa mayor parte del progreso social y la equidad que se ha podido alcanzar ha tenido lugar gracias a las ingentes luchas sociales del movimiento obrero, del feminismo, de los movimientos por los derechos civiles, por el medio ambiente y otras fuerzas populares que a lo largo del tiempo pelearon por la democracia, y obtuvieron y defendieron derechos políticos, sociales, ambientales y humanos, luchando denodadamente porque toda la humanidad tuviera una vida más digna y justa, más sostenible y sana.

GN: Otra de las cosas que también ha planteado usted y le quería preguntar es la cuestión de cómo podemos describir y medir un país que sea justo. ¿Cómo podríamos saber cuál es el país más justo?

JB: Cuando pensamos sobre cuál puede ser el país más justo, lo podemos seguramente hacer en un doble plano: teórico y real. En un plano teórico podemos preguntarnos: ¿qué características tiene que tener un país para que lo podamos considerar justo? Justo, y sostenible, deberíamos añadir, donde entiendo por "sostenibilidad" no el sentido retórico con que muchas veces se usa esa palabra sino el hecho de poder vivir de forma digna y equitativa en un planeta que nos permita hacerlo para todos y todas, ahora, y en el futuro. ¿Cuáles deben ser las características que debe tener una sociedad si queremos que la igualdad, la libertad y la fraternidad estén presentes y bien pegaditas –como decía el escritor uruguayo Eduardo Galeano- unas con otras. Es decir, que podamos disponer de la máxima capacidad de desarrollar las potencialidades humanas ligadas al desarrollo personal y espiritual de las personas: la educación y capacidad crítica, el conocimiento, la cultura y el arte; donde los derechos humanos, civiles, sociales y ambientales sean aplicados; donde los derechos de infantes, ancianos y discapacitados -que en el fondo somos todos en mayor o menor medida- también lo sean; donde la ecología, el medio ambiente y los animales que comparten su vida con nosotros vivan en la mayor armonía posible y sin el peligro de extinción de especies como ahora ocurre. En definitiva, unos países y un planeta donde todas las personas puedan vivir "vidas dignas de ser vividas" y con la mayor salud posible en un planeta justo y habitable. Ahora bien, ¿qué ocurre en la práctica? En la práctica si uno quiere valorar y medir todo eso y comparar los países entre sí, se encuentra con muchos muros de tipo científico, ideológico y práctico. Y no es fácil derribarlos por así decirlo. No es extraño que en las últimas décadas hayan aparecido muchas críticas al tótem fetiche que sigue siendo el PIB. Se nos repite constantemente: si sube vamos bien, si baja estamos en crisis y recesión. Pero claro, sabemos que el PIB no hace otra cosa que medir actividad económica y no desarrollo social, equidad, justicia y sostenibilidad real. Y esa actividad que mide el PIB puede ser buena, regular o mala. Puede consistir en crear escuelas, formación crítica y cultura o construir fábricas de armamentos, destruir bosques y contaminar los mares. Ese crecimiento económico comporta cualquier cosa, por eso el Producto Interno bruto (PIB) es tan mal indicador del desarrollo. Y por eso han ido apareciendo otros indicadores, unos mejores y otros peores, como el Índice de Desarrollo Humano (IDH) compuesto con cuatro

indicadores (dos de educación, la esperanza de vida al nacer y el PIB), y otras variantes que a veces incluyen elementos de equidad, pero que tampoco son lo suficientemente buenos para captar la realidad de un desarrollo justo y sostenible. Y más recientemente han aparecido nuevos y mejores indicadores. Uno de ellos es el Índice de Progreso Genuino (*Genuine Progress Index*), puesto en práctica en lugares como el estado de Vermont y otros lugares de Estados Unidos. Y, claro, hay muchos más, ligados a la ecología como la "huella ecológica", el "buen vivir" (con la medición del uso del tiempo libre por ejemplo) o la felicidad, sobre la que se han hecho propuestas muy diversas, más o menos adecuadas. Por tanto, si uno piensa en la práctica, en como valorar cuál es ese país, a la vez justo y sostenible, debería poder incluir varias de estas cosas, de forma conjunta y por separado.

GN: Pero usted también ha comentado que hay que incluir indicadores de equidad en salud. ¿Por qué eso puede ser importante para entender y medir la justicia social?

JB: Efectivamente, creo que los indicadores de equidad en salud son en este terreno muy útiles y necesarios. La salud es un fenómeno altamente complejo, multidimensional, que incluye la mortalidad y sus causas, las enfermedades, la salud mental, el bienestar, la satisfacción… y muchas cosas más como ya señalé. Y también hay que pensar en la equidad o las desigualdades de salud, es decir, diferencias de salud injustas y evitables, que no siempre son fáciles de entender ni medir. Por un lado, porque la desigualdad es "relacional", es decir, cuando tenemos la capacidad de comparar por ejemplo el diferente acceso que tienen los individuos a la sanidad. Y por otro, porque el juicio de qué es injusto o evitable varía según muchas cuestiones: el conocimiento, la cultura, la ideología, y los valores de los individuos y grupos sociales en cada momento histórico y social. Además, el tema es complicado porque una sociedad que aplicase medidas de igualdad de manera absoluta podría ser injusta si no tuviera en cuenta las desigualdades ya existentes entre grupos sociales que estructuralmente no poseen las mismas oportunidades. Es por ello, dicho sea de

paso, que en muchos casos debemos pensar en políticas complementarias, universales y específicas, que puedan hacer frente a varios tipos de inequidades. Por ejemplo, en la atención sanitaria distinguimos entre la equidad horizontal (igual trato para individuos iguales) y la equidad vertical (desigual trato para individuos desiguales). Muchos países ricos han logrado grados importantes de ambas equidades en la atención primaria, algunos países han logrado equidad horizontal en atención especializada pero no en la equidad vertical en atención especializada.

GN: Y ¿podría poner algún ejemplo más para aclarar un poco más las diferencias entre desigualdad y equidad?

JB: De acuerdo. Pensemos en un ejemplo en el campo de la sanidad y en concreto en la necesidad de recibir un tratamiento médico. Supongamos que tenemos dos personas, José y Carmen, ambos con hepatitis C y con igual probabilidad de padecer una cirrosis. Sin embargo, ambos tienen una situación social muy distinta porque José es un profesional rico que trabaja en una entidad financiera y puede tratar su dolencia con un tratamiento privado antiviral mientras que Carmen es una trabajadora migrante y pobre que no puede pagarlo y precisa de una sanidad pública que sufrague su tratamiento. Es un caso de desigualdad en la atención sanitaria. Pero si aceptamos que se trata de una situación injusta y que, independientemente del género o de su clase social, los servicios de salud del país deberían hacerse cargo del tratamiento de ambos con el dinero recibido de los impuestos que paguen los ricos, las corporaciones y los bancos, entonces diríamos que estamos ante un problema de inequidad en salud. Ahora bien, hay que decir que a menudo se crea confusión porque autoras/es diferentes definen y miden ambos conceptos de maneras distintas, y también porque a menudo se producen situaciones sociales tan distintas que no siempre es sencillo valorar las cosas. Por ejemplo, uno puede pensar en sociedades que han padecido guerras terribles y una destrucción social masiva, y donde casi todo el mundo es pobre y tiene mala

salud; en ese caso habría una muy mala situación socio-sanitaria pero mucha equidad. O podemos pensar en una sociedad muy desarrollada, con una riqueza y salud elevadas, pero enormemente inequitativa. Las cosas son complejas y por tanto es necesario aclarar y medir, al mismo tiempo, el nivel absoluto y relativo de desarrollo social y de salud. Pero, bueno, supongamos que todo eso estuviera muy claro. Como la equidad en salud es un concepto multidimensional que, además de la atención socio-sanitaria, para lograr la máxima salud y calidad de vida de todas las personas precisa de una distribución justa de determinantes socioeconómicos y políticos, entonces creo que se puede decir que la equidad en la salud es un buen indicador de si estamos o no ante una sociedad justa.

GN: Y habría también que ir al modelo teórico y cuestionar los mecanismos que crean inequidad como usted mencionó: la explotación, la dominación, el colonialismo, etc.; habría que reconfigurar el modelo capitalista hacia otra forma de organizar la sociedad. Pero, ¿es eso posible? ¿Cómo puede ocurrir?

JB: El capitalismo es como un “organismo” histórico en continua mutación, un sistema económico y de poder, dinámico y expansivo, que se basa en la constante desposesión de las masas populares, la colonización destructiva del planeta, y la aparición de crisis periódicas que traslada geográficamente y resuelve momentáneamente a través de la dominación, la violencia, la concentración de empresas, la innovación tecnológica y la proletarización de la humanidad. A lo largo de la historia, el capitalismo ha generado progresos materiales y sociales pero como hemos visto no ha solucionado necesidades básicas de la humanidad, y no ha eliminado situaciones destructivas y vejatorias de explotación, dominación, represión, discriminación y alienación que impiden alcanzar la plenitud y el florecimiento de la vida humana. Además, hay una pregunta que creo que es importante que nos hagamos cuando pensamos en los progresos que se han realizado. Los progresos ocurrieron, ¿gracias al capitalismo o a pesar de él? Como ya he comentado, los avances que se han logrado se han

debido sobre todo a largas, terribles y con gran frecuencia cruentas luchas sociales. El capitalismo es hoy una potente máquina de adoctrinar, ocultar, controlar y entretener que a nivel global solo parece capaz de crear “simulacros de bienestar”, donde la mercantilización se extiende por doquier: desde los genes a los animales, desde la sanidad a la relaciones humanas, desde las playas y las islas hasta patentar parcelas de la Luna como en 1980 hizo Dennis Hope, un empresario norteamericano. Por ello, el capitalismo es la causa última de la “patogénesis global” que penetra en nuestros cuerpos y nuestras mentes. Las empresas farmacéuticas inventan enfermedades e identifican tratamientos para los malestares, angustias y adicciones causados por el propio capitalismo. Y todo ello ocurre en un siglo clave, el siglo de la “Gran Prueba” ha dicho el filósofo, ensayista y activista Jorge Riechmann donde, para bien o para mal, en un planeta gravemente amenazado por la crisis ecológica y la posibilidad de colapso, se decidirá el futuro de la humanidad. Ahora bien, soy de los que creo que el capitalismo nació, se desarrolló y algún día acabará, pero no sabemos cuándo eso ocurrirá. La cuestión es qué habrá después del capitalismo, como imaginar eso y, sobre todo, como llevarlo a la práctica. La cuestión no es pues si el capitalismo cambiará, que seguro que lo hará, sino qué tipo de cambios van a producirse por lo que hace al trabajo, al medio ambiente, la información, el control social, las relaciones sociales o la inteligencia artificial. ¿Cómo afectará todo eso a la salud y la equidad? Lo importante es no aceptar donde estamos, rebelarnos y luchar por un mundo mejor y realmente más sostenible y sano para todas y todos. Aquí siempre cabe recordar esa vieja sentencia del filósofo hindú Krishnamurti cuando dijo aquello de que “no es señal de buena salud estar bien adaptado a una sociedad muy enferma”. No sabemos qué ocurrirá, pero sí sabemos que para que la humanidad viva dignamente y con justicia en un planeta habitable, habrá que crear una fuerte consciencia popular, crítica y movilizadora, que sea capaz de generar esperanza en la gente y poder popular, que puedan diseñar y experimentar alternativas a lo existente.

GN: Y ¿por dónde seguir? ¿Qué cambios serían posibles?

JB: No creo que haya “la solución”, pero sí creo que hay que imaginar, pensar, proponer y experimentar modelos alternativos, y asumir que, aunque no haya soluciones rápidas ni completas, necesitamos un modelo económico, productivo y de consumo realmente equitativo y sostenible. Pongo varios ejemplos de las cosas que necesitamos: experimentar con proyectos cooperativos y buscar modelos económicos y laborales nuevos; crear una “economía política popular” con una amplia regulación financiera y monetaria; poner impuestos a las transacciones financieras; desmontar los monopolios y oligopolios y controlar la publicidad; democratizar radicalmente las empresas; tener nuevos sindicatos que sean más globales, inclusivos y democráticos; crear cooperativas controladas por las trabajadoras/es; fortalecer procesos públicos financiados públicamente y controlados democráticamente; aumentar la protección social con una renta básica universal sin que ello reduzca ni debilite los estados del bienestar que habrá que sustancialmente ampliar y fortalecer; y, por dejarlo en algún sitio, necesitamos urgentemente reeducar los valores sociales y la vida cotidiana de las personas “construyendo” otros seres humanos. Sin éstas y otras muchas cosas, aunque siga aumentando el conocimiento y la tecnología, no creo que pueda mejorar mucho la salud colectiva y la equidad en salud.

GN, VC: Le agradecemos mucho sus reflexiones y su trabajo y esperamos que pueda regresar pronto a Puerto Rico a hacer otras conferencias y colaboraciones de tanto interés como las que ha realizado durante estas semanas.

---

[1] Gloria Nazario, DrPH(c), MA, y Violeta Contreras, DDS, MSc, son estudiantes del Programa Doctoral en Salud Pública con Especialidad en Determinantes Sociales de la Salud, de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.

[2] Agradecemos a la Dra. Marinilda Rivera Díaz, Investigadora del Centro de Investigaciones

Sociales y profesora de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UPRRP, por facilitarnos la realización de esta entrevista.

Joan Benach, Catedrático de Sociología en el Departamento de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra

Fuente: http://www.sinpermiso.info/textos/ver-entender-y-eliminar-las-desigualdades-de-salud-es-una-batalla-cientifica-y-politica-entrevista-a