



# SALUDARISMO | GABARITE

UN MAPA ENTRE LA SALUD Y  
SUS DETERMINANTES SOCIALES

VICKY LÓPEZ RUIZ Y  
JAVIER PADILLA BERNÁLDEZ



# SALUBERISMO O BARBARIE

UN MAPA ENTRE LA SALUD Y  
SUS DETERMINANTES SOCIALES

VICKY LÓPEZ RUIZ  
JAVIER PADILLA BERNÁLDEZ  
[COORDS.]



«A la memoria de Carmen López, nuestra Carmela... y de todas las Carmelas que han trabajado, trabajan y trabajarán por construir otras saludes».



Atribución 2.0

Usted es libre de:

Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra o hacer obras derivadas.



Bajo las condiciones siguientes:

Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.

Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.

© de los textos, los autores

© de la edición, la editorial

Diseño y maquetación: El Alambre ([produccion@elalambre.org](mailto:produccion@elalambre.org))

Diseño de portada: Albedrío Colectivo Creativo ([albedrio.sca@gmail.com](mailto:albedrio.sca@gmail.com))

Edita:

Atrapasueños editorial

[www.atrapasuenos.org](http://www.atrapasuenos.org)

[atrapasuenos@gmail.com](mailto:atrapasuenos@gmail.com)

Impresión:

Grafer Impresores

[www.graferimpresores.com](http://www.graferimpresores.com)

ISBN 978-84-15674-75-7

<b>Introducción</b>	<b>9</b>
<b>Género y salud en un mundo cambiante</b> Vicky López Ruiz	<b>17</b>
<b>Ética de la salud pública o la película de la ética y la salud pública como nunca te la habían contado: a propósito de <i>Dallas Buyers Club</i></b> Maite Cruz Piqueras · Joaquín Hortal Carmona	<b>39</b>
<b>Ideología y salud pública: la influencia determinante de las miradas</b> Javier Padilla Bernáldez	<b>59</b>
<b>Movimientos Sociales y Salud</b> Elena Ruiz Peralta	<b>69</b>
<b>Lo público y lo privado en sanidad</b> Sergio Minué	<b>97</b>
<b>Justicia y salud pública: entre gestionar lo escaso y conquistar lo (im)posible</b> Javier Padilla Bernáldez	<b>113</b>
<b>Clases sociales en la salud: el motor de la desigualdad</b> Javier Segura del Pozo	<b>129</b>
<b>Inmigración, minorías étnicas y salud</b> Patricia Escartín Lasierra · Luis Gimeno Feliu	<b>149</b>

<b>Relaciones de poder y salud pública</b>	<b>165</b>
Juan Manuel Jiménez Martín	
<b>Precariedad laboral y salud</b>	<b>183</b>
Pablo Padilla Estrada · Javier Padilla Bernáldez	
<b>Urbanismo y Salud</b>	<b>203</b>
Levantad los adoquines, debajo esta la plaza Usama Bilal	
<b>Procesos de desahucio: La vivienda y el activismo como determinantes sociales de la salud</b>	<b>221</b>
Amets Suess Schwend	
<b>Cuidados y trabajos invisibles como todo lo doméstico</b>	<b>261</b>
Carmen López Román · Vicky López Ruiz	
<b>La Psiquiatría como dispositivo en Salud Pública: peligros y oportunidades</b>	<b>281</b>
Marta Carmona Osorio · Jose García-Valdecasas Campelo	
<b>Orientación de los Servicios Sanitarios hacia la Promoción de la Salud y la Salud Comunitaria</b>	<b>293</b>
Marta Sastre Paz · Rafael Cofiño Fernández	
<b>Activos para la salud. A vueltas con el poder, la dependencia y la salud comunitaria</b>	<b>317</b>
Mariano Hernán García · Blanca Botello Díaz	
<b>Epílogo: ¿Dónde vamos?</b>	<b>335</b>
Alberto Fernández Ajuria	
<b>Biografías</b>	<b>349</b>

# INTRODUCCIÓN

## ¿De dónde viene este libro?

La relación entre la salud y los aspectos sociales que la influyen y determinan tiene un largo recorrido que, en los últimos años, ha tomado una mayor relevancia en diferentes ámbitos: no solo aumentan los artículos académicos sobre desigualdades sociales en salud, sino que también surgen proyectos desde las instituciones y el tejido asociativo para ver cómo mejorar la salud de la población modificando las condiciones que determinan los hábitos de vida.

Este aumento del interés en ligar la salud a sus determinantes sociales se gesta en el seno de una crisis económica que, con sus políticas de austeridad a la cabeza, ha incrementado el efecto de los determinantes sociales sobre la vida, la muerte y el enfermar de la población, haciendo cada vez más evidente que el empeoramiento de las condiciones de vida (y todo lo que la rodea) tiene una influencia directa en el empeoramiento de la salud de la población.

Las respuestas procedentes del ámbito de lo institucional se han mostrado insuficientes a la hora de velar por la salud de la

población y, además, se han visto sometidas a una visión fuertemente sanitizada (especialmente en tiempos de crisis y restricciones presupuestarias) y abriéndose solo tímidamente a visiones salubristas más amplias en época de bonanza, sin existir una apuesta por un cambio de modelo en la manera de analizar la realidad y diseñar proyectos y políticas para mejorar la salud de la población. Por otro lado, los colectivos sociales han ido articulando miradas alternativas entrelazadas con proyectos surgidos desde el territorio que han incorporado la visión social de la salud de una forma más clara, probablemente por su mayor cercanía a los sufrimientos y las realidades materiales.

En este contexto, y tomando como referencia la necesidad de acercamiento entre diferentes realidades materiales, conocimientos y representaciones que tomó relevancia a raíz del 15-M, es que nos lanzamos a diseñar este libro, como forma de tener un espacio de encuentro entre diferentes ejes dialécticos que entran en juego en el ámbito de la salud: el eje sanitarismo-salubristismo, el eje academia-instituciones-movimientos sociales y el eje ciencias sociales-ciencias biomédicas.

## **¿Qué viene a aportar?**

Hay múltiples modelos que intentan trazar una línea continua entre la salud poblacional y las realidades socio-económicas que las circundan. Ya en 1973, Laframboise y, posteriormente, Lalonde, advertían de que la determinación de la salud se debía hacer desde modelos más complejos que el clásico modelo causal biomédico. De esta manera, determinaban cuatro grandes grupos que influían con diversa intensidad en la salud de individuos y

poblaciones: la biología humana, el medio ambiente, los hábitos de vida y la organización de los sistemas de salud. Desde entonces, el imaginario salubrista ha querido construir un modelo explicativo que contemplase factores de diversa índole para llegar a un concepto de salud que se escapase del concepto clásico de "ausencia de enfermedad" y concibiese la salud como la capacidad de desarrollarse en el mundo, con una realidad concreta y en un momento histórico determinado.

Desde el modelo multicapa de Dahlgren y Whitehead, donde las desigualdades sociales en salud son el resultado de múltiples interacciones causales entre individuo, comunidad y sistema socioeconómico; hasta el modelo de Solar e Irwing de la Comisión de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS)" que plantea cómo la estratificación social está condicionada por unos determinantes estructurales, pasando por unos determinantes intermedios que definirán el acceso a unas condiciones de vida generadoras de salud. Bajo este paraguas, la salud estará condicionada por unos determinantes estructurales que según la OMS se definen como «aquellos que generan estratificación y división social de clases en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos» y que incluirán desde el contexto socio-económico y político hasta los ejes de desigualdad que atraviesan todas las sociedades: género, etnia, clase social y posición socio-económica. Se traza así una línea en la que organismos internacionales y gobiernos de todo el mundo introducirán lemas como «salud en todas las políticas» y visiones de la salud complejas y dinámicas en las agendas de la política internacional. En nuestro país el documento *Avanzando hacia la equidad* de la Comisión para reducir las desigualdades sociales

en salud en España, realizó una adaptación del modelo de la OMS y enumeró una serie de medidas a poner en marcha para la reducción de desigualdades sociales en salud. Dicha adaptación del modelo avanzaba en la visión salubrista e interdependiente de los determinantes de salud, siendo de lamentar el hecho de que las medidas propuestas en el documento no se convirtieran en el eje vertebrador de ningún plan ambicioso de reducción de las desigualdades sociales en salud en España.

Los marcos de interpretación y exposición de los determinantes sociales de la salud han ido evolucionando hacia una mayor importancia de los determinantes cascada arriba (estructurales), así como al análisis pormenorizado de los pasos intermedios de la cadena causal entre determinantes, poblaciones e individuos. Sin embargo, todos estos modelos comparten características que difieren de la visión que queremos mostrar en esta obra:

- Han sido creados desde instituciones y organismos políticos y utilizados para la puesta en marcha de políticas públicas sin contemplar la posibilidad de la población como "agente de cambio".
- Contemplan la sociedad como suma de individualidades, partiendo de la idea de sociedad funcionalista donde cualquier alteración es una desviación.
- La influencia se dirige de arriba a abajo siendo el individuo receptor pasivo y separando lo social de lo individual como "ser sujeto".

Por todo ello, hemos querido rehacer el modelo introduciendo algunos cambios que nos ayuden a explicar la salud desde un enfoque colectivista y emancipador. Basándonos en el modelo

de Solar e Irwing, dibujamos un modelo que acerca los determinantes sociales a la concepción de la "determinación social de la salud" y a la epidemiología crítica latina. De esta manera, en nuestro modelo, se eliminan todos los factores individuales para la construcción de una salud desde lo colectivo, desde la sociedad como un todo indivisible y que nace, crece y muere en la comunidad.

Sabemos que ninguna determinación de la salud será certera si no bucea en las profundidades de las desigualdades. La salud es concebida como constructo cultural e histórico, resultado de múltiples procesos de socialización y atravesada de principio a fin por un sistema de género, que si bien se origina en la reproducción, también regula las áreas políticas, económicas o sociales.

Sin embargo, frente a todas las desigualdades que este sistema origina, no queremos representar a los actores sociales como sujetos pasivos sino con un papel protagónico en la construcción de salud colectiva, como agentes de cambio generadores de salud<sup>1</sup>. Por ello, hemos querido incluir las nuevas teorías que conciben a la comunidad como foco generador de salud, además de hablar de los movimientos sociales como uno de los determinantes estructurales nunca incluidos en este modelo.

Partimos así de una concepción de determinantes sociales de la salud que quiere romper no solo con el biologicismo imperante sino abrir una brecha en los sistemas de producción capitalistas y de género, en la que demos un paso más hacia la construcción no de una salud sino de "otras saludes", donde los movimientos emancipadores y las nuevas subjetividades tengan cabida.

---

1 Para desarrollar más este concepto, recomendamos leer el capítulo de Mariano Hernán y Blanca Botello sobre activos para salud.

Por último, en la visión que pretendemos plantear en este libro no solo género y salutogénesis son los aspectos integradores del conjunto (no siendo determinantes estructurales o intermedios), sino los verdaderos marcos que sirven para encuadrar el resto de interpretaciones más segmentadas; también consideramos que la perspectiva ética es un factor crucial a la hora de interpretar la interacción entre los diferentes determinantes de salud. La búsqueda del equilibrio entre lo individual y lo colectivo, la coerción y la libertad, la justicia y la eficiencia, acaba determinando la manera en la que interpretamos el papel de la clase social, la educación o el empleo en la salud y, sobre todo, determina la manera en la que buscamos soluciones a los problemas existentes o modelizaciones ideales de estas interacciones.

## **Salubrisimo o barbarie: un recorrido desde el mapa de la salud hacia la realidad social**

Probablemente uno de los mayores retos a los que se enfrentan los nuevos movimientos sociales y políticos es el de aunar dos esferas que no siempre se han encontrado y que habitualmente han desarrollado propuestas de acción política y reforma social paralelas, pero no superponibles, por no existir un discurso que aglutinara esos dos contextos: el ámbito de lo social y el ámbito de lo académico-institucional.

El marco que hemos utilizado como mapa del tesoro a lo largo de este libro trata de ir desde lo más distal a lo más proximal en relación con las poblaciones-individuos y el desarrollo de la enfermedad, abordando la relación global del género y la ética con la salud, pasando por condicionantes económicos, relaciones de

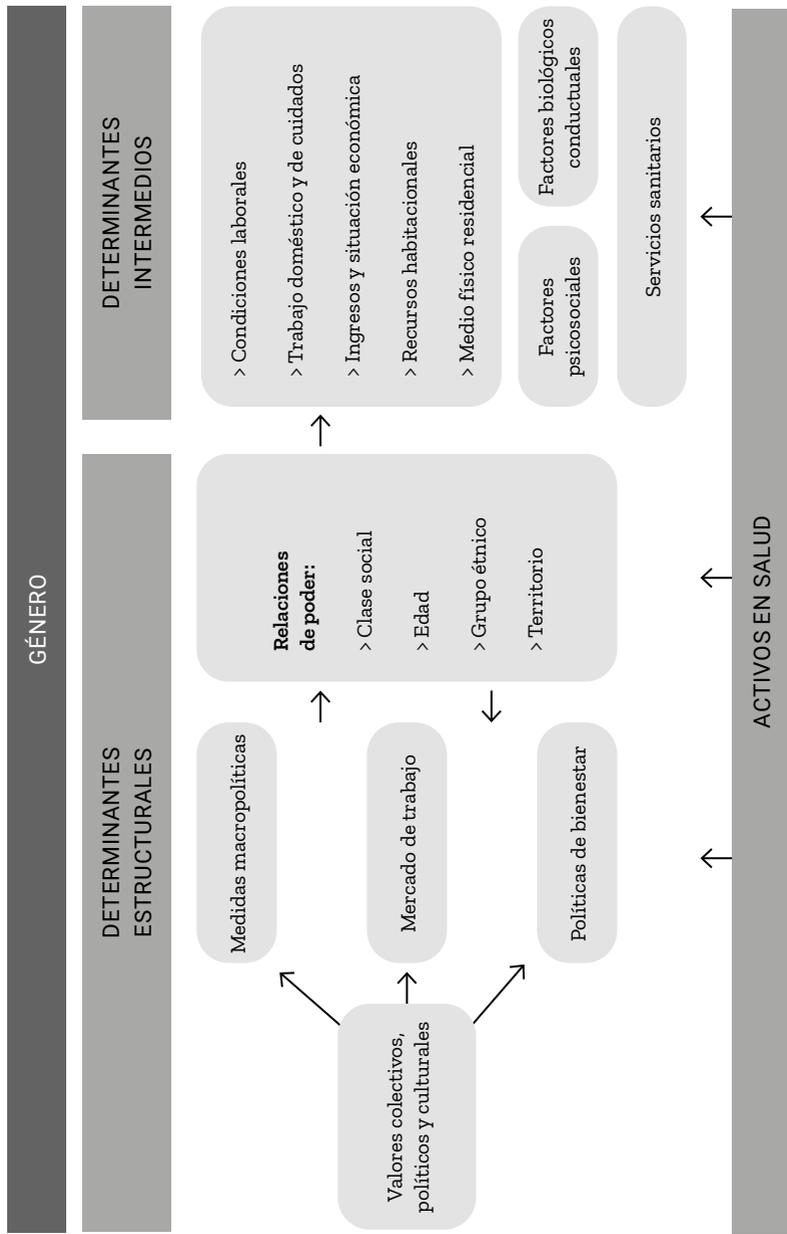
poder y clases sociales hacia otros más relacionados con la precariedad o la visión social de la salud mental, para acabar desembocando en cómo los servicios de salud han de reorientarse para prestar una asistencia con una perspectiva de salud pública y comunitaria, finalizando el libro con una vuelta a la visión más global tratando de describir qué papel juega en todo esto la visión de activos en salud o salutogénesis.

A partir de este mapa que hemos descrito, y que representa el lugar desde el cual interpretamos la salud y su interacción con los determinantes sociales, este libro va recorriendo cada uno de estos determinantes a través de las manos, palabras e ideas de gente que en su día a día se dedica a convertir en realidad material ese mapa, en un intento de unir mapa con territorio.

En el libro están mezclados capítulos de un corte más técnico-académico con otros de estructura más narrativa, pero todos comparten el ser parte de un hilo conductor que excede la estructura y el contenido de cada uno, así como la influencia de cada uno de los determinantes sociales referidos en una misma persona o población es el conjunto de la intersección de todos ellos.

Esperamos que este libro sirva para que confluyan visiones que comparten destinos, aunque no procedencias, para poder conformar una realidad más amplia que la que ahora tenemos.

# MARCO ÉTICO Y DE CONSTRUCCIÓN CULTURAL DE TOLERANCIA A DESIGUALDAD



# GÉNERO Y SALUD EN UN MUNDO CAMBIANTE

Vicky López Ruiz

«Nada es más peligroso que la verdad  
en un mundo que miente».

Nawal El Sadaawi

## El origen del concepto de género

**E**l primero que menciona la palabra género es el investigador John Money, quien propuso el término “papel de género” (*gender role*) [1] para describir el conjunto de conductas atribuidas a las mujeres y los varones ya en 1955. El traslado de este concepto de las Ciencias Sociales a las Ciencias de la Salud permitió desde el punto de vista clínico realizar diferenciaciones en lo que se entendía como identidad sexual y su construcción a nivel evolutivo.

Sin embargo, el concepto de género como construcción cultural es introducido por la teorización feminista en los años 70. El llamado sistema sexo-género fue definido por Rubin [2] como «el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el que se satisfacen esas necesidades humanas transformadas». Este permitió señalar por un lado, el ocultamiento de la diferencia sexual dada la neutralidad de la lengua, y por otro, la construcción socio-cultural de esa diferencia.

El género es dibujado por la medicina como la traducción social de nuestra diferencia sexual, dándole desde el movimiento feminista la dimensión de causalidad de todas las formas de opresión y de subordinación de la mujer. Tal y como decía Simone de Beauvoir [3] en su clásico libro *El segundo sexo*: «no se nace mujer sino que se deviene mujer». Esto sirve al feminismo, no solo para plantear como nuevo sujeto de estudio a aquella sociedad que otorga roles sociales según la identidad sexual de cada persona, sino sobre todo, para poner de manifiesto que el origen de las desigualdades de género no tiene que ver con lo biológico (esencialismo) sino con la construcción del “ser mujer” o el “ser hombre” como resultado de una atribución de significados sociales (constructivismo).

Desde entonces, los llamados “estudios de género” sirvieron para poner de manifiesto esta subordinación de las mujeres en la mayoría de las culturas –según Sherry Ortner (1974) esto es una característica universal de la organización de las sociedades humanas– y para analizar las pautas de socialización y los factores socio-culturales que permitían que esta desigualdad se perpetuase en el tiempo. Hechos como la responsabilidad de los cuidados o la división sexual del trabajo, que se relacionaban con una biología o psicología diferencial, pasan a ser analizadas por el feminismo anglosajón como consecuencia de un proceso de consolidación de un nuevo orden económico, social, político y científico, es decir, como «formas de uso del cuerpo de las mujeres y de su capacidad reproductiva en la producción de fuerza de trabajo», según teóricas feministas como Federici [4]. El género se convertía así en una variable que no solo se atribuía a los roles y a las personas, sino también a los ámbitos de la vida social. Por tanto, la incorporación de este concepto al ámbito cien-

tífico<sup>1</sup> permitió una ruptura epistemológica en el conocimiento de la realidad social, no solo para incluir a este sector invisible que habían sido las mujeres sino para redefinir el orden y el conflicto social. La realidad social se tornaba imposible de explicar sin tener en cuenta el "sistema de género".

## **Destripando el sistema de género: la división sexual del trabajo y la dominación heteropatriarcal en la salud**

«La división del trabajo por sexos parece haber sido universal en toda la Historia humana. En nuestra sociedad la división sexual del trabajo es jerárquica, con los hombres arriba y las mujeres abajo. La Antropología y la Historia sugieren, sin embargo, que tal división no siempre fue jerárquica».

Heidi Hartmann

*Capitalismo, patriarcado y segregación de los empleos por sexos*

Aunque es difícil precisar en qué momento histórico determinado la división sexual del trabajo se torna jerárquica, sí que podemos dibujar algunas líneas explicativas del momento actual en el que todo está subordinado a las necesidades de producción:

- Las mujeres son relegadas al ámbito de lo privado, ocupándose de las tareas domésticas y del cuidado de las familias, mientras que los hombres ocupan la esfera de lo público,

---

1 Cuando nos referimos al conocimiento científico hacemos uso de la definición universal que incluye no solo a las ciencias naturales sino también a las ciencias sociales.

siendo aquellos que acceden a un empleo remunerado, pasando a formar parte de la economía productiva (trabajo productivo).

- Los trabajos de las mujeres son invisibilizados y, por tanto, minusvalorados. Son trabajos no remunerados y fuera del contrato social. Son aquellos trabajos no reconocidos por el sistema sino que se toman como algo inherente a la esencia del "ser mujer" (trabajo reproductivo).

El establecimiento de esta falsa dicotomía<sup>2</sup> lleva consigo la adquisición de diferentes pautas de socialización según género, siendo el hombre empujado hacia la autonomía y el reconocimiento social y la mujer hacia la dependencia y la ciudadanía relegada. Todo esto, sumado a un sistema global de dominación heteropatriarcal, provocará una asimetría social que adentrándonos en la dimensión de la salud se traducirá en:

- Una mayor dificultad de las mujeres en el acceso a los recursos materiales que determinan la salud de las personas (determinantes intermedios<sup>3</sup>).
- Una posición subalterna de éstas respecto a las ciencias, sus expertos y los saberes hegemónicos.

---

2 Dice Comas que «comprender las divisiones de género que operan en el marco de las relaciones capitalistas implica incorporar las ideologías de vida familiar y las realidades económicas y organizativas del hogar». De esta manera, la intervención ideológica de las instituciones en la organización de las familias y de los hogares nos hace ver que hay una solución de continuidad entre lo productivo y lo reproductivo o entre mercado/hogar.

3 Ver en el modelo de determinantes sociales de la salud.



Figura 1. MODELO TRIANGULAR DE GALTUNG

- Una construcción de identidad desde el concepto del “yo en relación” (Miller, 1987) en el caso de las mujeres, que ha supuesto un dispositivo de dominación clave en la mayoría de las sociedades.

Toda esta violencia estructural y simbólica se convierte en formas legitimadas de violencia contra las mujeres, que tendrá su consecuencia más visible y directa en la violencia de género contra las mujeres<sup>4</sup>. En el modelo triangular de Galtung (Figura 1), po-

---

4 Aunque no vamos a entrar a detallar los mecanismos mediante los cuales la violencia de género ejercida contra las mujeres afecta a su salud, sí es interesante destacar que ésta, hoy día, es considerada en nuestro país como un problema de salud pública, poniéndose en marcha programas e intervenciones desde el sistema sanitario por considerarse este la puerta de entrada de muchas mujeres en situación de maltrato.

demos ver cómo interaccionan entre sí los tres tipos de modelos ejercidos contra las mujeres y que, indudablemente, supondrán un coste importante en su bienestar y salud. No solo por su acción directa sino también por su consecuencia indirecta: la medicalización de la vida cotidiana<sup>5</sup>.

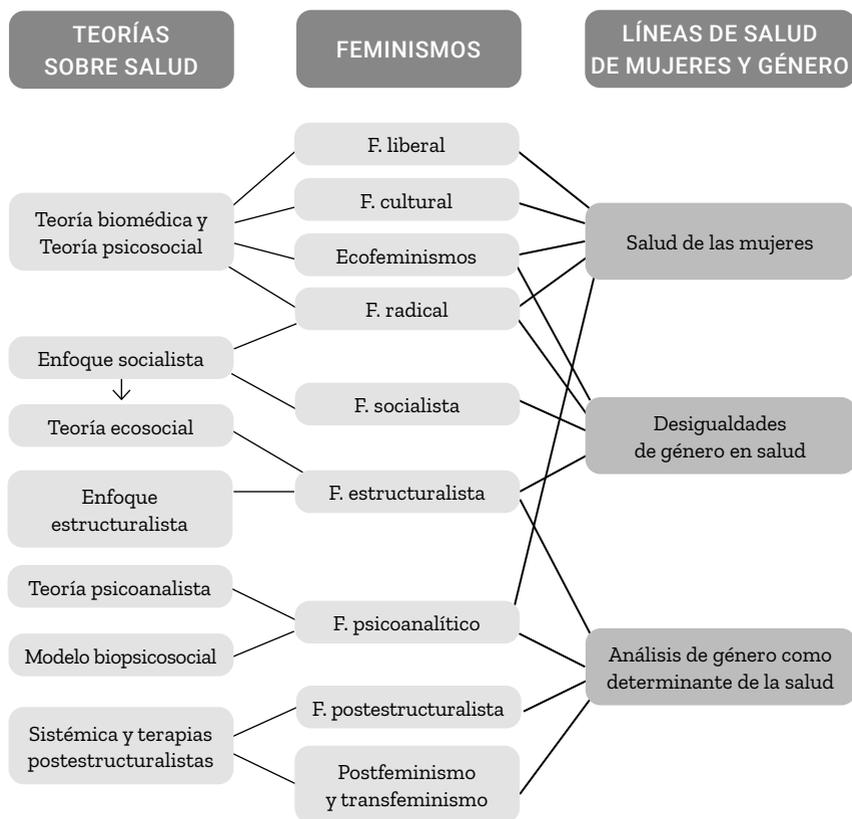


Figura 2. TEORÍAS PRECURSORAS DE LAS TRES LÍNEAS DE GÉNERO Y SALUD Modificado de Velasco (2014)

Siguiendo a Velasco [5] (Figura 2), marcaremos 3 líneas fundamentales a lo largo de la Historia en los modelos de intervención y programación de género y salud:

1. Una primera línea que comienza en los años 70 de “salud de las mujeres” y que tiene que ver con visibilización de las mujeres como sujeto.
2. Una segunda línea que ya incluye el concepto de género y que se adentra en las desigualdades de género en salud.
3. Una tercera línea que propone el análisis del género como determinante de la salud e incorpora a los factores sociales, los factores subjetivos y el tema de las identidades de género.

Ahondando en toda esta multicausalidad y multidimensionalidad, la antropóloga Mari Luz Esteban, propone un modelo de análisis integral de la salud y el género (Figura 3), que parte de una visión holística de los fenómenos y de una perspectiva crítica y constructivista [6]. De esta manera, la autora basa su modelo de análisis en 3 dimensiones:

- La división sexual del trabajo.
- La estructuras de poder que recaen sobre las mujeres.
- Identidades, socializaciones y representaciones del género.

---

5 Según Conrad la medicalización de la vida cotidiana es el proceso por el cual un problema es definido en términos médicos, descrito usando un lenguaje médico, entendido bajo la adopción de un marco médico o tratado con una intervención médica. Como ya decía Ivan Illich en su obra *Némesis Médica*, es la invasión de la medicina y su aparato tecnológico a un número creciente de personas y condiciones. De esta manera, los problemas sociales o estructurales son tratados como problemas individuales y mediante la clínica.

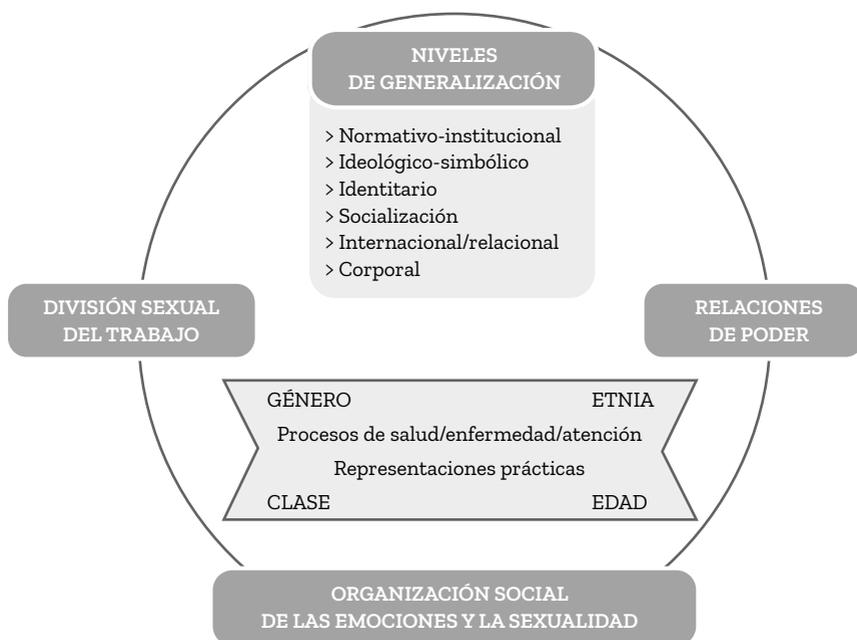


Figura 3. MODELO DE ANÁLISIS INTEGRAL DE GÉNERO Y SALUD  
Modificado de M. Esteban (2010) *Sistema de género*

Teniendo en cuenta toda la complejidad anteriormente detallada, el análisis que desde este libro proponemos no se basa solo en el estudio de la influencia del género en las desigualdades sociales en salud causadas por los factores macro (como usualmente se suele hacer en salud pública y epidemiología), sino también en las diferentes maneras de enfermar y de concebir la salud, sus representaciones y prácticas, en la interacción del género con otros factores (interseccionalidad), y en la forma en que se aborda desde la ciencia y la salud pública. Una fotografía compleja en unas pocas páginas que trata de diseccionar un escenario con múltiples aristas.

## Más allá de la feminización de la pobreza

«Hoy por hoy, el reto que tenemos para con nosotras mismas y para con el movimiento de mujeres es hacer que las complejidades de la discriminación interseccional sean claramente visibles, y actuar para incluir a las mujeres marginadas no solo en las maneras en las que nos referimos a cómo encauzar el cambio, sino también como participes en las acciones que nos comprometemos a realizar en las futuras orientaciones del movimiento de mujeres».

Marsha Darling

Foro AWID *Reinventando la globalización*  
Guadalajara, México. Octubre de 2002

El término “feminización de la pobreza” ha ido mutando conforme avanzaban las teorías feministas. Aquello que en un principio se traducía solo en la evidencia de que hay más mujeres por debajo del umbral de la pobreza en el mundo en general, y en concreto en España, hoy día, orienta su estudio a la relación entre el empobrecimiento y el género como determinante estructural, entendiendo dentro del concepto “empobrecimiento”, no solo las formas de privación monetarias o materiales sino también las simbólicas (*status*) o las relacionales (redes).

Una vez se da el paso del sexo al género en las ciencias de la salud, se desarrollan multitud de estudios epidemiológicos que evidencian las consecuencias en la salud de las desigualdades de género, centrándose en los aspectos macro y en una peor situación de las mujeres en los llamados determinantes intermedios: vivienda, trabajo, entorno, posición socioeconómica... evidenciando una inequidad también en el acceso a los servicios de salud así

como la influencia de todo esto en la adquisición de hábitos y conductas. Esto ha dado paso a estrategias que penetran en la agenda política y de investigación, llegando a realizarse informes de carácter estatal e internacional que incorporan esta perspectiva a la reducción de desigualdades sociales en salud (en nuestro país tenemos el informe *Avanzando en equidad* realizado por la Comisión para la reducción de las desigualdades sociales en salud en 2010). Sin embargo, hay nudos como la evidencia de una mayor longevidad de las mujeres (aproximadamente 7 años) aunque con una mayor morbilidad y peor autopercepción de la salud que los hombres, que muestran la necesidad de estudiar algo más que indicadores desagregados: la necesidad de pasar de los estudios de la salud de las mujeres y hombres a los estudios de género.

Pongamos como ejemplo uno de los determinantes más estudiados: el empleo<sup>6</sup>. La centralidad de este en las sociedades industriales, hace que incluso para definir la influencia de la clase social en la salud poblacional se utilice la clase ocupacional. La influencia de la teoría de feminismos marxistas y ecosocialistas en toda esta vertiente de la Salud Pública hará que al estudio de las diferencias en cuanto al empleo (segregación horizontal<sup>7</sup> y vertical<sup>8</sup>)

---

6 En este libro el trabajo como determinante social de la salud es abordado en dos capítulos: uno habla del empleo (trabajo remunerado) y el otro del trabajo de cuidados o trabajo doméstico.

7 La segregación horizontal es el diferente reparto de sectores de la actividad económica, recayendo normalmente en ellas los trabajos que reproducen el rol femenino clásico de responsable de mantenimiento de la familia y el hogar (ej. empleadas de la sanidad, educación, servicio doméstico...).

8 La segregación vertical es la ocupación por parte de los hombres de los puestos de poder, mientras que las mujeres ocupan los puestos de estrato inferior.

y brecha salarial, se le añadan las consecuencias en la salud del trabajo doméstico y de cuidados. Al salir de la dicotomía clásica sobre el efecto de tener un empleo remunerado o no, entran en juego la importancia de los roles y otros indicadores de género, clase social... De esta manera, encontramos contradicciones como la evidencia de un mejor estado de salud en las mujeres con una ocupación "fuera de la casa" versus el efecto negativo sobre la salud de la doble presencia<sup>9</sup>, fenómeno por el cual la mujer tiene que ocuparse del trabajo productivo y del reproductivo. Esto nos lleva a la necesidad de pasar del género como una variable más al género como eje de análisis.

A partir de este momento se incorporan metodologías que van más allá de lo cuantitativo y de los datos diferenciales de hombres y mujeres. Se incorporan métodos que son capaces de profundizar en las vivencias y en la construcción de los roles de género y sus mandatos (metodologías cualitativas). En palabras de Lucía Artacoz [7]: «La investigación sobre las desigualdades de género en salud debe aumentar el esfuerzo para desarrollar modelos teóricos sensibles a las dimensiones estructurales de las relaciones de género si realmente se pretende entender la complejidad de los patrones de género de salud y enfermedad. El análisis debería abordarse desde la interacción entre el género, la situación laboral, los roles familiares y la clase social». Así pues, el abordaje de las desigualdades de género no puede hacerse desde una categoría estan-

---

9 La doble presencia es un concepto acuñado por la socióloga italiana Laura Balbo que se traduce en un conflicto de roles en el que la mujer debe compaginar el trabajo de cuidados en el ámbito familiar con el trabajo remunerado fuera de él. En España hay un mayor número de mujeres que han entrado a la esfera del mercado pero no se correlaciona con el número de hombres que se ocupan del trabajo doméstico.

ca de mujer (que hoy día muchas instituciones siguen utilizando) sino que debe realizarse desde la interacción de múltiples factores y desde un cruce de ejes de desigualdad que dibuja un escenario poliédrico. Recientemente, por ejemplo, se ha puesto de manifiesto que el desempleo afecta más a la salud mental de los hombres que a la de las mujeres, sobre todo en aquellos de clase social más baja. Esto, fácilmente atribuible a la construcción de la masculinidad hegemónica, que se configura a través del rol del proveedor de la familia, ha dado lugar incluso abordajes terapéuticos de deconstrucción de la masculinidad mediante lo comunitario<sup>10</sup>.

## **Patriarcado y ciencia: la pugna por la propiedad de los cuerpos y los saberes**

«Preciso es que la mujer tenga una idea exacta de sí y disponga de medios eficaces de defensa contra el mundo. La idea de sí solo puede dársele la ciencia. (...) Hagámosla ante todo moral, para que sea buena: pero no entendamos que es más buena ni más moral la que más reza, sino la que tiene mejor y más clara conciencia de su deber».

Álvarez Espino, A. (1880)

---

10 Los Procesos Correctores Comunitarios son una metodología de Intervención Comunitaria, creada por Mirtha Cucco, que pone su mirada en el modo de vida, y como éste se concreta en la vida cotidiana. Considera "los malestares de la vida cotidiana" su objeto de estudio y trabajo. El dispositivo grupal permite, mediante una reflexión crítica, habilitar nuevos consensos grupales por fuera de lo "naturalizado socialmente como normal" (pero que no es saludable); y así buscar alternativas con mayor grado de protagonismo personal y social, operando cambios en la subjetividad, que apuntan a la transformación.

No podemos analizar el efecto del género como determinante de la salud sin analizar el papel que ha tenido la ciencia médica como dispositivo de control (véase capítulo de relaciones de poder y salud). Si revisamos los discursos y escritos médicos podemos ver cómo la ciencia ha tenido un rol fundamental no solo en la asunción de los roles de género como naturales sino también en la explotación del trabajo reproductivo y con ello de la máquina ejecutora (el cuerpo). La medicina se convierte así en una disciplina que se alza como herramienta de poder en manos de hombres occidentales y de clase media.

### ***Ciencia hegemónica y androcentrismo. El llamado "sesgo de género"***

En 1991, Bernardine Healy escribía un artículo en el *New England Journal of Medicine* describiendo el Síndrome de Yentl<sup>11</sup> [8]. En éste, Healy argumentaba cómo las mujeres tenían que cumplir los estándares clínicos masculinos para poder recibir una atención sanitaria similar en el Síndrome Coronario Agudo. Se ponía de manifiesto la invisibilidad de las mujeres no solo como cuerpos biológicos diferenciados (más allá de la función reproductora) sino como sujetos con procesos de socialización y subjetividades diversas, lo que determinaría una minimización de sus síntomas y signos así como la atribución a la perspectiva psicológica o psicosomática.

---

11 El síndrome de Yentl recibe este nombre en honor a la heroína del siglo XIX del cuento de Isaac Bashevis Singer, Premio Nobel de Literatura 1978, llamada Yentl, quien debió disfrazarse de hombre para asistir a la escuela y poder estudiar.

En las dos últimas décadas, filósofas como Harding, Haraway o autoras españolas como Carme Valls han denunciado el sesgo de género y el androcentrismo que se esconde detrás de la falsa neutralidad de la ciencia [9]. Según ésta última, el sesgo de género se manifiesta de tres maneras:

1. Ausencia de las mujeres en los ensayos clínicos.
2. Medicalización excesiva de los procesos biológicos y de la vida cotidiana.
3. La no asistencia o la asistencia inadecuada desde los sistemas sanitarios a los problemas generales de salud de las mujeres.

Buceando en los orígenes de la ciencia moderna encontramos la expropiación del arte de curar de las mujeres y la imposición de un pensamiento androcéntrico como pensamiento "objetivo". Los conocimientos de las mujeres acumuladoras y transmisoras de saberes fueron sustituidos por el paradigma positivista y los consejos de expertos. Mediante la firme creencia del positivismo como motor de todo, el fantasma de la objetividad sustituirá las subjetividades desde las que la salud se construye y convertirá al hombre en "género neutro" extrapolable a todos los seres humanos. Tal y como ocurre en la formación del lenguaje, para la investigación en salud, los hombres han sido siempre los calificados como "género neutro" en lo social o "cuerpo estándar" en lo terrenal. Determinando así una práctica médica donde los cuerpos de los hombres europeos/anglosajones, de mediana edad, de clase media y blancos se mantienen como patrón [10]. Al excluir a las mujeres como objeto de estudio salvo en las funciones que le son biológicamente designadas (menstruación, embarazo, ma-

ternidad, menopausia...) y centrarse en los problemas de interés primordial para los varones, la ciencia ha ido introduciendo errores y sesgos que inevitablemente tendrán consecuencias en la salud de las mujeres y en su atención por parte de servicios sanitarios [11]. Esto unido a la utilización de diseños experimentales deficientes sin incluir indicadores con perspectiva de género y a una interpretación de datos bajo la óptica reducida de la cultura patriarcal, hace que el conocimiento que se desprendía de esta realidad fuese absolutamente sesgado.

### ***Control de la reproducción y la fragilidad de los cuerpos***

Pero este olvido por parte de la ciencia tendrá su otra cara en el empeño de la profesión médica durante todo el siglo XIX, de dibujar con tenacidad la figura de la mujer enfermiza [12] y de la reducción del organismo femenino a la matriz. La medicina había "descubierto" que las funciones femeninas eran intrínsecamente patológicas. La menstruación se convertía en una amenaza que duraba para toda la vida hasta la llegada de otra peor, como era la menopausia. Donde la mujer dejaba de tener una función reproductora y por lo tanto pasaba a un permanente estado patológico<sup>12</sup>.

Se produce una apropiación por parte de la ciencia del cuerpo femenino que comienza a ser administrado socialmente

---

12 «Nunca subrayaremos demasiado la importancia de considerar estas recaídas mensuales como periodos de mala salud» decía el doctor W. C. Taylor en su obra *A physician Counsel to Woman in Health and Disease* (1871) para referirse al periodo de menstruación en las mujeres.

para el control de los procesos biológicos. De esta manera embarazo, parto y postparto se convierten en procesos medicalizados, siendo reducida en muchas ocasiones la salud de las mujeres a una salud reproductiva heteronormativa y tornándose centrales todas las cuestiones que la rodean (maternidad, aborto, etc.).

Frente a este control surge el “movimiento de salud de las mujeres” [13] centrado en una primera época por la lucha por la emancipación de la maternidad como mandato y la separación entre sexualidad y reproducción. Se crean con ello, los primeros Centros de Planificación Familiar autogestionados por mujeres, que luego serán integrados como parte de los sistemas sanitarios. Con el reconocimiento de la ginecología y la obstetricia como ciencias de expropiación de saberes, vivencias y cuerpos, surgen las contraofensivas por parte del movimiento feminista. Así, de la mano del feminismo radical, en el año 1971 surge el movimiento *Self-help* impulsado por el colectivo *Boston Women Health Book Collective*. Se constituirán grupos de apoyo mutuo y de autoexploración en los que recuperar la propiedad de los cuerpos y los saberes robados por la ciencia hegemónica.

Hoy día, todo lo que rodea a la maternidad y salud reproductiva se ha complejizado, en parte por el ocaso del modelo tradicional de familia. Es innegable que continúa siendo un tema central en las desigualdades sociales en salud de las mujeres, por lo que en cuanto a mandatos de género conlleva. Así pues, voces desde el feminismo comunitario y el pensamiento postmoderno deconstruyen y reconceptualizan la maternidad oponiéndose a una economía de mercado que organiza la reproducción social y proclamando una revalorización de los cuidados (unida a una colectivización de estos) y/o una maternidad marcada por subjetivi-

dades diversas (maternidades subversivas)<sup>13</sup>. Miradas que tratan de huir de los mandatos de género clásicos y de la dicotomía "población infantil frente a población adulta"<sup>14</sup>. Miradas que buscan la emancipación de roles y mandatos.

## Subjetividades y cuerpos. La rebelión de las otras

«El sujeto político del feminismo "mujeres" se nos ha quedado pequeño, es excluyente por sí mismo (...). Dinamitemos el binomio género y sexo como práctica política. Sigamos el camino que empezamos, "no se nace mujer, se llega a serlo", continuemos desenmascarando las estructuras de poder, la división y jerarquización (...). Argumentemos con infinitos géneros...».

*Manifiesto para la insurrección transfeminista*  
(Jornadas Feministas Estatales, 2009)

La centralidad de los cuerpos junto con la fluidez y multiplicidad de identidades va a definir la última ola de la literatura feminista. La introducción de disciplinas como la Antropología o la socio-

---

13 En el libro de María Llopis se muestran de experiencias diversas de maternidad ya sea desde la crianza *queer*, o desde el ecofeminismo, etc.

14 Carolina del Olmo en su libro *Dónde está mi tribu* plantea que la crianza es dirigida actualmente por consejos de expertos y además atrapada en una batalla. De esta manera, «la literatura sobre crianza se divide en la militancia pro-niño con sus banderas de la lactancia a demanda y el colecho, donde a los adultos solo nos queda plegarnos a las necesidades de nuestros hijos y la armada pro-adulto, que ve a los niños como unos seres viciosos y egoístas a los que los padres tenemos que corregir hasta que quepan en el traje que la sociedad quiere que lleven».

logía junto con los llamados “Feminismos de la tercera ola”, han hecho que se incorporen visiones del cuerpo como el lugar donde «las represiones y representaciones tienen mayor eficacia simbólica» pero también el lugar «donde emergen las resistencias y oposiciones a la identidad normativa». Se concibe el cuerpo como productor de subjetividades, desplazando así la idea del sistema sexo-género con una base biológica inmutable y comenzando a trazar la imagen del sexo como una construcción social. De esta manera autoras como Fausto Sterling<sup>15</sup> afirman que no es que hayamos fabricado dos géneros (es decir dos modelos de conducta diferenciados) porque disponemos solo de dos sexos, si no que creemos que solo hay dos sexos porque hemos construido solo dos modelos de género.

Así, los movimientos Queer y de las llamadas sexualidades periféricas (LGTBIQ+) cuestionan la existencia de identidades inmovibles y convierten el género en algo performativo, dinámico, en «una fantasía dentro de otra fantasía» [14]. Se rompe con los géneros/sexos binarios, y éste se transforma en una línea continua y fluida donde encontramos los estados intersexuales, poniendo en tela de juicio la existencia de una sexualidad normativa en el centro. Autoras como Witting comienzan en 1978 a hablar del heteropatriarcado como sistema de dominación y de las categorías hombre/mujer como construcciones ideológicas cómplices de este régimen. Para los postestructuralistas, la emancipación de las mujeres solo será posible escapando del callejón sin

---

15 Esta autora se adentra en el campo de la fenomenología, Husserl, a partir de 1910, definió la fenomenología como el estudio de las estructuras de la conciencia que capacitan al conocimiento para referirse a los objetos fuera de sí misma.

salida del sistema sexo/género [14<sup>bis</sup>]. Al incluir la variable sexualidad en esa construcción de identidades, entran en juego otras variables como pueden ser raza, procedencia, edad, etc. la identidad se construye con todos estos nudos, convirtiéndose en algo fluido, cambiante e incluso contradictorio.

Frente al auge de las subjetividades, se plantean nuevos abordajes como los bio-psico-sociales o la medicina transcultural que hacen hincapié en el proceso salud/enfermedad de cada sujeto y que abordan las vivencias y experiencias vitales de forma individual. Sin embargo, en general, seguimos encontrando una medicina de etiquetas con clasificaciones médicas y categorías diagnósticas que definen la normalidad y expulsan a los márgenes a todo lo que no entre en este rango definido (no hay nada más que ver la Clasificación DSM V que aún incluye etiquetas como "discapacidad" o "trastorno de la identidad sexual")<sup>16</sup>. Etiquetas que ignoran narraciones y relatos para basarse en diagramas de síntomas e diagnósticos prefijados.

## A modo de conclusión

El abordaje de las desigualdades de género en salud se ha ido complejizando con el desarrollo de la teoría feminista. De un elemento unificador como era la categoría "mujer" se ha pasado a la multiplicidad de identidades y a poner sobre la mesa la inter-

---

16 Esto ha sido puesto de manifiesto ampliamente por colectivos por la despatologización de lo trans- o de diversidad funcional, quienes muestran como las narraciones de la a/normalidad han servido para patologizar ciertas formas y funciones de la otredad.

seccionalidad<sup>17</sup> como elemento fundamental en la desigualdad. Todo esto en un contexto globalizado de transformaciones sociales, flujos migratorios, cambio de modelos, cadenas globales de cuidados... El mayor reto que se nos plantea es la consecución de la justicia social en este imaginario con identidades que mutan, suman y multiplican con subjetividades y contextos desplazados. Se hace necesario:

- Pasar de la evidencia positivista a la indefinición constructivista y al género como categoría relacional.
- Ahondar en una perspectiva de género que transite, que experimente, que sea capaz de deconstruir certezas y de combinar saberes.
- Analizar e intervenir teniendo en cuenta un imaginario social basado en cuerpos cambiantes y cambiables, constantemente redefinidos y que definen a su vez ecosistemas (con capacidad de agencia).
- Transitar de los grandes metarrelatos a la construcción de nuevas realidades en lo cotidiano.

Nos toca salir de nuestro código biomédico encriptado para familiarizarnos con cuerpos líquidos, cuerpos ciborg [15] sin categorías inmutables, cuerpos chicanos, negros, mestizos, no

---

17 El concepto de interseccionalidad lo introduce Kimberlé Crenshaw en la Conferencia Mundial contra el Racismo en Sudáfrica en 2001. Crenshaw consideró que había categorías como la raza y el género que interseccionaban e influían en la vida de las personas. Para Crenshaw no se trataba de una suma de desigualdades, sino que cada una de éstas confluían de forma diferente en cada situación personal y grupo social mostrando estructuras de poder existentes en el seno de la sociedad.

normativos, cuerpos transgresores... reinventar certezas en un mundo en constante devenir. Nos toca, ahora sí, elegir la pastilla roja... o la morada.

## Bibliografía

- [1] Dio Bleichmar, E. (1996). *Feminidad/masculinidad. Resistencias en el psicoanálisis al concepto de género. Género, psicoanálisis y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, p. 100.
- [2] Rubin, Gayle (1975). "The traffic in women: notes on the political economy of sex", Reiter, R. (ed.). *Toward and Anthropology of Women*. New York, Monthly Review Press, pp. 157-210.
- [3] Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Ediciones Cátedra. Universidad de Valencia.
- [4] Federici, S. *Calibán y la bruja*.
- [5] Velasco, S. (2014). *Sexo, género y salud (estudios sobre la mujer)*. Ed. Minerva.
- [6] Esteban, M. L.; Comelles, J. M.; Diez Mintegui, C. (2010). *Antropología, género, salud y atención*. Ed. Bellaterra.
- [7] Artazcoz, L.; Benach, J.; Borrell, C.; Cortes, I. (2004). "Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class". *American Journal of Public Health*, 94 (1): 82-8.
- [8] Healy, B. (1991). "The Yentl Syndrome". *The New England Journal of Medicine* 325: 274-5.
- [9] Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Ediciones Cátedra. Universidad de Valencia.

- [10] Krieger, N. (2001). "A glossary for social epidemiology". *Journal of Epidemiology and Community Health* 55 (693-700).
- [11] Women Health Book Collective (2005). *Ourbodies. Ourselves*. Boston.
- [12] Cabré i Pairet, M.; Salmón, F. (2013). *Sexo y género en Medicina: una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*. Ed. Universidad de Cantabria. D. L.
- [13] Ehrenreich, B.; English, D. (2010). *Por tu propio bien. 150 años de consejos de expertos a mujeres*. Capitán Swing.
- [14] Butler, J. (1999). *El género en disputa*. Paidós.
- [15] Haraway (1984). *El manifiesto Ciborg*.

# ÉTICA DE LA SALUD PÚBLICA O LA PELÍCULA DE LA ÉTICA Y LA SALUD PÚBLICA COMO NUNCA TE LA HABÍAN CONTADO: A PROPÓSITO DE *DALLAS BUYERS CLUB*

Maite Cruz Piqueras · Joaquín Hortal Carmona

## La historia (y spoiler) de *Dallas Buyers Club*

**L**as buenas historias son circulares, o al menos eso dicen; uno empieza y termina en el mismo sitio, con avances y retrocesos, a trancas y barrancas, en línea recta o haciendo eses pero justo ahí, donde inicio y fin se funden en uno. La película *Dallas Buyers Club*<sup>1</sup> comienza y finaliza con la misma imagen: un vaquero monta un toro salvaje en un rodeo en Dallas. El film es un *biopic* de la vida de Ron Woodroof, un antipático y homófobo electricista, magistralmente interpretado por Matthew McConaughey, que es diagnosticado de SIDA. La acción transcurre en 1985, año en que este diagnóstico era sinónimo de muerte. Por esta razón, Ron intentará entrar en un ensayo clínico con AZT<sup>2</sup>, pero cuando se entera que el ensayo es doble ciego<sup>3</sup> y que eso

---

1 *Dallas Buyers Club* (2013), Jean Marc Vallée, EE.UU.

2 Zidovudina (AZT), primer antirretroviral aprobado para el tratamiento de la infección por VIH en 1987.

3 Ensayo clínico doble ciego: aquel en que las personas participante e investigadora desconocen si la participante forma parte del grupo control o del experimental, con el fin de minimizar los efectos placebo y el sesgo del investigador.

no significa precisamente colocarse el doble, hecho que, por otra parte, sabía hacer a la perfección, decide tomarlo por su cuenta comprándoselo a un trabajador del hospital que lo vende de trapicheo para sacarse un sobresueldo. Cuando esta situación termina porque el "camello sanitario" deja de proveer la sustancia, decide ir a buscarla a México. Allí, en lugar de la medicación, encontrará un médico que le mostrará los efectos secundarios y dañinos del AZT y las posibilidades que se abren ingiriendo un cóctel de vitaminas y péptido T que ralentiza la progresión del VIH hacia el SIDA. La película continúa con la decisión del protagonista de "ensayar" sobre su propio cuerpo, por lo que comprará, primero en México y luego en otros países, péptido T para su venta a través de clubs de enfermos de SIDA como tratamiento alternativo al AZT. Esta decisión le supondrá, no solo la comercialización de estas sustancias y la obtención de beneficios junto a su socio, el mucho más que entrañable travesti Ragon (Jared Leto), sino la especulación con la desesperación de las personas enfermas. Y es que mientras la construcción del personaje protagonista dista mucho de despertar nuestra simpatía, sino más bien lo contrario, la lucha que emprenderá contra el lobby que ejercen las compañías farmacéuticas y la FDA<sup>4</sup>, que hacen lo imposible por impedir que estos tratamientos estén al alcance de los pacientes, recibe todo nuestro apoyo. Colorín, colorado, esta historia ya se ha destripado.

Gran *spoiler* ante el que, inevitablemente, surge la pregunta, ¿a qué viene todo esto en una reflexión sobre ética y salud pública? Para que una buena historia funcione desde la perspectiva del análisis ético, más allá de su carácter circular, se le pide que pre-

---

4 Food And Drug Administration (FDA). Autoridad de Salud Pública de EEUU.

sente diversas aristas, es decir, variadas y diferentes posiciones ante un mismo problema<sup>5</sup>. A esto sumamos que el relato facilita lo que Nussbaum ha llamado, de manera muy certera, cierta "imaginación narrativa"<sup>6</sup> y nos permite "calzar los zapatos del otro" en palabras de Atticus Finch<sup>7</sup>, en este caso los de Ron y su lucha contra el Estado representado por la FDA, y también puede facilitarnos la presentación de los principales temas y tensiones que están en el actual debate sobre ética y salud pública.

## Hacia una "resituación" de la bioética y la ética de la salud pública

Hoy día, nadie se cuestiona la importancia y el papel de la ética en la práctica clínica ni su consideración y aplicación en la propuesta de cualquier investigación, ya sea desde el ámbito biomédico o desde el más social. Los avances y debates producidos bajo el paraguas de la bioética y la ética de la investigación han sido realmente prolíficos. Desde su nacimiento en los años 70 hasta hoy, códigos de investigación, comités de ética asistencial y de investigación, rechazo de tratamiento, consentimiento informado, futilidad, planificación anticipada o testamento vital, son conceptos que no pueden obviarse fácilmente en el ejercicio de la

---

5 Marzabal, Íñigo (2004). *Deliberaciones Poéticas, cine y ética narrativa*. Universidad del País Vasco.

6 Nussbaum, M. (2006). *El conocimiento del amor*. Madrid: Editorial Antonio Machado.

7 Gregory Peck en la película *Matar a un ruiseñor* (1962), Robert Mulligan, EEUU.

práctica clínica<sup>8</sup>. Aun pudiéndonos cuestionar, y mucho, la aplicabilidad y las consecuencias reales derivadas del desarrollo de los cuatro “jinetes” de la bioética (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia) sí que se constata cómo su impronta está presente, en mayor o menor medida, en el actual modelo de relación médico-paciente<sup>9</sup>. Sin embargo, la proliferación de propuestas planteadas desde la bioética no ha tenido un paralelismo en el desarrollo de la ética aplicada a la salud pública. Y esto, ¿a qué se debe?, ¿por qué esa escasa atención por parte de salubristas a la ética y de bioeticistas a la salud pública?, ¿es que las intervenciones y programas de salud pública no necesitan de la ética de la misma manera que la investigación o la clínica?, ¿qué tiene la ética que no atrae a salubristas?

Cuando en nombre de la salud pública se decide implantar una medida, inmediatamente se produce una tensión entre los derechos ejercidos desde la autonomía personal y la intervención que en nombre de la protección, promoción y prevención de la salud ejerce el Estado. Entonces, ¿cuáles son los derechos y libertades de las personas individuales? y, una vez establecidos, ¿quién debe encargarse de defenderlos y tomar medidas cuando éstos no se cumplen? Buscar una respuesta a estas preguntas, junto al establecimiento de un modelo que permita una distribución justa de los bienes materiales, constituye parte de las cuestiones centrales que, a lo largo de la Historia, se ha planteado la filosofía política. Uno de los informes que más influencia ha tenido en la reflexión sobre la ética y la salud pública es el elaborado

---

8 Couceiro A., editora (1999). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela.

9 Siegler, Mark (2011). “Las tres edades de la medicina y la relación médico paciente”. *Cuadernos de la Fundación Victor Grifols Lucas*, n° 26, Barcelona.

por la fundación Nuffield Trust que también señala a la filosofía política como responsable del estudio de los deberes que tienen las personas respecto a las otras y en qué medida «es aceptable el establecimiento de políticas por parte del Estado que influirán en la salud de la población»<sup>10</sup>.

Si los seis personajes de Pirandello estaban en la búsqueda de un autor que los materializara más allá de la imaginación del escritor, las medidas tomadas en nombre de la salud pública andan en la búsqueda de un marco bajo el que cobijarse y, si puede ser, con una buena manta ética. Recordemos que la ética de la salud pública se constituyó en una excepción a los principios bioéticos en nombre del bien común. La reacción no se hizo de esperar y activó una reflexión que durante la década 2000-10 supuso el arranque de diversos marcos éticos sobre como ajustar ese equilibrio para el abordaje específico de los problemas en salud pública sin que ninguno de ellos, por ahora, se haya impuesto.

Es probable que en este punto esté el origen de la actual situación de la ética y la salud pública. Mientras la bioética ha encontrado, sobre todo, en el "principialismo"<sup>11</sup> y en el ámbito científico médico un modelo desde el que plantear sus propuestas y un método, generalmente el deliberativo, de análisis de los conflictos, la ética de la salud pública tendería a entenderse como un espacio más volátil donde las propuestas dependen de modelos más o menos intervencionistas y del equilibrio de

---

10 (2007) "Public health: ethical issues". *Nuffield Council on Bioethics*. <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Public-health-ethical-issues.pdf>

11 Principialismo: teoría bioética que establece cuatro principios (justicia, no-maleficencia, beneficencia y autonomía) en torno a los cuales giran todas las cuestiones bioéticas.

intereses y actores que entren en juego. Digamos que el beneplácito adquirido mediante el discurso biomédico se lo pone relativamente fácil a la medicina al identificar principios y valores, al menos, insistimos, a nivel teórico, mientras que la salud pública lo tiene más difícil puesto que su origen y desarrollo es también político (depende del Estado) y social (afecta a comunidades). Según se entienda y defina cuál es el papel de la salud pública y los mecanismos que deben ponerse en valor para su salvaguarda, se enfatizarán aspectos que, por ejemplo, influyan en el gradiente de desigualdades en salud o se tomarán medidas de corte utilitarista. Los valores que se defiendan en uno u otro modelo serán radicalmente diferentes y sus consecuencias dispares. Países donde la política de vacunaciones se entiende que es obligatoria y otros donde no, criterios para obligar y retener a una persona en contra de su voluntad para un tratamiento de tuberculosis, prohibición de la circulación en bicicleta sin casco, etc., son medidas que se toman desde alguno de estos modelos. Y esto se convierte en una situación aún más contradictoria si pensamos que la salud pública depende del árbol fundacional de la medicina y no al revés<sup>12</sup>.

Estos enfoques teóricos se amplifican a través de herramientas e intervenciones. En nombre de la salud pública se toman medidas que producen conflictos. Como ejemplo de estas disparidades sirva la tabla que resume, a continuación, diversas medidas e intervenciones y los conflictos que correlativamente producen en la salud pública.

---

12 Segura, Andreu (2012). "Ética y salud pública". *Revista Bioética & Debat*, 18 (67): 3-7.

Tabla 1. CONFLICTOS ÉTICOS EN SALUD PÚBLICA

HERRAMIENTAS E INTERVENCIONES	CONFLICTOS ÉTICOS
<b>Coacción para comportamientos saludables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proscripción de conductas arriesgadas para la salud, por ej. tabaquismo.</li> <li>• Retención y obligación de tratamiento, por ej. detención en casos de salud mental.</li> <li>• Obligación preventiva en personas sanas, por ej. vacunación obligatoria.</li> </ul>
<b>Reducción de riesgos para la salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para determinar el nivel de riesgo socialmente aceptable.</li> <li>• Incertidumbre sobre la evidencia del riesgo y la justificación de la intervención. El Estado transita desde el alarmismo, intervencionismo a la negligencia por descuido.</li> </ul>
<b>Epidemiología e investigación en salud pública</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recogida de datos que afectan a la intimidad y confidencialidad.</li> <li>• El consentimiento y la posibilidad de aplicación en comunidades.</li> </ul>
<b>Reducción de desigualdades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El papel que debe jugar la salud pública en la búsqueda de justicia en la atención de salud.</li> </ul>
<b>Racionamiento y asignación de recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Destinar recursos a salud pública en lugar de otras áreas.</li> <li>• En la atención sanitaria, presupuestar más recursos a atención hospitalaria que a primaria.</li> <li>• En caso de recursos escasos, la guía moral en la toma de decisiones. Ejemplo: en trasplantes se usan criterios médicos de idoneidad: edad, condición física, personalidad...</li> <li>• Determinar qué medicamentos se financian o cuáles no.</li> <li>• Justicia procesal: instituciones legítimas y asignación de recursos mediante procesos justos.</li> <li>• El enfoque utilitarista ¿debe ser predominante en salud pública?</li> <li>• El equilibrio entre los intereses del paciente con la justicia social.</li> </ul>

HERRAMIENTAS E INTERVENCIONES	CONFLICTOS ÉTICOS
Educación pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las campañas de promoción de la salud que tratan de cambiar normas sociales y preferencias individuales pueden ser conflictivas.</li> </ul>
Estigmatización	<ul style="list-style-type: none"> <li>La estigmatización como consecuencia de medidas de salud pública genera desigualdad.</li> <li>Se basa en una construcción social de la enfermedad asociada a juicios morales.</li> </ul>
Uso de la evidencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>La toma de decisiones apoyadas en evidencias inciertas.</li> <li>La falta de datos puede llevar a una desproporción entre la relevancia del problema y los recursos dedicados, por ej. la gripe A.</li> </ul>

*Fuente: elaboración propia a partir de la bibliografía*

Entonces, ¿qué hacer? ¿Empezamos a estudiar filosofía política? ¿Seguimos tomando decisiones en nombre de la beneficencia y el paternalismo (procurar el bien a cuantos más mejor)? ¿Con qué criterios? ¿Cómo seguir adelante?

Si algo debería definir a la (bio)ética es su carácter eminentemente práctico. S. Toulmin en su interesante artículo "How medicine saved the life of ethics"<sup>13</sup> concluía que el surgimiento y desarrollo de la bioética había "salvado a la ética": dejaba de ser una reflexión filosófica y abstracta para concretarse en otra con problemas más prácticos que estaban apareciendo en otras disciplinas o actividades profesionales como la medicina, la investigación, las empresas, la intervención social o los medios de co-

---

13 Toulmin, S. "How medicine saved the life of ethics", en N. Jecker, A. Jonsen y R. Peralman, *Bioethics an introduction to the History, Methods and Practice*. Londres, Jones and Barlett Publishers International.

municación<sup>14</sup>. Tal y como sostuvo Max Weber puede decirse que hay dos tipos de ética que, de un modo o de otro, siempre se han distinguido. De un lado, una “ética de la responsabilidad”, es decir, uno asume las consecuencias de las acciones que decide; de otro, una “ética de la convicción”, por la que nuestras acciones tienen que estar basadas en principios que sean universales. En realidad, éstas no son posiciones contradictorias sino complementarias. Muchas de las corrientes que se desarrollan hoy día en el mundo de la ética son éticas de la convicción, pero no siempre lo son de la responsabilidad. La ética de la responsabilidad atiende a principios pero sobre todo al contexto, a tener en cuenta los principios a la vez que las consecuencias reales de las decisiones. Aun reconociendo el papel fundamental que a nivel simbólico tienen códigos y principios, lo que proponemos es un intento de conexión entre la filosofía política, la ética y la salud pública, una “resituación”<sup>15</sup>, basada también en contextos, políticas, normativa y ejercicio de la práctica.

Así que saltémonos preliminares y desnudemos programas y medidas concretas de salud pública, mostrando los modelos, principios y valores con los que se visten, analizando sus consecuencias, escudriñando cada caso desde todos sus ángulos éticos. En definitiva, cada situación es diferente y requiere un examen minucioso de las cuestiones éticas, recorrer un camino de ida y vuelta entre los principios y valores éticos fundamentales y los contextos concretos en que estos se producen.

---

14 Camps, Victoria (2013). *Breve Historia de la Ética*. Barcelona: RBA.

15 Vegas, Nacho (2014). *Resituación*, Marxophone.

## ***Dallas Buyers Club* o el Club de los desahuciados: una lectura insólita desde la ética de la salud pública**

La vida de Ron no es la guía de estas páginas por casualidad. La preocupación por los problemas éticos en salud pública nace con Ron y su club de compradores, y los millones de enfermos de SIDA que contagian y se contagian, que mienten, que ocultan, que resisten, que mueren por todo occidente en la década de los ochenta. Recordemos que al inicio de la epidemia de SIDA la bioética estaba en plena efervescencia, pero los conflictos éticos que surgieron con esta enfermedad mostraron sus costuras y dificultades para dar respuesta a las demandas de las políticas de salud pública. El abordaje de esta enfermedad exigía un equilibrio entre necesidades de salud comunitaria y derechos individuales, entre vida pública y privada, que puso en jaque a la bioética por insuficiencia.

Como Dante de la mano de Virgilio, descendamos con Ron Woodroof a su infierno de los ochenta y a algunas de las cuestiones éticas emergentes que darán forma a martillazos a la ética de la salud pública: la autonomía personal y el consentimiento, la estigmatización y la ética de investigación.

### **«... que le den a la FDA»**

Cuando a Ron le auguran un máximo de 30 días de vida, ¿qué es lo primero que hace? Lo que se espera que, en su caso y cumpliendo el estereotipo del personaje, haría cualquier hijo de vecina que ni siquiera conozca las fases de Elisabeth Kübler-Ross<sup>16</sup>: negar la en-

---

16 Kübler-Ross, Elisabeth (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo.

fermedad, cogerse una buena cogorza y hacérselo “a pelo” con un par de prostitutas. Digamos que Ron, simplemente, olvida u obvia las consecuencias de su conducta y somete a las mujeres con las que mantiene relaciones sin protección al riesgo de contagio de una enfermedad, en aquel momento, irremediabilmente mortal. Al poner en peligro la vida de estas mujeres se devalúan los derechos de Ron a la intimidad y privacidad de su salud. La conducta de Ron genera daño, tiene consecuencias que deberían influir en las decisiones como nos recuerda un relato de Amartya Sen<sup>17</sup>: «un príncipe antes de una gran batalla de clanes duda sobre su papel. Sabe que es una batalla justa porque justos son los principios que le han llevado a ella, pero también sabe que cuando acabe la próxima jornada serán miles los cadáveres de amistades y enemistades que alfombren el campo de batalla. Sabe de la fortaleza de sus principios pero duda sobre las consecuencias de sus actos».

Así, el respeto a la autonomía personal y a guiarse en la vida con un proyecto vital propio sin intromisiones, principio (con) sagrado en bioética, muestra sus excepciones. Excepciones que transitan de la bioética a la ética de la salud pública. Mientras el foco de la bioética está centrado en un plano corto sobre Ron, la ética de la salud pública abre a un plano general sobre el Estado de Texas, sobre los EEUU al completo, en el que las conductas de cada uno afectan a los demás. Es ahí donde se debe empezar a construir otra cosmogonía que parte de los cuatro principios de la bioética, sí, pero que debe sumar los valores de esa nueva dimensión de la salud pública: la comunidad, es decir, la pertenencia a una sociedad en la que el bienestar de cada persona y el de todas es asunto común.

---

17 Sen, Amartya (2011). *La idea de la Justicia*. Buenos Aires: Editorial Taurus.

¿Por qué no consumir el fármaco que queramos?, ¿por qué no hacer con nuestro cuerpo lo que deseemos? Es más, si soy un enfermo terminal con un pronóstico de apenas unos días de vida, independientemente de que sea eficaz o no, ¿cuáles son los límites para experimentar con lo que me venga en gana, me haga o no daño? Frente a una enfermedad terminal, ¿qué puedo perder? Ron, tejano, sureño, receloso del papá Estado yanki, imbuido en una sociedad autonomista como la estadounidense, con aversión a la intromisión estatal en las libertades individuales, se atormenta incrédulo con estas preguntas. Y Ron coge su fusil y se planta desafiante en el campo de batalla contra el Estado y recurre en los tribunales la prohibición por la FDA del Péptido T como tratamiento para el SIDA. La pregunta en clave de salud pública es, ¿qué pueden perder los demás?, ¿cómo afecta esta decisión al otro? La FDA no puede dar licencia a un fármaco que es ineficaz para el SIDA, incluso aunque sea inocuo, porque eso le daría marchamo de una utilidad que no tiene, equivaldría a favorecer el fraude y enriquecer al estafador. El Estado debe garantizar que los fármacos que se dirigen a una población tan sensible, como son las personas enfermas y los pacientes terminales, sean legítimos, no causen daños y tengan un mínimo beneficio. Si estos fármacos no regulados constituyen una amenaza para la salud pública y la mejor medida, en ausencia de alternativas menos intrusivas, es su prohibición y requisa, pueden estar justificados aún a costa de limitar a un Ron moribundo la libertad de consumir lo que desee. Este paternalismo<sup>18</sup>

---

18 Paternalismo: restricción de libertades individuales para proteger a los individuos de sí mismos. Ejemplo: la obligación de llevar el cinturón de seguridad.

de la FDA sobre Ron, en ocasiones tan denostado por la bioética, tiene su encaje en la ética de la salud pública entendido de un modo *softcore* como comunitarismo: las restricciones se hacen por un bien mayor, el interés público.

### **«... quiero comprar un poco de AZT, ahora... esto no funciona así»**

Pero Ron no solo tiene un enfrentamiento legal con las autoridades de salud pública por el control de su cuerpo y su enfermedad sino que, en su lucha por sobrevivir al SIDA y acceder a todo tratamiento posible, intenta entrar en un ensayo clínico que recibe tratamiento con el fármaco experimental AZT. Coacciona, soborna, corrompe y al final consigue el tratamiento experimental burlando el diseño del ensayo clínico. Diseño que garantiza, a priori y siempre y cuando obviemos otros intereses espurios (pongamos por ejemplo los de la industria farmacéutica), la equidad del ensayo clínico: la distribución equitativa de riesgos y beneficios, no solo teniendo en cuenta a participantes, sino también a futuros consumidores del fármaco; garantiza, en suma, el principio preeminente en salud pública: la justicia.

La función moral de los programas de salud pública es garantizar la justa igualdad de oportunidades y la reducción de desigualdades para mejorar los resultados en salud.

**«... quiero saber qué me está chutando al cuerpo doctor...  
yo decido qué entra en mi cuerpo, no usted»**

La relación de Ron con el AZT cambia con el paso del tiempo: desde su lucha inicial por conseguirlo de manera ilegal hasta su rechazo una vez regulado y aprobado en EEUU. En un momento de la película, desvanecido y sin conocimiento, Ron es hospitalizado. Despierta y observa en su antebrazo un tratamiento intravenoso: AZT. Se retira violentamente la vía y con un paso de *cowboy* que echa de menos su caballo, abandona el hospital mientras reprueba al médico por tratarlo sin su permiso: sin su consentimiento<sup>19</sup>. Aunque esa medicación le beneficie, aunque la intención del médico sea la mejor (basada ahora en el principio de beneficencia), vulnera injustificadamente la autonomía de Ron, obvia sus creencias, sus valores y, en suma, su dignidad como persona que decide sobre sí mismo... aunque sea contra sí mismo.

El consentimiento informado es el emblema de la bioética y la mejor representación de la autonomía. Sin embargo, en lo que a salud pública respecta, el consentimiento es moralmente cuestionable e incluso poco relevante, ¿cómo pedimos, por ejemplo, el consentimiento para fluorar las aguas a todo aquel que las va a consumir? Una opción es seguir un enfoque de "justicia procesal", es decir, contrapesados riesgos y beneficios de una intervención, y tras una deliberación pública y transparente, se puede asumir la toma de esa decisión política como una especie de consentimiento comunitario.

---

19 Consentimiento: cualquier intervención que pueda exponer a alguien a un riesgo significativo es moralmente inaceptable a menos que el interesado consienta.

## «He dicho que me pilles otra birra princesita»

Tras el alta hospitalaria y con el reciente diagnóstico de SIDA, Ron acude al encuentro de sus colegas vaqueros en un bar. Su enfermedad no es un secreto. Se sienta en una silla a horcajadas, con el respaldo por delante sobre el que se apoya desafiante. Está enfermo pero se sigue sintiendo el jefe de la manada. Uno de los vaqueros insinúa la condición afeminada y homosexual de Ron: «he dicho que me pilles otra birra princesita». En pie y en guardia. Empieza la pelea. Ron ya no tiene amigos.

La epidemia de SIDA en 1985 no solo era una enfermedad emergente, mal conocida y con una terrible mortalidad; además estaba estrechamente asociada a conductas sometidas al repudio moral de una mayoría social: la homosexualidad inicialmente y las adicciones a drogas parenterales más adelante. El diagnóstico de SIDA no solo era un aséptico diagnóstico médico de enfermedad muy grave, era también un diagnóstico social de una moral reprochable: un grave estigma social.

El estigma es, en su reverso, una potente arma de salud pública. El ejemplo paradigmático son las campañas para reducir el tabaquismo que han convertido el hábito de fumar en una conducta moralmente reprochable. De hecho se ha llegado a redefinir una "nueva moralidad" en la que "estar enfermo" equivale a "sentirse culpable". Sin embargo, el estigma está ligado a la desigualdad social: las campañas reducen el tabaquismo principalmente en clases altas, lo que genera desigualdad en la exposición al riesgo: lo sufren más los más desfavorecidos. Es imprescindible que en los instrumentos de salud pública impere la proporcionalidad entre medidas y objetivos, tanto más, cuanto mayor sea la intrusión.

## **Un final alternativo: «No somos responsables de las medicinas que os damos; si la palmáis, la palmáis, no es problema nuestro»**

El cajón está junto a la arena del rodeo. Ron nos cede su puesto a lomos del toro de los conflictos éticos de *Dallas Buyers Club*. Y se abre el portón y nos voltea una pregunta: ¿debió la FDA prohibir el péptido T?

Si nos valemos de las diversas herramientas de análisis y reflexión para la ética de la salud pública surgidas en los últimos 15 años podemos valorar la calidad ética formal de la intervención de la FDA y de los argumentos de Ron.

Es obvio que la FDA debe partir de criterios científicos a la hora de decidir la comercialización de un fármaco. El péptido T carecía de eficacia conocida en el tratamiento del SIDA, por lo que la postura inicial de prohibición se antoja apropiada. Pero ¿la eficacia es la única consideración? La de la FDA no debía ser una decisión exclusivamente científica sino que se debía contrapesar con otros valores. Los pacientes con SIDA en 1985 carecían de esperanza, de oportunidades, de fármacos para tratamiento, cargaban además con el estigma moral de la enfermedad, y este desvalimiento extremo se debió tener también en cuenta a la hora de negar el uso de fármacos. Las exigencias de eficacia para un fármaco no podían ser las mismas para una enfermedad leve o con alternativas de tratamiento que para una enfermedad como el SIDA en 1985: mortal y sin tratamiento. La decisión debía ser proporcional y, ante la inocuidad del péptido T, tomar en consideración también la ausencia de alternativas y desvalimiento de los enfermos de SIDA.

Las decisiones de la FDA mostradas en *Dallas Buyer Club* adolecen de una exposición e información pública transparente que

les de veracidad y legitimidad. Por el contrario, se entrevén relaciones oscuras con la industria farmacéutica que desarrolla los nuevos antivirales. La prohibición del péptido T no era medida necesaria ni imprescindible para el control de la epidemia de SIDA. Existían medidas alternativas menos restrictivas, con más respeto para la autonomía de los enfermos de SIDA, como una licitación temporal del fármaco bien explicada, donde quedara completamente clara la ausencia de eficacia demostrada, hasta el desarrollo de tratamientos más eficaces. Es decir, la compasión hacia un colectivo como el de enfermos de SIDA que sufría sin esperanza, permitía la justificación pública de un tratamiento probablemente inútil. Hubiese sido justo distribuir la carga de una enfermedad tan grave como el SIDA con la participación de la sociedad con un tratamiento aunque no fuera eficaz.

### ***The end***

*Dallas Buyers Club* se termina dibujando como una historia más en espiral que circular. El Ron que monta el toro en la última escena se aleja progresivamente del centro y en cada curva, en cada salto, regresan los viejos conflictos éticos en un eterno retorno sin solución definitiva. Por eso, conceptos como deliberación y prudencia, claves de la ética aristotélica, no dejan de ser importantes 2500 años después. Conflictos también tamizados por una sociedad que, en constante evolución, reorganiza y reinterpreta sus valores. Valores en ascenso como comunidad (Nuffield Council, 2007) o transparencia viran el debate sobre la ética de la salud pública en la búsqueda de equilibrio entre individuo y sociedad, entre la convicción y la responsabilidad.

## Bibliografía

- [1] Kass, N. E. (2001). "An ethics framework for public health". *American Journal of Public Health* 91(11): 1176-82.
- [2] Callahan, Jennings (2002). "Ethics and Public Health". *American Journal of Public Health* 92(2): 169-76.
- [3] Gruskin, S. (2002). "Ethics, human rights, and public health". *American Journal of Public Health* 92(5): 698.
- [4] Levin, B. W.; Fleischman, A. R. (2002). "Public Health and Bioethics: The benefits of collaboration". *American Journal of Public Health* 92(2): 165-7.
- [5] Mackie, P.; Sim, F. (2004). "The ethics of public Health decision making". *Public Health* 118: 311-2.
- [6] Martin, R. (2006). "The limits of law in the protection of public health and the role of public health ethics". *Public Health*, 120: 71-80.
- [7] Dawson, A. (2006). Comentario on "the limits of law in the protection of public health and the role of public health ethics". *Public Health*, 120: 77-80.
- [8] Baum, N. M.; Golust, S. E.; Goold, S. E.; Jacobson, P. D. (2007). "Addressing Ethical Challenges in Public Health Practice". *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 35: 657-67.
- [9] (2007). "The ethics of public health". *The Lancet* 370: 1801.
- [10] Segura, A.; Meneu, R.; Hernández, I., Pons, J.; Gervas, J. (2012). *Ética y Salud pública*, vol. 17. Barcelona: Fundació Victor Grífols i Lucas.
- [11] Hepple, B.; Smith, P.; Brownsword, R.; Calman, K.; Harding, S.; Harper, P. et al. (2007). *Public health: ethical issues*. Cambridge: Nuffield council on bioethics.
- [12] Petrini, C.; Gainotti, S. (2008). "A personalist approach to public-health ethics". *Bull World Health Organ* 86(8): 624-9.

- [13] Bayer, R. (2008). "Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we". *Social Science & Medicine* 67: 463-472.
- [14] Rock, M. J.; Degeling, C. (2014). "Public health ethics and more-than-human solidarity". *Social Science & Medicine* 2014: 1-7.
- [15] Miller, F. A. (2013). "Public Health Ethics: Key Concepts and issues in Policy and Practice". *Public Health* 127: 885.
- [16] Segura, A.; Carrasco, J. M.; Hernández, I.; Román, B.; Puig, J.; Simón, P. et al. (2014). *Ética y Salud Pública en tiempos de crisis. Vol 32*. Barcelona: Cuadernos de la Fundació Victor Grifols i Lucas.
- [17] Aarons, D. E. (2006). "Ethics in health policy and guidelines in healthcare". *West Indian Medical Journal* 55(2): 113
- [18] Lee, L. M. (2012). "Public Health Ethics Theory: Review and Path to Convergence". *Journal of Law and Medicine* 40(1): 85-98.
- [19] Childress, J. R.; Faden, R. R.; Gaare, R. D.; Gostin, L. O.; Kahn, J.; Bonnie, R. J. et al. (2002). "Public Health Ethics: Mapping the Terrain". *Journal of Law and Medicine* 30(2): 170-8.
- [20] Upshur, R. E. G. (2002). "Principles for the Justification of Public Health Intervention". *Canadian Journal of Public Health* 93(2): 101-3.
- [21] Thompson, A. K.; Faith, K.; Gibson, J. L.; Upshur, R. E. G. (2006). "Pandemic Influenza Preparedness: An Ethical Framework to Guide Decision-Making". *BMC Medical Ethics* 7: 12.
- [22] Stacy, M.; Carter et al. (2012). "How to think about health promotion ethics". *Public Health Reviews*, vol. 34, nº 1.
- [23] Swain, G. R.; Burns, K. A.; Etkind, P. (2008). "Preparedness: Medical Ethics Versus Public Health Ethics". *Journal of Public Health Management and Practice* 14(4): 354-7.
- [24] Jaffe, H. W., Hope, T. (2010). "Treating for the Common Good: A Proposed Ethical Framework". *Public Health Ethics* 3(3): 193-8.

- [25] Roberts, M. J.; Reich, M. R. (2002). "Ethical Analysis in Public Health". *The Lancet* 359(9311): 1055-59.
- [26] Jennings, B. (2007). *Public Health and Civic Republicanism: Toward an Alternative Framework for Public Health Ethics*. A. Dawson and M. Verweij, eds., New York: Ethics, Prevention, and Public Health.
- [27] Mendoza, C. (2007). "El dilema ético de la fluoración del agua potable". *Revista Médica de Chile* 135(11): 1487-93.

# IDEOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA: LA INFLUENCIA DETERMINANTE DE LAS MIRADAS

Javier Padilla Bernáldez

«La idea del posible fin de la ideología es una idea ideológica *par excellence*».

Althusser (1965)

La salud pública, disciplina que reivindica el uso del método científico como guía de generación de conocimiento que resulte operativo para la consecución de sus objetivos, ha tenido tendencia a tratar de reafirmar su carácter científico-técnico negando o minimizando la influencia de la ideología en el diseño de sus abordajes, estrategias, programas y actividades. Dicha negación no solo resulta inverosímil, sino que además, como afirma Althusser –y recoge Zizek en uno de sus libros [1]– supone una afirmación ideológica *per se*.

Esa influencia de la ideología en la salud pública siempre ha estado presente, haciéndose especialmente patente en el siglo XIX, cuando las tesis del contagionismo chocaron de forma frontal con políticos y economistas liberales, que se oponían a la toma de medidas como la cuarentena, exponiendo que no tenían base evidencial sobre la que sustentarse y que, lo que podríamos llamar el argumento oculto, suponían un gran perjuicio para la economía y el comercio [2]. Paralelamente, en el plano individual, autores como Weber negaban la posibilidad de mezclar la actividad política y la labor científica en un mismo ser (en un

mismo hombre, en aquel momento), sin que alguna fuera objeto de perversión, afirmando que: «No se puede ser al mismo tiempo hombre de acción y hombre de estudio, sin atentar contra la dignidad de una y otra profesión, sin faltar a la vocación de ambas» [3].

Sin embargo, la relación entre ideología, política y salud pública es estrecha, debiéndose considerar la salud pública como una forma de biopolítica (término popularizado por Foucault). De este modo, la salud pública no se habría limitado al mero estudio de las relaciones entre riesgos y enfermedades, sino que habría ido más allá, «formando parte de un vasto dispositivo de control político de la salud e higiene de las poblaciones a través de actividades de prevención, promoción y protección de la salud. Un control de los cuerpos que se extendió también a las “condiciones morales”» [4].

Partiendo del concepto de sociedad líquida, enunciado por Baumann, podemos afirmar que no solo el amor o las relaciones sociales se han vuelto líquidos [5], estableciendo lazos más fácilmente desmontables; las ideologías también están sufriendo un proceso de reconfiguración en el que podríamos señalar dos aspectos clave:

- Posicionamiento central del pensamiento económico: cualquier ideología se configura en torno a la faceta económica de su propuesta.
- Oposición dialéctica entre el colectivismo y el individualismo, con multitud de formaciones intermedias según se interpreten las posturas en torno a la propiedad privada, la búsqueda de la equidad o el papel del Estado y los poderes supranacionales en la conformación de las sociedades.

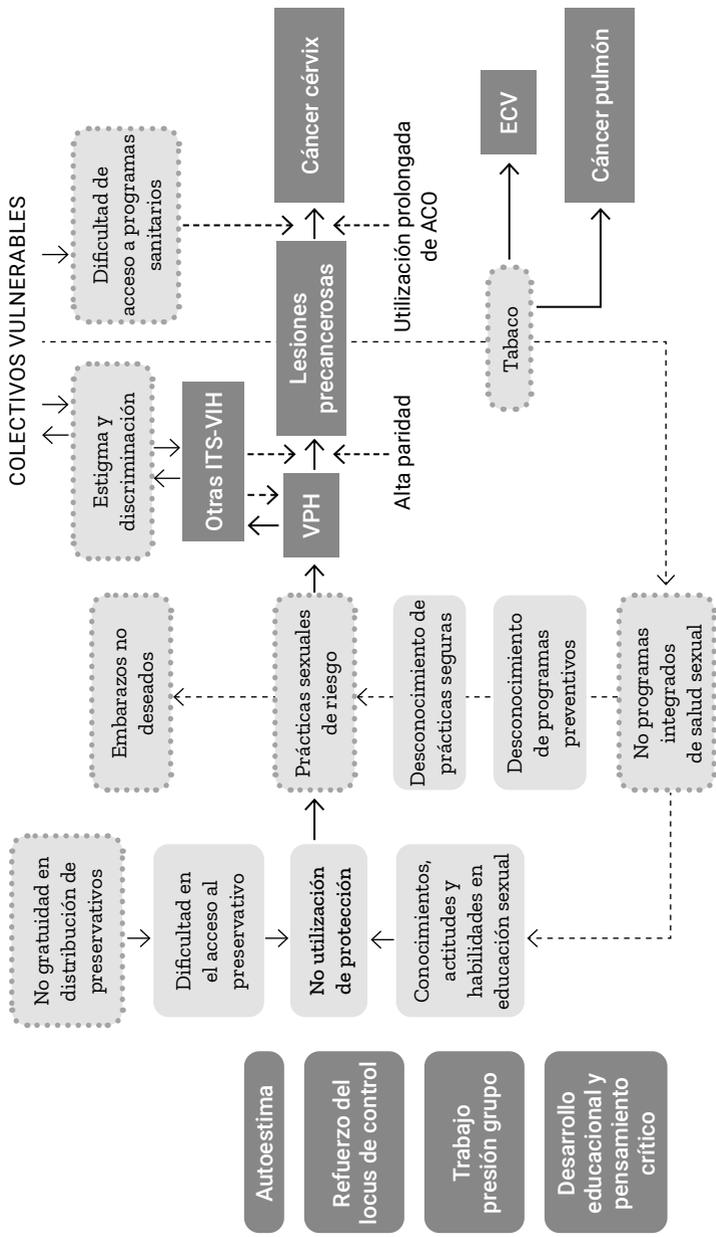


Figura 1. MODELO DE DETERMINANTES EN SALUD EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX

Modificado de Cofiño, R.; Hernández, R.; Natal, C.; con permiso de los autores.

(Disponible en: <http://www.slideshare.net/rcofinof/prevenclin-del-cncer-de-cuello-de-tero-hacia-dnde-vamos>)

ACO: anticonceptivos orales combinados; ECV: enfermedad cardiovascular; ITS: infecciones de transmisión sexual; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VPH: virus del papiloma humano

En este punto de mezcolanza de diversas corrientes ideológicas clásicas (desdibujándose los conceptos de “izquierda” y “derecha” ideológica) y de predominio del *homo economicus* [6] se observa también un punto crítico en lo relacionado con la manera de mirar a la salud pública y, especialmente, a la relación causa-efecto de las enfermedades.

En el contexto sociopolítico de la postmodernidad, de acuerdo con la visión de Lyotard [7], vivimos una incredulidad hacia los metarrelatos, definidos como aquellos discursos amplios diseñados para la comprensión global del mundo (la razón, la ciencia, la tecnología, el marxismo...). La salud pública no es ajena a esta falta de metarrelatos hegemónicos y se dispone a afrontar nuevos retos sin grandes diseños totalizadores que determinen una clara visión de los diferentes componentes de la realidad. Uno de los retos que afronta es la integración de la dialéctica individualismo-colectivismo para lograr sus propósitos.

Tras unas décadas en las que la *riskfactorology* [8] ha sido el centro de las actividades en materia de prevención de enfermedades, la salud pública afronta una encrucijada a la hora de plantear sus acciones, especialmente en el ámbito de la prevención, y las diversas opciones presentan marcadas diferencias según los puntos de la red causal donde fijan su mirada. Observando la figura 1, en los recuadros de la derecha se encuentran los factores de riesgo, a su izquierda los determinantes sociales macro de la enfermedad cardiovascular, y en la parte superior derecha los determinantes genético-moleculares de la misma. Atendiendo a este esquema, podríamos diferenciar dos abordajes fundamentales de la salud pública en función de la ideología dominante: el énfasis genético-molecular y de hábitos de vida, correspondiente a corrientes individualistas de pensamiento, y el énfasis

en las condiciones de vida y la epidemiología social, propia de corrientes colectivistas.

## Individualismo, hábitos de vida y genética en salud pública

La mayoría de las formas individualistas de pensar el mundo toman la estructura social como una condición dada (o, simplemente ignoran su existencia), desechando cualquier cuestionamiento sobre por qué las condiciones sociales son como son [9]. Bajo este planteamiento, el individualismo toma forma de ideología –entendida como el marco conceptual en el que llevar a cabo el análisis de la realidad social, política y económica, juzgar lo deseable o no de dicha realidad y plantear los cauces de acción para cambiarla<sup>1</sup>, no solo de posicionamiento filosófico. Esta visión se puede observar con claridad en la frase de Margaret Thatcher en una entrevista en *Women's Own* en 1987: «No existe nada similar a una sociedad. Existen hombres y mujeres y también hay familias. Ningún gobierno puede hacer nada que no sea a través de las personas, y las personas deben cuidarse a sí mismas primero».

Esta visión del individualismo thatcheriano tuvo una influencia innegable en las visiones de la Tercera Vía representada por Tony Blair, quien al hablar de los problemas de salud de la sociedad británica afirmó: «Nuestros problemas de salud no son, estrictamente hablando, asuntos de salud pública en absoluto, son asuntos relacionados con estilos de vida individuales».

---

1 Definición de Noble S. en *Hidden arguments*, modificada por el autor de este texto.

En el contexto ideológico actual, el individualismo queda enmarcado de forma mayoritaria dentro de corrientes liberales; ese liberalismo concibe como perversas las intervenciones por parte del Estado y convierte al individuo en unidad de análisis de la sociedad y en el mejor conocedor y garante de su bienestar. Es por ello que podemos suponer que las actividades de salud pública que se diseñen bajo esta perspectiva plantearán problemas del tipo “¿por qué una persona concreta incurre en hábitos no saludables?” –ver contraste con formulación de preguntas desde un punto de vista colectivista– y las actuaciones que se desarrollarán tendrán como población diana la persona y sus componentes.

De este modo, la salud pública desde un punto de vista individualista tenderá a hipertrofiar aquellas intervenciones dirigidas a la modificación de hábitos de vida de la persona individual sin actuar sobre las condiciones sociales que los determinan, dado que serían la persona y sus decisiones individuales las que actuarían determinando las conductas de ésta. Así mismo, sería esperable un fomento de la investigación y utilización de la genética en salud pública, encaminada principalmente a asesorar a las personas sobre el riesgo de padecer determinadas enfermedades, y la selección de personas de alto riesgo para la aplicación de intervenciones preventivas basadas en dicho riesgo [10] [11].

## **Colectivismo, condiciones de vida y epidemiología social**

Desde los estudios sobre el suicidio de E. Durkheim, hasta los abordajes poblacionales de Rose [12], pasando por el concepto de

*habitus* de Bordieu, han sido múltiples los autores y autoras que –con mayor o menor fortuna– han trazado los vínculos entre los individuos, las sociedades y la forma en la que la organización colectiva influye/determina las características y comportamientos de las personas a nivel individual.

El abordaje de salud pública desde un punto de vista colectivista incluiría una visión de la enfermedad realizando un *zoom-out* y contemplando las causas de la enfermedad más distales al desenlace patológico en sí. Las preguntas que se plantearían serían del tipo “¿por qué en esta población fuma tanto la gente?”.

Este tipo de intervenciones cuentan con un importante papel de los Estados (o, en general, de los poderes públicos) y van encaminadas a cambiar las estructuras y dinámicas sociales, concibiendo la sociedad como algo moldeable. Este espíritu de modificación de la realidad queda claramente ejemplificado por Karl Marx en la tesis XI: «Los filósofos no han hecho más que interpretar de diversos modos el mundo, pero de lo que se trata es de transformarlo».

La característica fundamental defendida por varios/as autores/as sería la de concebir la colectividad como una unidad final de estudio y de determinación de la relación causa-efecto en la enfermedad. La creencia de que las condiciones colectivas (y su correlato organizativo: las condiciones sociales) tienen un efecto causal sobre la distribución de la salud y la enfermedad, es algo ampliamente discutido en la literatura, especialmente en textos relacionados con desigualdades sociales en salud. La hipótesis fundamental para trazar el nexo de unión entre condiciones sociales y enfermedades individuales es la que se ejemplifica en la *figura 2* en relación a las desigualdades sociales y su papel sobre los estados de salud.

## CONDICIONES ESTRUCTURALES Y SERVICIOS DE PROTECCIÓN SOCIAL

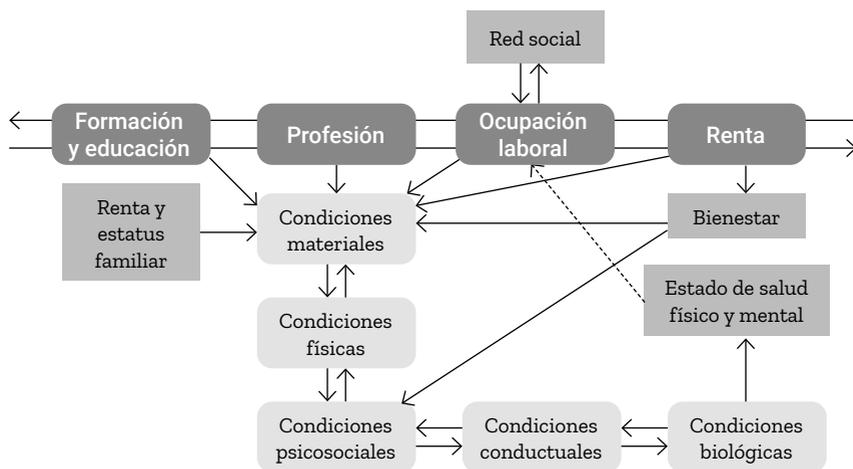


Figura 2. RUTA CAUSAL ENTRE RENTA Y ESTADO DE SALUD.  
Basado en Benzaval et al. (2014)

## Concluyendo

«Las ideas de la clase dominante son, en cada época, las ideas dominantes» [13]; a partir de esta afirmación de Marx y Engels podríamos plantear dos escenarios contrapuestos en el futuro próximo:

- Predominio del individualismo y, como consecuencia de ello, de los enfoques de salud pública basados en la persona a nivel individual, con un mayor desarrollo de la selección de riesgos basados no tanto en la epidemiología clásica como en la genética molecular.

- Ruptura de la deriva individualista actual, como consecuencia de una fractura social completa, y establecimiento de modelos de organización social más colectivistas, lo cual traería consigo una visión de la salud pública que tomara a las poblaciones como unidad de estudio y actuación.

Así mismo, podríamos definir una situación intermedia, en la que el equilibrio entre ambas fuerzas y todas las corrientes intermedias que determinan el espectro ideológico, dibujaría el escenario final. La visión individualista y su salubrismo basado en el individuo y sus genes están en mayor consonancia con los valores de la sociedad postmoderna (la supremacía de lo estético, el narcisismo hedonista...), por lo que, de no mediar algún tipo de disrupción histórica, el corto plazo parece marcar una intensificación de la salud pública desde la perspectiva individualista.

La ideología seguirá teniendo un papel fundamental en la conformación de las políticas de salud pública del s. XXI y la negación de su existencia nos llevará a una deriva donde el debate individualismo-colectivismo quede artificialmente ausente de los debates, pero presente en la realidad material de las sociedades y las propuestas políticas que conformen nuestros próximos años.

## Bibliografía

- [1] Zizek S. (2003). *El sublime objeto de la ideología*. Siglo XXI editores.
- [2] Noble S. (1996). *Hidden arguments: political ideology and disease prevention policy*. Rutgers University Press.
- [3] Raymond, Aron en la introducción de *El político y el científico*, de Max Weber. Alianza Editorial.

- [4] Jiménez Martín, J. M. (2011). *Salud pública en tiempos postmodernos*. Escuela andaluza de Salud Pública.
- [5] Baumann, Z. (2003). *Amor líquido*. Fondo de Cultura Económica.
- [6] Persky, J. (1995). "Retrospectives: the ethology of homo economicus". *The Journal of Economic Perspectives* 9(2): 221-31.
- [7] Lyotard, J.F. *La condición postmoderna*. Cátedra.
- [8] France, A.; Freiberg, K.; Homel, R. (2010). "Beyond riskfactorology: towards a more holistic prevention paradigm for children and young people". *The British Journal of Social Work* 40(4): 1192-2010.
- [9] Garfinkel, A. (1981). *The ethics of explanation*. Yale University Press.
- [10] Belsky, Daniel W.; Moffitt, Terrie E.; Caspi, Avshalom (2013). "Genetics in Population Health Science: Strategies and Opportunities". *American Journal of Public Health* 103(S1): S73-S8.
- [11] Mezuk, Briana; Myers, John M.; Kendler, Kenneth S. (2013). "Integrating Social Science and Behavioral Genetics: Testing the Origin of Socioeconomic Disparities in Depression Using a Genetically Informed Design". *American Journal of Public Health* 103(S1): S145-S151.
- [12] Rose, G. (1994). *Strategies of preventive medicine*. Oxford University Press.
- [13] Marx, K.; Engels, F. (1846). *The German ideology*.

# MOVIMIENTOS SOCIALES Y SALUD

Elena Ruiz Peralta

«Nadie escribe solita o solito, no hay eso de que desde el ombligo alguien produzca ideas, el ombligo nos conecta siempre con la otra, que es la madre, y desde esa relación inicial siempre estamos construyendo y creando en diálogo y comunidad».

Julieta Paredes (2010: 7)

## Sí, se puede

¿**Q**ué es lo utópico, si no lo imposible, antes de que deje de serlo?

Este lema empleado por el movimiento de personas afectadas por la hipoteca se ha ido extendiendo como la pólvora dentro de las movilizaciones sociales. El éxito de su viralidad puede residir en dos características fundamentales de los movimientos sociales:

La primera, los movimientos sociales son espacios donde se rehace lo posible. En contra de la resignación, sus luchas abren la puerta a la esperanza, sin la cual no es posible el movimiento.

«El movimiento es el lugar de reapropiación de los sueños. (...) Es una categoría política que nos va a permitir apropiarnos de los sueños y responsabilizarnos de nuestras acciones políticas. Es la calidad de la vida que queremos» [1].

La segunda, los movimientos se construyen en confrontación con una realidad que los oprime y, por consiguiente, sus resistencias (discursos, prácticas, etc.) son un escaparate privilegiado desde donde entender los mecanismos de poder que actúan en lo social.

Mi acercamiento y participación en diversos movimientos sociales me ha aportado una mirada mucho más rica y compleja, además de bastante más entusiasta, de la salud, que la monocromía de la que partía al realizar mis estudios de Biomedicina. Creo que conjugar estos aprendizajes en un capítulo puede ser de utilidad para establecer puentes entre diversos movimientos, que desde sus propias experiencias de opresión, luchan por una sociedad más justa que los incluya sin mediaciones jerárquicas. Pero, para que ello ocurra ha de conseguirse una supresión de todas las formas de dominación (patriarcado, capitalismo, neoliberalismo, colonialismo, eurocentrismo...)¹ y para ello es preciso que su erradicación sea un objetivo transversal de todos los movimientos, que abarque desde las críticas externas a las construcciones/reflexiones colectivas y las prácticas cotidianas.

En resumen, me propongo: 1) Profundizar en la relevancia y complejidad de las relaciones entre movimientos sociales y salud. 2) Rescatar algunas de las miradas críticas con las que éstos observan las vinculaciones entre el campo de la Salud y las estruc-

---

1 «Juntas nos enfrentamos a un sistema opresor que caracterizamos como patriarcal, capitalista-neoliberal, colonialista, racista y lesbofóbico. Sentimos sus efectos en nuestros cuerpos individuales y colectivos, y lo vamos enfrentando, desvelando, comprendiendo y desaprendiendo a través de nuestras reflexiones, estudios, prácticas cotidianas y resistencias. Estamos en contra de toda forma de dominación a nuestros cuerpos, comunidades, tierras y naturaleza». Marcha Mundial de las Mujeres-Guatemala.

turas de poder. 3) Traer una parte de las aportaciones que surgen desde ellos en la construcción de una salud –como concepto, pero también, como sistema de atención/cuidado de la vida– alineada con los objetivos emancipatorios de los mismos. 4) Sacar al diálogo algunas cuestiones que en la actualidad pueden estar generando ruido en la consecución de tal fin.

Uno de los mecanismos más corrosivos de dominación es el que deriva de la jerarquización entre los saberes adjetivados como “legos” y los “científicos y/o profesionales”, por lo que resulta irremplazable replanteárnoslos en una relación horizontal y cooperativa. Partiendo de ese reto, en el presente capítulo, los movimientos sociales no serán el objeto de análisis; sino que, ellos serán sujetos que analizan, teorizan y construyen la salud.

«La transfobia nos enferma. Violencia es no llegar a fin de mes. Los desahucios perjudican seriamente la salud. Salud es cine, teatro, música ¿cuándo para nosotros? (Dis)capacidad, (Minus)valía, (Sub)normalidad. Tacha tus prejuicios. Mujer, te quiero libre, linda y loca. Los recortes matan, las patentes re-matan. Sanar es hacer justicia. Mi cuerpo, mis reglas. Aborto libre y gratuito. Nada sobre nosotros sin nosotros. Yo Sí, sanidad universal. Soberanía alimentaria-Soberanía en Salud. La Salud es un derecho, no un negocio».

## **La relación Salud-MMSS: relevancia y complejidad**

Afirma Zibechi que el punto de partida de una movilización social no suele estar en las políticas macro, sino en la deslegitimación que emana cuando el poder vigente no provee, o incluso atenta, contra el bienestar de la población [2]. Pensado así, la salud como

bienestar físico, psíquico y mental es terreno ideológico y material para la movilización social. Y en cierto modo lo es, pues diferentes movilizaciones, como veremos en el caso de los desahucios, emplean el recuento de enfermedades como herramienta para la denuncia y la obtención del crédito social. Pero, reducida la salud, en el imaginario colectivo (de gobiernos, profesionales sanitarios y población general) a lo opuesto de la enfermedad, no deja de ser una herramienta mutilada y escuálida. Cuestión sobre la que ahondaré a lo largo del capítulo. Pero, entonces ¿cómo hablar de salud y movimientos sociales? Partamos de la siguiente propuesta: dejemos su nominación en mayúsculas (Salud) para sus usos institucionalizados, hegemónicos y basados en el libre mercado; con su retórica al servicio, con frecuencia, de prácticas represoras –estatales, nacionales e internacionales– y de procesos de recolonización capitalista. Salud cuya preservación ha sido el parapeto de no pocas acciones de poder injustas. Y reservemos las minúsculas (salud) para sugerir estructuras colectivas y prácticas en procesos que apuestan por una concepción emancipadora. Ya que es ahí donde reside su potencia analítica y política, en desarrollar sus aspectos emancipadores. Al fin y al cabo, la salud «ha de ser construida y reconstruida por cada generación»<sup>2</sup> [7].

Esta propuesta nos lleva a entender la vinculación de los movimientos sociales con la salud como una relación de una gran relevancia y complejidad.

De gran relevancia porque al depender la salud de los sujetos de las fuerzas que la imaginan, enuncian y ponen en práctica [4],

---

2 Esta propuesta ha sido una adaptación de la propuesta que hacen las autoras feministas M. Jaqui Alexander y Chandra Talpade Mohanty para el término “democracia”.

la capacidad crítica e innovadora de los movimientos sociales serán de un gran valor para desnaturalizar las ideas y prácticas monolíticas que constituyen la Salud. A la vez que servirán para poner en marcha nuevos imaginarios y prácticas que contribuyan a reclamar y prefigurar un horizonte emancipatorio sin subordinaciones, y por lo tanto «inclusivo para todos los pueblos, para todos los grupos sociales y todas las personas»<sup>3</sup> [5] [8].

---

3 Extraído de la caracterización sobre movimientos sociales elaborada por el instituto HEGOA junto a la Marcha Mundial de las Mujeres y la Vía Campesina: «(1) Se trata de una forma de acción colectiva protagonizada por una variedad de organizaciones que, siempre que la represión, el control o la infiltración no lleven a funcionamientos clandestinos o semi-clandestinos, suelen ser de fácil acceso y estructura poco formalizada y jerarquizada. Organizaciones y colectivos, que manteniendo su autonomía, comparten su sentimiento de pertenencia o de identidad colectiva en torno a un modo crítico e inconformista (indómito, rebelde, disidente) de comprender y estar en el mundo; denunciando y desnaturalizando determinadas estructuras de poder establecidas, sin aceptar lo que las convenciones, expectativas y estructuras vigentes deparan; 2) Expresan, por ello, mediante su capacidad creativa de discursos, mensajes y esquemas cognitivos, una serie de demandas colectivas de interés general. Y lo hacen desde una lógica política de conflicto, señalando responsabilidades políticas e identificando adversarios a través de prácticas de movilización en ocasiones confrontativas y trasgresoras. Lo cual suele generar respuestas represivas por parte del sistema jurídico-político institucionalizado, ya que aunque no suelen pretender la toma del poder político institucionalizado, sí buscan la transformación de las relaciones de poder en la sociedad en su conjunto; 3) Además, desarrollan propuestas y prácticas alternativas en construcción con voluntad de reclamar y prefigurar un horizonte emancipatorio sin subordinaciones, y por lo tanto inclusivo para todos los pueblos, para todos los grupos sociales y todas las personas». Con esta definición –que se asume como parcial y variable– establecen una distinción con otros agentes y formas de acción colectiva, ya sean partidos políticos, ONGs, sindicatos, movilizaciones por intereses particularistas o NMYBY (*No in my backyard*), además de movilizaciones reactivas,

En cuanto a la complejidad de la relación de los movimientos sociales con la salud pondré un ejemplo inicial para ilustrarla. Solamente en el movimiento de Trabajadores Desocupados de Argentina ya distinguían Soprani y Veloso tres niveles de resistencia o lucha con respecto a la salud: «1) el trabajo en el territorio que parte de la necesidad urgente de evitar enfermar, morir y de bienestar; 2) el trabajo reivindicativo de recuperación de la garantía estatal sobre el derecho a la salud de los sectores expulsados –desocupados, inmigrantes–; y 3) el trabajo político integral que va más allá al intentar imaginar y crear otro mundo donde los/as nadie quepan» [7]. Así, volviendo a pensar la salud con esa doble dimensión inspiradora, de Salud vs. salud, la misma será para estos movimientos un “campo de batalla”, a la vez que un “campo de cultivo” con sus dinámicas conjugadas de resistencia y creación de alternativas. Y es que los contenidos de emancipación abarcan y requieren de la conjugación de todos los campos, desde la reinterpretación del mundo y el cambio de mentalidades hasta la creación y puesta en marcha de una nueva cultura y una nueva materialidad [8]; lo cual supone trabajar al mismo tiempo con diversas temporalidades –desde las necesidades presentes a las proyecciones futuras– y espacialidades –desde lo cotidiano a lo transnacional–.

Por último, hemos de entender que la salud es una parte más de un todo. A través de ella se reflejan las relaciones socio-económicas, de sexo-género, sexuales y étnicas que vertebran la sociedad; pero también, a través de ella se construyen y reafirman a la vez que se denuncian y transgreden.

---

como las ligas anti-abortistas, que se oponen a las luchas y logros obtenidos por movimientos con un marcado carácter inclusivo y emancipador.

Intentando aterrizar esta idea, a modo de pincelada inicial, podríamos decir que en este campo mixto (de batalla y cultivo) lo que entraría en juego es:

- La forma en la que se resuelven (o no), se afrontan (o no) los problemas de salud de la "ciudadanía" y, junto a ello, a quiénes se considera ciudadanos/-as (Luchas/Resistencias<sup>4</sup> por el acceso universal y equitativo a los tratamientos y a los sistemas de atención y cuidado; luchas por la dignificación de la atención y de los cuidados; luchas por la legitimación de otras formas de sanación y contra la apropiación de los "comunes" en salud –investigación pública, conocimientos ancestrales–. Ej.: Hospitales autogestionados de Grecia; Yo, Sí, Sanidad Universal [Estado Español]; Movimientos antiprivatización y contra las patentes; Luchas por la Soberanía en la Salud).
- La definición de lo que se considera (o no) enfermedad (Luchas de despatologización de la diversidad; De desmedicalización de los problemas sociales. Ej.: Movimiento por la Despatologización Transexualidad e Intersexualidad; Movimientos de Diversidad Funcional; Antipsiquiatría).
- Y de lo que se considera (o no) una cuestión de salud. (Luchas/resistencias altermundistas; Pro-derechos humanos. Ej.: Feminismos, Movimiento por la Salud de los Pueblos, Movimiento Sin Tierra, Stop Desahucios...) [10].

---

4 En los paréntesis empleo las palabras luchas y resistencias y no así movimiento, con el fin de señalar que, aunque cada MS pueda prestar más atención a uno u otro aspecto, varios de ellos pueden (y suelen) convivir en un mismo MS; como ya hemos visto en el ejemplo anterior.

## **La salud desde los movimientos sociales: críticas, deconstrucciones y propuestas emancipatorias**

La mirada crítica que desde los movimientos sociales se hace al campo de la salud ilumina dos cuestiones, que en suma determinan una pérdida de la soberanía en salud:

1. La instrumentalización del modelo biomédico como herramienta de gobernabilidad, a través de medidas de ortopedia social. "Mi cuerpo, mis reglas".
2. La privación de las personas de la soberanía para cuidar sus vidas, desposeyéndolas de agencia y medios de subsistencia; a la vez que éstos son convertidos en objetos de mercantilización. "La salud es un derecho, no un negocio".

Veamos cómo estas cuestiones se concretan. He elegido para su desarrollo temas en los que los MMSS han tenido una aportación teórico-práctica fundamental y que tienen menos posibilidad de trabajarse en otras partes de este libro.

### ***Mi cuerpo, mis reglas***

«Comienzo con los cuerpos porque los Estados políticos siempre tienen interés en ellos; porque la política se deriva, normalmente, de ese interés».

Zillah Eisenstein

Entre los resultados más relevantes de la instrumentalización de la biomedicina en la creación y reproducción de las relaciones de

dominación se encuentran 1) la naturalización de las divisiones sociales, 2) la patologización de la diferencia, 3) la apropiación estatal del derecho a decidir sobre la vida y la muerte, 4) la medicalización de los problemas sociales y 5) la psiquiatralización de la resistencia.

*(Dis)capacidad, (Minus)valía, (Sub)normalidad. Tacha tus prejuicios*

«Cada vez tengo más certeza de que actualmente uno de los mecanismos fundamentales de gobernabilidad se basa en la gestión separada y acotada de poblaciones reducidas a identidades infantilizadoras».

*Cojos y Precarias*

«La acumulación primitiva (...) fue también una acumulación de diferencias y divisiones dentro de la clase trabajadora (...) divisiones profundas que sirven para intensificar y ocultar la explotación. Es en gran medida debido a estas divisiones impuestas –especialmente entre hombres y mujeres– que la acumulación capitalista continúa devastando la vida en cada rincón del planeta».

*Silvia Federici*

La creación de categorías clasificatorias, de género, "raza"<sup>5</sup> y discapacidad, sirvieron desde el inicio del capitalismo para ocultar bajo el alegato de la diferenciación biológica las formas más insidiosas y brutales de explotación [12]. Hemos de advertir que el

---

5 Un desarrollo específico sobre el racismo de la ciencia podemos encontrarlo en el libro de Eduardo L. Menéndez *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo* [4].

papel de la medicina en esta clasificación no es meramente descriptivo, sino que como señala el Movimiento por la Despatologización Trans<sup>6</sup>, la propia medicina se ha encargado del modelaje de los cuerpos en base a estas clasificaciones, siendo un ejemplo paradigmático la intervención quirúrgica sistemática de todas las personas intersexuales [9]. Esta clasificación va a esconder un interés normativizador (disciplinario).

«Me produce mal rollo la palabra “diferencia” porque la asocio a diferencia respecto a algo que se da como norma y como válido» [10].

La siguiente vuelta de tuerca surge de la equiparación de lo “normal” con lo “sano”, pues generará un solapamiento entre categorías morales y diagnósticos médicos, como denuncian diversos movimientos en la catalogación de enfermedades mentales (DSM, CIE) o el FVID<sup>7</sup> en torno a las categorías de minusvalía o discapacidad. Categorías diagnósticas, que sobre todo en el caso de la Salud Mental, son totalizantes [11]:

«No comprendo cómo pueden relacionarse conmigo como loco total, yo ejerzo de loco solo el 10% de mi tiempo de vida» [11].

«El hecho de tener una diversidad funcional física (parálisis cerebral) parece suficiente para negarle la autonomía moral a la persona, sin necesidad de justificaciones más exhaustivas.

---

6 STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization: <http://stp2012.info/old/es>.

7 Foro de Vida Independiente y Diversidad (FVID): [www.forovidaindependiente.org](http://www.forovidaindependiente.org)

¿Por qué se confunde en muchas instancias la autonomía moral con la autonomía física?» [12].

Así, características inherentemente humanas, como la vulnerabilidad, la interdependencia o la diversidad, se emplearán para definir a un grupo específico de población y serán gestionadas a partir de leyes y programas particularistas que no fomentan la convivencia en la diversidad ni habilitan un sistema de cuidados digno, en cuanto a las condiciones laborales y el respecto a la autonomía. A la vez que se pasa a actuar sobre la persona etiquetada como enferma a partir de un modelo médico-rehabilitador, del que dependerá su integración social (o salvando eufemismos pretenciosos e hirientes, la aceptación por parte de una parte privilegiada de la sociedad, que se auto-referencia como la sociedad).

«El modelo médico-rehabilitador concibe al sujeto como un enfermo, que puede aportar a la comunidad siempre que sea rehabilitado o normalizado; primando, por otro lado, la recuperación laboral sobre la personal» [13].

Ante esto, los movimientos de despatologización de la diferencia basan su estrategia en, al menos, dos pilares con una marcada capacidad emancipatoria. Uno de ellos será la reivindicación de la diversidad en positivo. El otro, el señalamiento de la dimensión social del sufrimiento. Ambas cuestiones apuntan hacia un tránsito del modelo médico-rehabilitador a un modelo social de abordaje de la diversidad.

Para entender el cambio radical que supone un abordaje de la diversidad en positivo, es preciso desgranar su significado. En primer lugar, hablar de diversidad, y no así de diferencia, permite plantearla como una característica común a todos los seres hu-

manos, desligando el concepto del de diferencia que establecía una realidad dual y jerarquizada entre las personas consideradas como normales/sanas y las diferentes/discapacitadas/desviadas/minusválidas/enfermas<sup>8</sup>. Esta conceptualización va a permitir la construcción de una identidad en positivo, desde la dignidad<sup>9</sup> y/o el orgullo<sup>10</sup>, y no desde el cliché<sup>11</sup>.

«Esa capacidad del capital de subsunción tiene que ver con la idea y venta de un modelo absolutamente vaciado y esencialmente homogeneizador. Un modelo que no trata las diferencias en sí mismas sino que las sigue utilizando como parte de un todo en el que funcionan como meros fragmentos de la maquinaria capitalista que produce clasificaciones, segmentaciones y fronteras compactas, inmóviles y homogéneas. La política se convierte entonces en la tarea constante que nos invita a ser capaces de subvertir esos modos de vida que nos depara

---

8 En este sentido en el libro *Cojos y Precarias haciendo vidas que importan* se plantea una línea de tensión entre la diferencia como “norma incompatible con lo otro” o como “singularidad enredada en lo común” [15].

9 En su obra *La Piel Curtida*, Marta Allué reflexiona sobre cómo la identidad es uno de los principios fundamentales para la dignidad humana [19].

10 No quisiera que la limitación de espacio me llevara a abordar la cuestión del orgullo en la diversidad como una cuestión plana, sin matices, cuando por el contrario supone un nudo de ambivalencias que es preciso desenredar para poder dotar a la diversidad de su carácter realmente emancipatorio. A este respecto, animo a leer el apartado “Identidad, orgullo y diversidad” del libro *Cojos y Precarias haciendo vidas que importan* [15].

11 Taussing llamó el espejo colonial a la imagen del “salvaje” construida a partir del depósito de los atributos considerados como negativos por los colonizadores [16]. En este mismo sentido, Lutz hablará de la construcción de la idea de “mujer” como negativo del “varón” [20].

el capital, a potenciar las diferencias y las singularidades y a articular espacios realmente potentes que desafíen los límites impuestos del orden heteropatriarcal en pos de una democracia feminista» [7].

Por otro lado, a partir de frases como “la transfobia nos enferma”, los MMSS de despatologización de la diferencia, tratan de romper con la idea de que el sufrimiento emana de las diversidades físicas, psíquicas o sexuales. No hemos de perder de vista que es esta idea la que justifica que diferentes individuos, que no encajan con los cánones, sean tratados como enfermos. Por el contrario, invitan a reflexionar sobre cómo gran parte de ese sufrimiento es producto de relaciones discriminatorias y estigmatizadoras, así como de una sociedad discapacitante, que genera diferencias y se maneja torpemente con la diversidad [21].

«Durante la Marcha por la Visibilidad de las Personas con Diversidad Funcional, preguntábamos entre otras cosas: ¿por qué da miedo la fragilidad? Ésta es una cuestión en la que habría que ahondar. Miedo y fragilidad. Amanda [Baggs] comenta en su blog cómo el “miedo a la discapacidad no es lo que parece”. Ella y su amiga, ambas con diversidad funcional y una serie de dolencias a corto y largo plazo, dicen no temer al dolor, ni a la enfermedad, ni a los diagnósticos devastadores, ni a la discapacidad cognitiva o física. Sus biografías del cuerpo les han hecho colocar el miedo y el rechazo en otro sitio: miedo a la institucionalización, a la infantilización, al aburrimento por ser tratadas como un mueble, a que sus familiares las quieran tanto que decidan matarlas para evitarles el sufrimiento. Cuando el miedo se coloca en lo evitable y no en lo inevitable, nos queda esperanza y vías para luchar» [15].

*“No esta deprimido, su banco le engaña”*

«La utilidad social de la medicina se mide principalmente en el campo de la legitimación. La medicina resulta en verdad socialmente útil en la medida que la mayoría del público crea y acepte la proposición de que unas condiciones que en realidad obedecen a causas políticas puedan resolverse individualmente por medio de la intervención médica. Desde la perspectiva del sistema capitalista esta es la verdadera utilidad de la medicina: la de contribuir a la legitimación del capitalismo».

Navarro

La enfermedad y la biomedicina son constantemente utilizadas para resignificar procesos económico-políticos, los cuales tenderán a analizarse y abordarse como “problemas de salud”, inclusive de salud mental; en lugar de buscar “soluciones” socio-económicas [11]. Esta resignificación incluye una invisibilización o minimización del contexto y una hiperresponsabilización del sujeto. De ahí que sean comunes los sentimientos de culpa, vergüenza, miedo, que aíslan y pasivizan a la persona, favoreciendo aún más su medicalización [22]. La “sanitarización” de la salud, es decir, una Salud hipertrofiada en su faceta asistencial, retroalimenta este proceso y, en conjunto, eluden los cambios estructurales, congelan la desigualdad y consolidan el poder de las élites [6], como en 2013 criticaba la Declaración del Movimiento de Salud de los Pueblos (MSP) de América Latina y el Caribe [23].

A contracorriente, el abordaje que los movimientos sociales hacen del sufrimiento tiene al menos tres dimensiones emancipadoras [22]: 1) Socialización del sufrimiento y resigni-

ficación de la experiencia en claves socio-políticas. Como diría José Coy: «uno de los logros más importantes de la Plataforma (PAH) ha sido hacer visible un problema que se vive de manera individual, un problema que rara vez conseguía traspasar la esfera de lo íntimo y privado, y convertirlo en un problema social» [24]. Esta resignificación ha de ser interpretada como una forma de lucha no frontal, sino de deconstrucción, de fuga del sistema moral que nos atraviesa, modelando nuestras emociones, relaciones, corporalidades, conductas... 2) Atención política colectiva. En este sentido, la sanación se equipara con la justicia, entendida ésta en claves feministas de reconocimiento y reparación tanto legal como social [25]. 3) Colectivización de los cuidados. Éstos ponen en marcha una economía solidaria auto-organizada para hacer frente en común a sus necesidades materiales y emocionales. Las ocupaciones de tierras u hospitales, los grupos de ayuda mutua, las redes de trueque, serían diferentes formas de fomentar la autonomía. Aunque es cierto que algunas responden a estrategias de "entre mientras", en sí, encierran una potencialidad emancipatoria ya que fomentan la soberanía y ponen en juego otras formas de organización social diferentes, que cuestionan abiertamente al sistema capitalista-neoliberal y hetero-patriarcal como único viable. Por otro lado, experiencias como las ocupaciones tienen la capacidad de desviar el foco del problema desde la pobreza, donde apuntan las políticas sociales compensatorias, a la riqueza y, por lo tanto, a los procesos de acumulación de capital y poder en un polo [6].

## ***“La salud es un derecho, no un negocio”***

«Una lógica que no prioriza la vida sino que la utiliza para acumular capital».

Amaia Pérez Orozco

«No somos antisistema, el sistema es anti-nosotros».

15M

## ***“Los recortes matan. Las patentes rematan”***

En este emblema de la Plataforma de Afectadxs por la Hepatitis C, figuran dos de las denuncias fundamentales de los MMSS a los sistemas de salud gestados en el marco de la globalización neoliberal: acumulación por desposesión [26] y mercantilización de la vida. Como contraposición las resignificaciones y alternativas desde el ecofeminismo, la soberanía alimentaria y de salud, el decrecimiento y el buen vivir y convivir, nos invitan a colocar la vida en el centro en lugar del capital, y a recuperar nuestra autonomía colectiva [5].

«(Nos oponemos a) una industria farmacéutica que antepone sus ganancias a los derechos humanos, que patenta la vida para apropiarse de ella y que es uno de los motores principales del complejo médico industrial, que se aprovecha del resultado de la investigación colectiva, contando con la complicidad de un alto número de universidades y gobiernos» [23].

«... La construcción de relaciones armoniosas y de interdependencia entre lo viviente: seres humanos entre sí, seres humanos y naturaleza. (...) La sostenibilidad y reproducción ampliada de la vida –no la del capital–, supone cambios en las visiones y las políticas de quiénes y cómo hacen economía, de qué y cómo producir, qué y cómo consumir, en última instancia cómo reproducir y cuidar la vida. (...) Una visión alternativa que abre también posibilidades para replantear la economía política de lo considerado subjetivo o privado, por ejemplo las identidades, las sexualidades, la felicidad y otros» [8].

Con “acumulación por desposesión” me refiero a la apropiación con fines privados de los bienes comunes, entre los que podemos incluir los medios de subsistencia (agua, tierra, semillas, recursos energéticos, etc.), los sistemas públicos de salud o la investigación colectiva.

Así desde los movimientos sociales altermundistas de repudio de la deuda viene denunciándose desde hace décadas que la “deudocracia”<sup>12</sup> es una arma geopolítica que desposee a los pueblos de la soberanía sobre sus recursos. A través de ella se impone la priorización de su pago con independencia de la legitimidad del préstamo y de las repercusiones que tenga sobre la cobertura de derechos fundamentales. Esto se traduce a nivel estatal en recortes y coberturas desiguales en sectores básicos como el de la

---

12 El acuñamiento de este término en 2011 por la Red de Abolición de la Deuda Externa y Restitución de la Deuda Ecológica Quién debe a quién, viene a señalar la supeditación de la economía y las políticas sociales al pago de la deuda [27]. Posteriormente esta plataforma ha participado muy activamente en la Plataforma de Auditoría Ciudadana de la Deuda. No debemos, no pagamos. Más información en los enlaces: [www.quiendebeaqui.org](http://www.quiendebeaqui.org) y [www.auditoria-ciudadana.net](http://www.auditoria-ciudadana.net).

sanidad, que han sido denunciados en el Estado Español por movimientos como la Marea Blanca y Yo Sí, Sanidad Universal<sup>13, 14</sup>.

Concretamente, uno de los aspectos emancipatorios de éste último es plantear un concepto de ciudadanía, realmente inclusivo, desligado de las figuras del consumidor/a y del pagador/a de impuestos, sobre las que se cimenta el imaginario neoliberal.

«La Historia de la ciudadanía es una historia de principios patriarcales fundamentales, formales y heterosexistas y prácticas ostensible y progresivamente "liberalizadas" hacia y a través de la retórica de la "igualdad", pero puestas en práctica con el objetivo de provocar una diferenciación desigual» [7].

### *Los desahucios perjudican gravemente la salud*

Históricamente los movimientos pro-derechos humanos y otros movimientos altermundistas, que emplean como emblemas la soberanía y la dignidad, han denunciado a través de la enfermedad (como herramienta ampliamente legitimada) situaciones muy variadas de violencia, como la privación de los medios de

---

13 No existe una dirección concreta de la Marea Blanca en internet, puede servir la 15Mpedia como punto de partida: <http://15mpedia.org/wiki/marea-blanca>. Más información sobre Yo Sí, Sanidad Universal en <http://yosisanidaduniversal.net>.

14 Hecho que estamos experimentando en el Estado Español, a partir de dos sucesos fundamentales que acontecieron en el 2011 y que tuvieron al Movimiento 15M como principal exponente de contestación popular: 1) el rescate de los bancos con capital público, lo que supuso cuadruplicar la deuda española, hasta ese momento una de las más bajas de Europa; 2) la aprobación del cambio constitucional por el cual el pago de la deuda pasó a gozar de prioridad absoluta.

subsistencia o la apropiación por multinacionales para intereses particularistas, que generan situaciones cada vez más marcadas de inequidad en el disfrute de la salud y en el acceso a los medios de atención del sufrimiento. De ahí que desde sectores críticos de la Sanidad Pública aboguen por una evaluación de los impactos en salud y en equidad en salud de las diferentes políticas públicas [28].

## **Retos para hoy: seguir caminando**

«Caminamos preguntándonos».

MZLN

Para terminar me gustaría traer dos cuestiones a reflexión. La primera, a partir de plantear una duda concreta: la enfermedad como modo de denuncia; quiero invitar a pensar en cómo sería un sistema de salud aliado con los intereses de emancipación y en los obstáculos para imaginarlo. La segunda, dada la emergencia de partidos políticos integrados por personas provenientes de los movimientos sociales, como antes ocurrió con las ONGDs, creo que cabe preguntarse si seguiremos precisando de aquellos para una construcción emancipadora de la salud.

### ***1º reto: ¿la enfermedad como denuncia?***

«La expansión del pensamiento y del argumentario determinista biologicista en los tempranos setenta fue precisamen-

te una respuesta a las demandas militantes cada vez más difíciles de atender (...). Para cada militancia hay una explicación biológica apropiadamente confeccionada que la priva de su legitimidad».

Eduardo L. Menéndez

«La enfermedad y la muerte diaria nos enojan. No es porque haya tanta gente que se enferma o que haya gente que se muere. Estamos enojados porque muchas enfermedades y muertes tienen sus raíces en las políticas económicas y sociales que se nos imponen».

Declaración para la Salud de los Pueblos (2000)

El empleo de la enfermedad como denuncia no está libre de contradicciones. Prácticamente al mismo tiempo que la Escuela Andaluza de Salud Pública y Stop Desahucios de Granada publicaban un estudio cuantitativo sobre la morbi-mortalidad de los desahucios [29], en el periódico *Diagonal* salía un artículo titulado: "No está deprimido, su banco le engaña" [30].

Durante la dictadura de Videla las Mujeres de Plaza de Mayo fueron tildadas de locas. Era un mecanismo de desacreditación de la resistencia a través de la psiquiatralización de sus miembros. Ante esta situación, las psicólogas y psiquiatras que acompañaban en su sufrimiento a las mujeres de Plaza de Mayo, reconocieron una crisis teórica y práctica en estas materias, de la que hoy aún no hemos salido [31]. Existe una alta valoración de la salud en nuestro medio; pero es una idea de la salud en negativo, equivalente a ausencia de enfermedad, como hemos ido viendo. Por lo que la estrategia del recuento de enfermedades obedece a esta lógica: generar presión a partir de un sistema de valores

compartido, con la enfermedad como importante línea roja. Las mujeres feministas comunitarias de Abya Yala, hablan del capitalismo como un fenómeno de colonización-penetración sobre el "territorio cuerpo-tierra" [32]. Esta visión la estimo de gran ayuda para entender la violencia que opera al asignar a la enfermedad un papel hegemónico en la expresión, pero también en la denuncia de la ausencia/deprivación de salud. Es una violencia intimidatoria, porque invade la intimidad del sujeto. ¿Cómo se puede, desde el sector sanitario y la Salud Pública, refrendar el calado en la salud de problemas como los desahucios o la violencia de género sin tener que acudir exclusivamente a indicadores de enfermedad? ¿Cómo conseguir que estos indicadores de salud tengan peso en la opinión pública? Estas son algunas cuestiones a abordar si queremos desmedicalizar los problemas sociales, habilitando formas de expresión y resolución del sufrimiento no necesariamente médicas y psicológicas.

Desde los propios movimientos sociales las claves desmedicalizadoras son la socialización del sufrimiento a través de desgranarlo en emociones, que permitan una desafección de la moral hegemónica y una resignificación del mismo en claves socio-políticas, desde las que habilitar otras formas de atención y cuidado colectivizadas. Me agrada encontrar el eco de esta propuesta en la Atención Primaria<sup>15</sup>. Por otra parte, resulta también interesante el escenario que plantea el Movimiento de Despatologización Trans, el cual sin renunciar a intervenciones médico-quirúrgicas

---

15 El Forum Català de Atenció Primària (FoCAP: <http://focap.wordpress.com/>) participa en un proyecto que da soporte a las personas afectadas emocionalmente por la crisis: <http://focap.wordpress.com/2014/projecte-intervencic3b3-en-xarxa-10.pdf>

las plantea desde una óptica desmedicalizada y despatologizada [9]. Este es un melón que puede dar miedo abrir, ahora que la farmaco-industria avanza como una sombra medicalizando la vida cotidiana; pero, de algún modo, tendremos que enfrentarnos socialmente a los límites de la cuestión. Parece obvio que desde los movimientos sociales se reclama una reubicación de las ciencias socio-sanitarias, que sea capaz de saber calibrar cómo y cuándo intervenir en las consecuencias del sufrimiento social, sin pasivizar al sujeto y sin que dejen de atenderse las causas. Para “desanitarizar” la salud hemos de “desanitarizar” sus vías de creación de conocimiento; reconocer a otras entidades como epistemológicamente válidas, entre ellas estos movimientos emancipadores, y fomentar una ecología de saberes, es decir, una articulación dialogante entre las voces críticas individuales y colectivas, académicas y extra-académicas.

Pistas sobre estas nuevas relaciones podrían aportarlas experiencias como Radio Nikosia donde, a partir de la vivencia personal y colectiva con los diagnósticos de enfermedad mental, las personas integrantes pueden ofrecer asesoramiento a profesionales sanitarios, a la vez que información a la población en general sobre salud mental<sup>16</sup>. Estas iniciativas, como otras, van a apuntar a una deslocalización de la Sanidad de su posición central en cuestiones de salud, proponiendo una relación cooperativa y no de dominación entre las diferentes fuentes de conocimiento.

Desgraciadamente, seguimos teniendo congresos y encuentros de salud comunitaria protagonizados por profesionales sanitarios, donde la participación de otros agentes de salud es prácticamente nula, entre otros motivos porque hay un empeño

---

16 [www.radionikosia.org/formacion-y-asesoramiento/](http://www.radionikosia.org/formacion-y-asesoramiento/)

generalizado de exigir contar las experiencias en formatos que ni pueden aprehender otras experiencias y discursos de salud, ni están pensados para llegar a la población general y devolver la salud al debate social. Los cuidados representan una gran prueba de la insuficiencia e inequidad de los profesionales en el diseño de los sistemas de salud. Así nuestro sistema sanitario y, en conjunto, las estructuras económicas y el “estado de bienestar”, se construye sobre un sistema de cuidados feminizado invisibilizado, mal dotado y peor reconocido. Cuestión sobre la que tienen mucho que aportar entre otros los feminismos y los movimientos por la diversidad funcional, como pone de manifiesto el maravilloso libro *Cojos y Precarias. Haciendo vidas que importan*<sup>17</sup> [15].

## **2º reto: ¿un nuevo lugar para los movimientos sociales?**

La irrupción en el panorama político institucional de diferentes partidos políticos, muchos de cuyos miembros y propuestas provienen de la movilización social, ha generado dudas sobre el nuevo lugar de estos movimientos. Por mi parte, quisiera argumentar que los movimientos sociales siguen siendo hoy unos de los colectivos referenciales para construir salidas emancipadoras a diferentes aspectos de la crisis que viven nuestras sociedades. Para ello, hemos de partir de dos puntos fundamentales, que he ido trabajando a lo largo del capítulo. El primero es que nos encontramos ante una crisis de modelo, que no puede resolverse a

---

17 Este libro fue elaborado entre la Agencia de Asuntos Precarios y el Foro de Vida Independiente, más tarde FVID (Foro de Vida Independiente y Diversidad) a tenor de la aprobación de la Ley de la Dependencia.

través de medidas tecnológicas. Y en esta "encrucijada histórica" es preciso abrir un diálogo, como apuntaba en el apartado anterior, entre los distintos agentes centrados en la creación teórica y práctica de propuestas y procesos alternativos. Ninguno sobra. El segundo, que los movimientos sociales no son solo agentes políticos, son espacios de producción social de realidad, que construyen saberes, propuestas y prácticas alentadoras de la creatividad social y de la innovación política [5]. Espacios que desde la práctica crean teoría y ponen en cuestión las teorías vigentes. Espacios que fomentan la auto-organización y la soberanía. Si somos capaces de entender que las estrategias de resistencia y lucha de aquellos se extienden a todos los aspectos de la vida y no las reducimos a su formas más visibles de movilización pública (huelgas, manifestaciones, etc.), entenderemos que las mismas son insustituibles por otras formas de accionar político y aún más, que estas otras formas no representan la maduración política de las primeras.

La siguiente pregunta sería entonces cómo articular las diferentes estrategias, para que se apoyen en el fortalecimiento de espacios y prácticas no heteropatriarcales, no capitalistas, no colonialistas, desde donde llegar a cambios realmente estructurales. Esta pregunta compromete el corto y medio plazo. Es decir, los movimientos antisistema no podrán hacer gran cosa en el corto plazo si no se empeñan en acciones defensivas para "disminuir el sufrimiento" de los grandes afectados por el sistema y su crisis actual [9]. Y esto puede pasar por apoyar propuestas partidistas, pero siempre desde una actitud crítica y vigilante, que sepa preservar la organización autónoma de los de abajo; exigir más participación de las personas en las políticas públicas y actuar cuando la política institucional flaquea,

cuando redacta cambios y no los ejecuta, cuando intenta llevar a cabo cambios estructurales y encuentra la zancadilla de las instituciones financieras internacionales, garantes del *status quo*. Por último, creo que es el momento para esta propuesta de Zibechi: «Comprender las relaciones entre el protagonismo femenino y la crisis de la forma de partido, de la forma de sindicato y de la forma de Estado supone una reflexión e investigación que resulta imprescindible para encarar una verdadera política emancipadora» [6].

## Bibliografía

- [1] Paredes, J. (2010). *Hilando fino*. La Paz: Comunidad Mujeres Creando Comunidad.
- [2] Hahn, R. A.; Gaines, A. D. (1985). *Physicians of Western Medicine: Anthropological approaches to theory and practice*. Dordrecht: Rediel Publishing Co.
- [3] Menéndez, E. L. (2005). "El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores". *Salud colectiva* [online] vol. 1, nº 1 [citado 2015-09-01], pp. 9-32. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n1/v1n1a02.pdf>. ISSN 1851-8265.
- [4] Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- [5] Martínez, Z. y Casado, B. (2013). "Acerca de opresiones, luchas y resistencias: movimientos sociales y procesos emancipadores". *Cuaderno de trabajo* 60. Bilbao: Hegoa.
- [6] Zibechi, R. (2012). *Política y miseria*. Málaga: Baladre y Zambra.

- [7] Hooks, B.; Brah, A.; Sandoval, Ch.; Anzaldúa, G.; Levins Morales, A.; Bhavnani, K.; Coulson, M.; Alexander, M. J.; Mohanty, C. T. (2014). *Otras inapropiables. Feminismos desde la periferia*. Madrid: Traficantes de sueños.
- [8] Martínez, Z.; Casado, B.; Ibarra, P. (2012). "Movimientos sociales y procesos emancipadores". *Cuadernos de trabajo* 57. Bilbao: Hegoa.
- [9] Sopransi, M. B., Veloso V. (2007). "Multidimensionalidad de la participación en salud en el Movimiento de Trabajadores Desocupados". *IV Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Universidad de Buenos Aires.
- [10] Mozo, C. (2013). "Aportaciones y Potencialidades de la Antropología de la Salud". *Revista Andaluza de Antropología*, vol. 5, pp. 1-11.
- [11] Menéndez, E. L. (2012). *La parte negada de la cultura*. Barcelona: Bellaterra.
- [12] Federici, S. (2011). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. (2ª ed.) Madrid: Traficantes de sueños.
- [13] Fernández Garrido, S. (2008). "Despatologizar las identidades trans". En: *VVAA. SeXualitats TRANSGRESSORES*. Barcelona: Xarxa Feminista.
- [14] (2012). *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a las personas trans en el marco del Sistema Nacional de Salud*. Red por la Despatologización de las identidades trans del Estado Español.
- [15] Agulló, C.; Arroyo, J.; Ema, J. E.; Gámez, Ch.; Gómez, E.; Jiménez, P.; Rodríguez, E.; Salvador, M.; Orfila, M.; Colina, M. P. (2011). *Cojos y Precarias. Haciendo vidas que importan*. Madrid: Traficantes de sueños.
- [16] Correa Urquiza, M.; Silva, T. J.; Belloc, M. M.; Martínez Hernández, A. "La Evidencia Social del Sufrimiento. Salud Mental, Políticas Globales y Narrativas Locales". *Revista Quaderns* 22. Barcelona. UOC-ICA.
- [17] Palacios, A.; Romañach, J. (2007). *El modelo de la Diversidad*. Madrid: Diversitas.

- [18] Monográfico "Las voces que hay que oír. Alternativas a la Psiquiatralización". *Revista Mujeres y Salud* 36. Barcelona: CAPS; 2014.
- [19] Allué, M. (2008). *La Piel Curtida*. Barcelona: Bellaterra.
- [20] Lutz, C. A. (1990). "Engendered emotion: gender, power, and the rhetoric of emotional control in American discourse". En: Lutz CA, Abu-Lughod L. (eds.) *Language and the politics of emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 69-91.
- [21] Allué M. (2003). *disCAPACITADOS*. Barcelona: Bellaterra.
- [22] Ruiz Peralta, E. (2013). *Desahuciar, desalojar, ejecutar. Cuando la política callejera se convierte en medicina*. Trabajo de Fin de Máster. Universidad Rovira i Virgili.
- [23] *Declaración del Movimiento de Salud de los Pueblos de América Latina y El Caribe*. (2013). Cuenca. <http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/10/Declaracion-Primera-Asamblea-Latinoamericana-MSP-Cuenca-octubre-2013.pdf>
- [24] Colau, A. y Allemany, A. (2012). *Vidas hipotecadas. De la burbuja inmobiliaria al derecho a la vivienda*. Barcelona: Angel.
- [25] Mladjenović, L. (2011). *Sanar es hacer justicia: "¡Yo soy la voz del cuerpo y la memoria de la libertad, ¡Presente!" La historia del Segundo Festival para la Memoria de las Mujeres Sobrevivientes de Violación Sexual durante el Conflicto Armado*. Chilmantengo, Guatemala, 24-28 de febrero de 2011. [http://e-mujeres.net/sites/default/files/sanar\\_es\\_justicia-lepa\\_mladjenovic.pdf](http://e-mujeres.net/sites/default/files/sanar_es_justicia-lepa_mladjenovic.pdf)
- [26] Harvey, D. (2005). *El nuevo imperialismo: acumulación por desposesión*. Buenos Aires: CLACSO.
- [27] Vivir en deudocracia (2011) (coord.). *Campaña ¿Quién debe a quién?* Barcelona: Icaria.
- [28] Oliva, J.; Ruiz-Giménez, J. L.; Segura, J. (2014). *Qué hacemos por la sanidad pública*. Madrid: Akal.

- [29] Escuela Andaluza de Salud Pública y Stop Desahucios-Granada (2014). *Informe Estado de salud de la población afectada por un proceso de desahucio*. Resumen ejecutivo. Universidad de Granada.
- [30] Macias Marín, B. (2014). "No está usted deprimida, es que su banco la engaña". *Diagonal*. 21 de abril de 2014. <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/22482-no-esta-usted-deprimida-es-su-banco-la-engana.html>
- [31] Kordon, D. R.; Edelman, L.I.; Lagos, D. M.; Nicoletti, E.; Bozzolo, R.; Kandel, E. (1987). *Efectos psicológicos de la represión política*. Buenos Aires: Sudamericana-Planeta.
- [32] Paredes, J. (2012). *Las trampas del patriarcado. Pensando los feminismos en Bolivia. Serie 2*. La Paz: Conexión Fondo de Emancipación; febrero 2012. [http://www.bivica.org/upload/feminismos\\_bolivia.pdf](http://www.bivica.org/upload/feminismos_bolivia.pdf)
- [33] Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Trilce.

# LO PÚBLICO Y LO PRIVADO EN SANIDAD

Sergio Minué

«El Sistema Nacional de Salud durará tanto como quede gente con fe para luchar por él».

Aneurin Bevan

## De lo imposible a lo inevitable

«**C**onspirar es concurrir para un fin». Existe un fin y una concurrencia de intereses para alterar sustancialmente el acuerdo social que había estado vigente en Europa durante el último siglo, y que fundaba los sistemas sanitarios en el principio de la solidaridad. Por tanto, existe una conspiración en este caso.

Aquel acuerdo social se fue estableciendo de forma paulatina en los diferentes países europeos al terminar la Segunda Guerra Mundial, aunque previamente se habían ido implantando en ciertos países, como Alemania, desde finales del siglo XIX. Pretendía conseguir un objetivo loable desde el punto de vista ético, pero sobre todo útil desde el punto de vista productivo: proteger a las personas trabajadoras de la ruina que podría suponerles atender los gastos derivados de una enfermedad grave. Como señala Toni Judt [1]: «El estado de bienestar nació de un consenso entre partidos en los albores del siglo XX. Fue implementado por liberales y conservadores para los que la provisión pública de servicios médicos universales, pensiones de jubilación y educación gratuita

representaban no el primer estadio del socialismo del siglo XX, sino la culminación de las reformas liberales del siglo XIX».

Obviamente no era altruismo lo que sustentaba tales políticas, sino la necesidad de conseguir dos objetivos complementarios: mantener la fuerza de trabajo en buenas condiciones para poder realizar su labor y conseguir mantener la paz social el mayor tiempo posible. La forma de desarrollar este modelo social fue diferente en unos países y otros. Alemania ya estableció un sistema al final del XIX basado en las cotizaciones de los trabajadores que generaba los ingresos suficientes para poderles proteger de las contingencias, en materia de salud, que pudieran acontecer. Estos modelos se llaman desde entonces bismarckianos en honor del canciller Bismarck, impulsor político de la medida. Países como Holanda, Bélgica o Francia comparten de una manera muy amplia este modelo.

Fue en los años de la Segunda Guerra Mundial cuando aparece un segundo modelo, cuya máxima y más clara expresión quizá venga definido por los principios nucleares que definen al Sistema Nacional de Salud británico (*National Health Service* o NHS): financiado por impuestos basados en el principio de contribución de acuerdo a la capacidad para pagar, gratuito en el momento de la prestación, utilizado en función de la necesidad con el objetivo de fomentar la equidad dentro del mismo.

De forma que, ya fuera mediante sistemas de cotización compartidos entre trabajadores y empresas, ya fuera a través del establecimiento de modelos basados en la recaudación de impuestos, la enfermedad no desapareció de Europa, pero sí se alivió en buena medida la carga económica que ésta podría significar para las familias.

Los países del sur soportaron durante décadas gobiernos autoritarios y dictatoriales, que en algunos casos también permitie-

ron el establecimiento de sistemas de cotización de los trabajadores. España en ese sentido estableció un modelo de influencias bismarckianas en la primera mitad del siglo XX, que evolucionó tras la instauración del régimen democrático actual hacia un modelo con muchas características de los sistemas nacionales de salud, como el británico, aunque sin abandonar completamente ciertos rasgos característicos de los modelos basados en cotización: el mantenimiento del aseguramiento como fórmula de acceso o la coexistencia de dos modelos de sistema, uno con capacidad de elección entre público y privado para las élites del funcionariado (jueces y magistrados, fuerzas armadas, representantes políticos...) y otro sin capacidad de elección para el resto de los ciudadanos.

En el fondo, esa aspiración a ser un modelo de *Comando y control* (*Command and control*) en la taxonomía de Moran [2], levantaba suspicacias en analistas políticos como él, quien ya en 2000 advertía que los sistemas sanitarios del sur de Europa (Portugal, Italia, Grecia y España, los posteriormente identificados como PIGS) suponían una forma especial de sistemas sanitarios de comando y control, pero en cierta manera poco de fiar (*Insecure command and control* en su propia terminología). Esa falta de confianza en el cumplimiento de los principios que definen a un sistema nacional de salud se consideraba debido, ya en el año 2000, al alto grado de clientelismo y corrupción política que les afectaba, además del hecho de que habían tenido que alcanzar las condiciones exigidas en los acuerdos de Maastrich de convergencia europeo en mucho menos tiempo que sus vecinos del norte de Europa.

El desarrollo de los estados de bienestar europeos permitió alcanzar los niveles más altos de desarrollo económico y social

que nunca antes había conocido Europa. Sin embargo no todo el mundo estaba satisfecho con un modelo semejante de sociedad.

Friedrich von Hayek representa la principal referencia ideológica de un pensamiento alternativo que cuestiona radicalmente ese modelo. En este nuevo modelo se cuestiona especialmente el hecho de que parte de la riqueza y los beneficios conseguidos por los empresarios e inversores debieran ser entregados al Estado para el mantenimiento del sistema de protección social (ya fuera en forma de cotizaciones o impuestos), lo que reducía evidentemente sus ganancias. Así mismo se plantea la necesidad de volver a una situación en que se limite al mínimo la intromisión de los Estados en las relaciones y transacciones entre particulares. En palabras del propio Hayek [3] «debemos enfrentarnos al hecho de que la preservación de la libertad individual es incompatible con la satisfacción de los planteamientos de la justicia redistributiva». Libertad individual y equidad se convierten desde entonces en irreconciliables en ese planteamiento ideológico, generando desde entonces estrategias destinadas a socavar el valor de la equidad (de las cuales la conocida falacia de la necesidad de elegir entre equidad o eficiencia [4] es un ejemplo). Según este punto de vista, la búsqueda de la equidad, en el fondo, fomenta el comportamiento indolente de la ciudadanía, que no tienen que preocuparse por garantizar sus necesidades básicas puesto que es el Estado el que se ocupa de ello. Los planteamientos de los partidos de gobierno británico y norteamericano en las cuatro últimas décadas (Thatcher-Major-Blair-Cameron o Reagan-Bush), dan múltiples ejemplos de esa visión.

Milton Friedman se convierte en los años 50 del pasado siglo en el heredero principal de las ideas de Hayek, a través de la llamada Escuela de Chicago, con una enorme influencia en las

políticas establecidas desde entonces, primero en Norteamérica, después en Latinoamérica, y finalmente en Europa.

Sus tres principios básicos eran la desregulación, la privatización de servicios públicos y la reducción de los gastos sociales al mínimo indispensable [5] (hablamos de gasto social, no gasto público, puesto que siempre se mantuvo el gasto público en armamento). Estas tres líneas estratégicas han ido progresivamente incrementando su presencia en buena parte de los países del mundo, en especial en aquellos en los que había existido hasta entonces un importante papel regulador del Estado, un crecimiento discreto pero sostenido de los gastos sociales y un papel importante del sector público en la provisión de servicios.

Los partidarios de este nuevo modelo social utilizan especialmente las crisis para subvertir el modelo. En palabras de Friedman «solo una crisis, real o percibida, produce cambios reales... Cuando las crisis ocurren, las acciones que se toman dependen de las ideas subyacentes. Esta es, en mi opinión, nuestra función básica: desarrollar alternativas a las políticas existentes, conservarlas vivas y disponibles hasta que lo políticamente imposible se convierta en políticamente inevitable».

Esa crisis puede ser un golpe de Estado (como fue el caso de Chile), un desastre natural, un suceso inesperado (la caída del muro y el proceso consiguiente de privatización masiva en Rusia) o una crisis económica como la actual, que impuso un único modelo para su resolución: el modelo basado en los tres principios de Friedman.

Lógicamente fue Estados Unidos el primer país en donde cuajaron las ideas de Hajek y Friedman, imponiéndose sobre los planteamientos keynesianos vigentes tras la Segunda Guerra Mundial. Pero fue a partir de la década de los 70 cuando consiguieron

un impulso determinante, con la llegada al poder de Thatcher en Reino Unido y Reagan en Estados Unidos. Como bien revelan los documentos confidenciales del gabinete de Margaret Thatcher a principios de los años 80, ya existía entonces un propósito deliberado de socavar los principios del estado de bienestar británico, proceso que sin embargo llevaría décadas por la oposición más o menos organizada de la propia sociedad británica.

No resulta extraño que uno de los asesores de aquella época forme parte del gobierno del *premier* británico actual David Cameron, autor de un libro que lleva el inequívoco título de *Privatizing the World* [6], basado en la más pura ortodoxia de Friedman (desregulación, privatización, recorte de gasto social). En dicho manual, Oliver Letwin aporta un interesante decálogo para realizar ese proceso en cualquier país, uno de cuyos puntos esenciales consiste en convencer a la opinión pública de que el sistema de protección social vigente es insostenible además de ineficiente. Autores como Appleby [7] han demostrado la falacia en el caso británico, lo que no es obstáculo sin embargo para que el proceso siga su curso.

Desde los primeros años 90, Inglaterra ha seguido un proceso progresivo de desmantelamiento del modelo que socialmente había sido consensuado y aceptado durante cincuenta años, en el que han participado indistintamente gobiernos laborista y conservadores. Iniciativas como los Médicos Generales Gestores de Presupuesto (*General Practitioner FundHolding* o GPFH), las Fundaciones de Atención Primaria (*Primary Care Trust*), los Partenariados Público Privados (*Public Private Partnership* o PPP) o más recientemente los Grupos de Comisionado Clínico (*Clinical Commissioning Groups*) parecen ser pasos en una misma dirección.

La aprobación, pese al enorme grado de contestación social del *Health Social Care Act*, la ley británica que modifica sustancialmente el modelo de sistema inglés, abre las puertas a una participación amplia de empresas multinacionales en la prestación de la asistencia sanitaria. Las recomendaciones de Letwin de 25 años antes han sido aplicadas de forma rigurosa: convertir al NHS en una entidad independiente (*trust*), aumentar la utilización de empresas mixtas (*joint ventures*) público-privadas, e ir estableciendo un sistema de aseguramiento nacional con seguros individuales.

Reynolds y McKee explicaron algunas de las causas de ese proceso [8]: a mediados de los años 90 el mercado de los seguros sanitarios americanos estaba saturado con escasas posibilidades de crecimiento. En aquellos años Latinoamérica representaba un mercado interesante, en buena medida gracias a las reformas económicas que se habían realizado bajo la influencia directa del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, garantes de la financiación necesaria para los procesos de cambio. Estos procesos de privatización a gran escala recibieron el nombre de "ajustes estructurales" (*structural adjustments*). Pero las oportunidades en aquellos mercados eran también muy limitadas, dada la existencia de una gran parte de la población sin recursos suficientes para contratar una póliza. Quedaba el mercado europeo. Pero en aquellos años los sistemas sanitarios europeos gozaban de una importante aceptación social, además de alcanzar los mejores resultados en comparaciones internacionales, ya se midiera eficiencia, gasto o resultados en salud.

A pesar de ello fueron introduciéndose, primero en Inglaterra y posteriormente en otros países como España, algunos instrumentos señalados por esa hoja de ruta: modelos de competencia entre proveedores como los GPFH, que no demostraron mejores

(ni peores) resultados, pero sí que incrementaron el coste por persona en 2.68 libras (Reynolds, 2012); establecimiento de fórmulas de externalización de servicios, inicialmente de servicios auxiliares (lavandería, catering, aparcamiento), pero que progresivamente fueron incluyendo más servicios fundamentales. Primero los *Private Financial Initiatives* (PFI), de amplio uso en España, y posteriormente los PPP, de los cuales los modelos de Concesión Administrativa implantados por los gobiernos de la derecha española en Valencia y Madrid son buenos ejemplos, sin haber demostrado mejores resultados [9].

Era preciso, por lo tanto, un proceso gradual de cambio en esa opinión pública, además de una buena oportunidad para generar el cambio. La crisis económica iniciada en 2008 y mantenida hasta la fecha (y probablemente unos cuantos años más) ha sido la mejor oportunidad para el cambio.

Sin embargo, para que el proceso de cambio sea exitoso se necesitan emplear algunas palancas más que permitan subvertir un modelo social aceptado durante casi un siglo: la primera de ellas es consecuencia de la propia crisis. A pesar de ser una crisis en la que buena parte de la responsabilidad recae en el comportamiento de las propias entidades financieras, son los Estados los que han acabado endeudados en proporciones gigantescas para poder salvar a las entidades responsables de la crisis. Los mecanismos de ajuste establecidos por la Troika para corregir la situación establecen férreas condiciones alineadas con los mismos principios de Friedman y Letwin (adelgazamiento del sector público, recorte del gasto social, fomento de la privatización).

Por otro lado, y aunque aparentemente existe un grupo político socialista con amplia representación en el parlamento europeo, la política dominante a nivel de la Unión Europea en esta

materia solo apunta en una dirección, ya sea por ignorancia o complicidad de partidos que aparentemente defendían otro modelo de sociedad.

Ya en 2008 la Unión Europea aprobó las normas que obligan a todos los países a facilitar los procesos de competencia entre proveedores de acuerdo a garantizar la igualdad de oportunidades de cualquier proveedor cualificado (*any qualified provider*) [10]. Y durante el año 2014 se ha estado negociando a espaldas de los electores, y sin que haya sido motivo de discusión o debate en las elecciones europeas de ese mismo año, el Tratado de libre comercio entre Estados Unidos y Europa (TTIP o *Transatlantic Trade Investment Partnership*), destinado a armonizar las transacciones entre empresas y proveedores a ambos lados del Atlántico, y que modifica sustancialmente las reglas de juego del mercado sanitario, permitiendo que cualquier empresa multinacional pueda demandar a gobiernos nacionales si consideran que sus intereses comerciales pueden ser perjudicados. En definitiva, las leyes de la competencia europeas están diseñadas para que una vez que un servicio sea privatizado no haya forma de recuperar su carácter público.

Conviene señalar que tanto el Partido Popular como el Partido Socialista en España han apoyado en el congreso dicho tratado.

Se demuestra así que Judt estaba en lo cierto cuando consideraba como el hecho más definitorio del siglo XX (después de la omnipresencia de la guerra), la reducción del poder de las naciones a manos de las grandes corporaciones multinacionales.

En definitiva, lo que está en juego en los países europeos en este momento es el mantenimiento de un modelo sanitario basado en la solidaridad [11] (con imprescindibles y necesarios cambios), o la emergencia de un nuevo modelo en el que la salud se convierte en una mercancía más sujeta a las leyes del mercado.

## Privatización: un término equívoco

Desde el principio del presente trabajo se ha considerado al NHS británico el paradigma del modelo de sistema nacional de salud (o modelo de "Comando y Control" en la taxonomía de Moran), y por ello, en cierta forma, de estado de bienestar hasta su progresivo desmantelamiento en las últimas décadas por conservadores y laboristas.

Sin embargo, la provisión de servicios médicos en atención primaria ha sido realizada desde su constitución, no por personas profesionales asalariadas trabajadoras de instituciones públicas, sino por profesionales independientes (una especie de personas trabajadoras autónomas que solo en las últimas décadas acabaron constituyéndose en algo parecido a cooperativas o sociedades profesionales, a la manera de un bufete de abogacía). En ese sentido podría considerarse que la joya de la corona del modelo que pasa por ser el paradigma de un Sistema Nacional de salud (sus médicos/as generales o GPs), está constituida por proveedores privados.

Por lo tanto, la diferencia entre lo público y lo privado dista de ser sencilla en el análisis de servicios sanitarios.

Tradicionalmente se ha considerado sector público aquel dependiente de la administración del Estado (a nivel nacional, regional o municipal), mientras que se identifica como privadas a aquellas instituciones o servicios fuera del control de dicha administración [12].

El *European Observatory on Health System and Policy* define privatización en los sistemas sanitarios como «el proceso de transferencia de propiedad y funciones gubernamentales de entidades públicas a privadas (ya sean organizaciones con o sin ánimo de lucro)». Este proceso de transferencia puede afectar a la financiación, la provisión, la gestión o la inversión [13].

Según Oliver Letwin, uno de los principales ideólogos del modelo de mercado en los sistemas sanitarios, la privatización típicamente se manifiesta de tres formas: externalización de servicios prestados por el gobierno, desregulación de actividades previamente dominadas por el sector público, o venta de bienes públicos a compañías privadas.

Por lo tanto, conviene diferenciar el carácter público o privado de la provisión de servicios de la existencia de una estrategia explícita dirigida a reducir o desmantelar definitivamente lo público, trasvasando sus recursos, bienes y capacidades al sector privado.

Como se observa en el caso británico, un sistema sanitario público puede perfectamente realizar su misión sin que los proveedores de sus servicios necesariamente sean trabajadores asalariados del mismo. Eso sí, el sector público mantiene en todo momento su responsabilidad sobre la provisión del servicio, y la capacidad de abolir la prestación de servicios incompetentes sin menoscabo de su patrimonio. Circunstancias que, por el contrario, no existen en las fórmulas de partenariado público privado en que se "protege" la inversión de entidades privadas con cláusulas abusivas de indemnización en caso de suspensión del contrato; y que, a diferencia de lo que ocurre con los médicos generales británicos, obligan al Estado a "rescatar" a las empresas adjudicatarias de estos modelos de contratación en el momento que entran en pérdidas.

## **Público y privado: ¿Cuál es más eficiente? ¿Cuál ofrece servicios de mejor calidad?**

Si no resulta fácil diferenciar entre lo público y lo privado, no lo es menos realizar estudios de comparación entre ambos, especial-

mente por la debilidad de los sistemas de evaluación del desempeño en los sistemas sanitarios [14].

Pero resulta evidente que a pesar de las escasas evidencias existentes sobre el mejor desempeño o eficiencia de los proveedores privados sobre los públicos, la orientación hacia una creciente provisión privada de servicios sanitarios es cada vez más claro [15]. El propio Fondo Monetario Internacional recomienda explícitamente la provisión privada de servicios como requisito imprescindible en las condiciones del préstamo en los países que así lo necesiten [16].

En una reciente revisión de la literatura sobre la comparación de la eficiencia entre provisión pública y privada presentábamos las siguientes conclusiones [17]:

- La hipótesis de que la asistencia sanitaria privada es más efectiva o eficiente que la pública no está demostrada empíricamente en los países de ingresos medios y bajos.
- No existe evidencia en estudios empíricos internacionales de la mayor eficiencia de la provisión privada en países desarrollados.
- La existencia de mecanismos de rendición de cuentas que permitan disponer de información fiable sobre el desempeño de los proveedores sanitarios, sean éstos públicos o privados, debe considerarse una prioridad vital en cualquier sistema sanitario.
- Aunque las "nuevas" formas de gestión directa aspiran a un cambio normativo que les libere de los aspectos más asfixiantes del control administrativo y presupuestario, no existen suficientes estudios empíricos que demuestren claramente la mayor eficiencia de estas estrategias de reforma.

- Las fórmulas de gestión indirecta implican la participación en la producción de servicios del sector privado. A pesar de su importante implantación en España no existen evaluaciones con el necesario rigor metodológico que permitan valorar la efectividad o eficiencia de este tipo de innovaciones.

Por todo ello, una vez son recomendables las sugerencias de Albreht en relación con el debate entre lo público y lo privado:

En cualquier caso, y siguiendo a Albreht [18], cualquier proceso de privatización debería tener en cuenta ciertas consideraciones:

- La atención sanitaria no debería ser considerada como una mercancía más.
- La privatización es un proceso que requiere definir claramente los objetivos a alcanzar en materia de política sanitaria.
- La privatización de la provisión y/o el aseguramiento supone siempre una amenaza potencial a la equidad y accesibilidad a los servicios sanitarios, que debe ser controlada.
- El núcleo fundamental del sistema sanitario debería ser financiado públicamente, independientemente de que la provisión sea de un tipo u otro.
- La privatización de la provisión, los seguros o las instalaciones necesitan ser reguladas, monitorizadas y evaluadas bajo los mismos términos que sus equivalentes públicos.
- Es imprescindible garantizar la rendición de cuentas sobre recursos públicos, aún más necesario en la situación de crisis actual. La existencia de mecanismos de transparencia y evaluación del desempeño de los proveedores sanitarios, públicos o privados, debería considerarse una prioridad esencial en cualquier sistema sanitario.

## Bibliografía

- [1] Judt, T. (2008). *Reappraisals. Reflections on the forgotten twentieth Century*. New York: The penguin press ed.
- [2] Moran, M. (2000). "Understanding the Welfare State: the case of Health Care". *British Journal of Politics and International Relations*, 135-160.
- [3] Klein, N. (2007). *La doctrina del shock*. Madrid: Planeta.
- [4] Reidpath, D. D.; Olafsdottir, A. E.; Pokhrel, S.; Allotey, P. (2012). "The fallacy of the equity-efficiency trade off:rethinking the efficient health system". *BMC Public Health* 12 (Suppl 1): S3.
- [5] Friedman, M. (1966). *Capitalismo y libertad*. Madrid: Rialp.
- [6] Letwin, O. (1988). *Privatising the World: A Study of International Privatisation in Theory and Practice*, p. 74. London: Cassell.
- [7] Appleby, J. (2011). "Does poor health justify NHS reform?". *BMJ* 342: d566.
- [8] Reynolds, L.; McKee, M. (2012). "Opening the oyster: the 2010-11 NHS reforms in England". *Clinical Medicine*, vol. 12, n° 2: 128-32.
- [9] NHS European Office (2011). *The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model - from the region of Valencia*. Brussels.
- [10] Reynold, L.; McKee, M. (2012). "Any qualified provider". *The Lancet* 379: 1083-4
- [11] Hart, J. T. (2006). *The political economy of health care*. Bristol: The Policy Press. University of Bristol.
- [12] Bennett, S. (1992). "Promoting the private sector: a review of developing country trends". *Health Policy Plan* 7: 97-110.
- [13] Maarse, H. (2006). "The privatization of health care in Europe: an eight country analysis". *Journal of Health Politics, Policy and Law* 31(5): 981-1014.

- [14] Basu, S.; Andrews, J.; Kishore, S.; Panjabi, R.; Stuckler, D. (2012). "Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review". *PLOS Medicine* 9(6): e1001244. doi:10.1371/journal.pmed.1001244.
- [15] Reynolds, L.; McKee, M. (2012). "Opening the oyster: the 2010-11 NHS reforms in England". *Clinical Medicine*, vol. 12, n° 2: 128-32.
- [16] Stuckler, D.; Basu, S. (2009). "The International Monetary Fund's effects on global health: before and after the 2008 financial crisis". *International Journal of Health Service* 39: 771-781.
- [17] Minué, S.; Martín, J. J. (2013). "Gestión privada: ¿Más eficiente?". *AMF* 9(1): 15-23.
- [18] Albrecht, T. (2009). "Privatization processes in health care in Europe –a move in the right direction, a 'trendy' option, or a step back?". *European Journal of Public Health* 19(5): 448-451.



# JUSTICIA Y SALUD PÚBLICA: ENTRE GESTIONAR LO ESCASO Y CONQUISTAR LO (IM)POSIBLE

Javier Padilla Bernáldez

**M**acondo es un país que tiene un sistema sanitario financiado con los impuestos directos e indirectos de su población. El año que viene va a recibir una partida presupuestaria procedente de la Organización Mundial de la Salud para expandir su cobertura sanitaria, para seguir dando pasos hacia la Cobertura Sanitaria Universal.

El Gobierno de Macondo tiene que decidir a qué grupo de población va a dar el derecho a asistencia sanitaria, sabiendo que una de las condiciones de la partida presupuestaria es que se incluya a un grupo completo, y no a un subgrupo de diferentes colectivos.

El Gobierno encarga a la Ministra de Salud de Macondo que tome la decisión. Esta Ministra no tiene especial interés personal por ninguno de los grupos propuestos y ninguno de ellos le haría conseguir un mayor rédito electoral; no obstante, la Ministra de Salud tiene un fuerte sentido de la justicia y quiere que la decisión tomada sea lo más justa posible. ¿A cuál de los si-

güentes colectivos tendría que elegir para que la decisión fuera lo más justa?

- Personas sin hogar: son las personas más pobres entre los tres colectivos a elegir; además, llevan bastante tiempo sin cobertura sanitaria, de forma que obtener dicha cobertura les ayudaría a tener una buena salud pero no les dotaría de un nivel de salud suficiente dado que no cuentan con la cobertura de otros servicios de protección social.
- Personas desempleadas de corta duración: se han quedado recientemente sin cobertura sanitaria y están desanimadas a causa de su situación; obtener cobertura sanitaria ayudaría a que estuvieran más felices al darles una cierta "red de seguridad". La cobertura les ayudaría, pero no se encuentran en una situación desesperada pues muchas de estas personas cuentan con algunos ahorros que poder utilizar en el caso de necesitarlo.
- Personas refugiadas de países en situación de guerra: llevan un tiempo sin cobertura sanitaria, desde que empezaron a vagar en busca de asilo; muchas de estas personas tienen enfermedades crónicas (más o menos incapacitantes) que podrían ser tratadas si tuvieran acceso a la cobertura sanitaria. La Ministra de Salud sabe que este colectivo no es tan pobre como el de las personas sin hogar.

¿Qué elección sería más justa? ¿Priorizar al colectivo más empobrecido, al que atraviesa una época de mayor infelicidad o al que tiene patologías crónicas incapacitantes? Este ejemplo, adaptación del famoso relato de Amartya Sen sobre la elección

de Annapurna<sup>1</sup>, viene a plantear cómo ante una situación concreta las respuestas que se basan en la justicia pueden diferir según cuál sea la interpretación del concepto de justicia que tengamos. En este caso, una visión utilitarista en la que la ganancia agregada de felicidad fuera el valor central que determinara la justicia de la decisión haría que la ministra se decantara por el grupo de las personas desempleadas de corta duración; por otro lado, una visión liberal *rawlsiana*<sup>2</sup> nos diría que dado que tenemos que generar una desigualdad entre estos tres colectivos, ésta debe ir encaminada a favorecer a las personas más desfavorecidas, esto es, a las personas sin hogar; por último, siguiendo el abordaje de las capacidades de Martha Nussbaum y Amartya Sen podríamos pensar que el grupo de las personas refugiadas son los que tienen una mayor capacidad para transformar el derecho de cobertura en salud y mejorar sus capacidades de forma general.

## **La salud, las desigualdades, la equidad y la justicia, ¿de qué estamos hablando?**

Las personas que se dedican al ámbito de la salud, desempeñando trabajo clínico en la elaboración de políticas, la academia univer-

---

1 El relato de "Annapurna", en el que se basa el pasaje aquí descrito, se puede encontrar en Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Editorial Planeta.

2 John Rawls (1921-2002) fue un filósofo estadounidense, profesor de filosofía política en la Universidad de Harvard y uno de los mayores referentes del liberalismo igualitario. Su obra *Teoría de la justicia* está considerada una de las más influyentes de la Historia de la Filosofía Política.

sitaria, o los movimientos sociales... tienen una cosa en común cuando hablan de salud: todas introducen en sus discursos el deseo de que el sistema sea justo y equitativo. Si todas las personas dicen lo mismo queriendo decir cosas distintas es porque el concepto de justicia es un dado con muchas caras.

Se mezclan en los discursos sobre políticas de salud tres conceptos fundamentales que están estrechamente ligados a la justicia y cuyos orígenes y significados nos ayudarán a entender la polisemia del concepto de justicia: diferencias, desigualdades e inequidades. Aunque en la actualidad los términos desigualdad e inequidad se utilizan de manera casi intercambiable, es preciso establecer algunas disimilitudes fundamentales; mientras que las "diferencias" hacen referencia exclusivamente a la distribución asimétrica de los repartos de bienes, derechos o cargas de enfermedad, las "desigualdades" analizan que esas diferencias son evitables e innecesarias, mientras que el término "inequidades" ahonda aún más en la visión política y moral de estas diferencias, interpretando que esas diferencias o desigualdades son injustas, de manera que perjudican de forma sistemática a la población más desfavorecida [1]. Esa visión de las inequidades, como una diferencia perjudicial para el funcionamiento de la sociedad y que hunde sus raíces en un modelo de organización política y económica, es la que vamos a utilizar a lo largo de este capítulo [2].

En el ámbito de la salud, la justicia toma su significado de forma frecuente como uno de los principios bioéticos fundamentales (junto con la autonomía, la beneficencia y la no maleficencia); ese es un significado de justicia vinculado al correcto uso de los recursos sanitarios y con ciertos puntos en común con la eficiencia en algunos de los discursos bioeticistas más convencionales; sin

embargo, más allá de la mirada de la bioética principialista<sup>3</sup>, la justicia cobra un papel fundamental a la hora de hablar de interpretar la distribución de derechos, recursos o cargas de enfermedad.

Son varias las teorías de la justicia que a lo largo de la Historia han planteado qué es lo justo en una sociedad a la hora de distribuir derechos, recursos..., haciendo hincapié en tres aspectos fundamentales: ¿qué es lo que se ha de repartir? ¿Entre quiénes se ha de repartir? ¿De qué manera se ha de repartir? [3] [4].

## **Del utilitarismo, colectivismos y liberalismos, las claves para entender la justicia en salud**

Las teorías de la justicia desarrolladas en el ámbito de la filosofía política tienen un correlato a la hora de interpretar los discursos presentes sobre salud y justicia. El modelo que vamos a utilizar en este libro consiste en la representación de dos ejes fundamentales: el eje de interpretación de la salud y el eje del igualitarismo, de modo que se atraviesan generando cuatro espacios discursivos en los cuales podemos identificar diferentes maneras de ver la salud, la sanidad y el papel de las personas a nivel individual y de los Estados en todo ello.

En el cuadrante de los discursos con una visión más colectivista de la salud y con una menor preocupación por el igualitarismo encontramos el utilitarismo como corriente teórica más desarrollada; en el utilitarismo aplicado a la salud se prioriza la obtención de beneficios en salud de forma agregada, sin que sea

---

3 La bioética principialista se caracteriza por basarse en cuatro principios fundamentales: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

de gran importancia su distribución [5]. De este modo, cobran gran importancia las concepciones clásicas de la eficiencia (y su posible choque con la equidad como factor cuya búsqueda disminuiría la eficiencia del sistema), no existiendo el derecho a la salud como un derecho moral de la colectividad, sino viéndose subrogado a la capacidad que cada uno tenga para repercutir de forma global en el bienestar total [4].

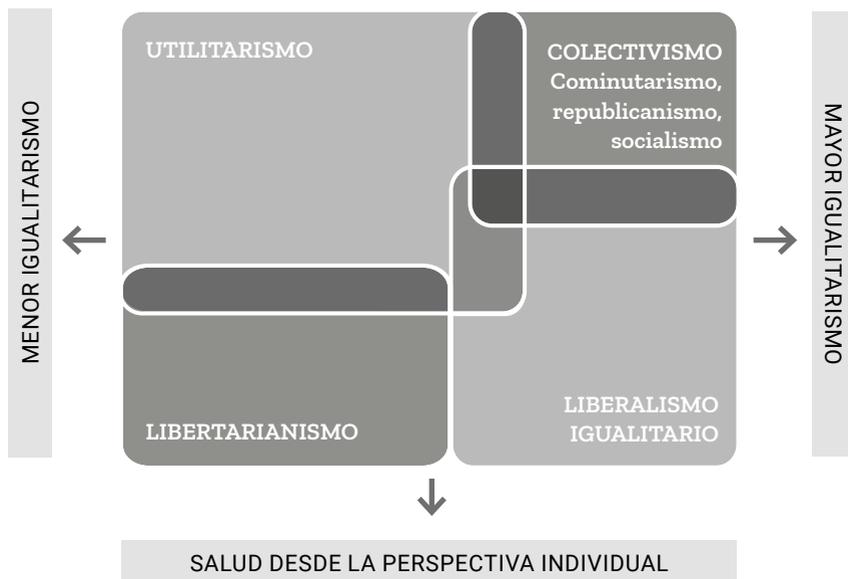


Figura 1. MARCO DE TEORÍAS DE LA JUSTICIA SEGÚN LOS EJES DE "PERSPECTIVA DE ANÁLISIS DE LA SALUD" E "IGUALITARISMO"

En los discursos con una visión más individual y menos igualitarista destacan las visiones cercanas al liberalismo no igualitario, caracterizado por una visión fuertemente individualista y la búsqueda de un Estado mínimo cuya función sea exclusivamente la de garantizar el cumplimiento de las libertades individuales [7]. En términos de salud, estos discursos niegan, mayoritariamente, la existencia de un derecho a la salud o a la asistencia sanitaria, no contemplando ninguna obligación por parte de la sociedad de sufragar la atención sanitaria a las personas que no se la puedan permitir por motivos económicos. La priorización de las libertades individuales frente a las colectivas se puede observar claramente al adentrarse en uno de los dilemas clásicos de las políticas públicas: los conflictos entre libertad individual (de movimiento transfronterizo o de mercado, por ejemplo) y la salud pública en momentos de epidemias. Esta visión fuertemente individualista, presente en los discursos del liberalismo no igualitario, se traslada a la esfera de los derechos relacionados con la autopropiedad del cuerpo<sup>4</sup> (eutanasia y aborto), que se verían apoyados por los discursos de este tipo [8] [9].

En la esfera de los discursos que priorizan de forma más importante el igualitarismo en salud, nos encontramos con dos corrientes fundamentales: el liberalismo igualitario (cuyo máximo exponente en el ámbito de la filosofía política fue John Rawls) [10] y una amalgama de corrientes colectivistas que han tenido poco desarrollo en el ámbito de la salud pero dentro de las cuales se pueden encontrar argumentos relacionados con la salud y la sanidad.

---

4 Uno de los principios fundamentales de la teoría de Robert Nozick, como expuso en su obra *Anarquía, Utopía, Estado*, junto con los principios de transferencia justa y apropiación originaria.

El liberalismo igualitario tal vez albergue las teorías de la justicia con una mayor impronta en las visiones sociales y política de la salud en la actualidad. Sus ejes principales de pensamiento incluyen a la persona a nivel individual como único agente que ostenta el derecho a la salud, mostrando una visión del derecho a la salud que empieza a introducir a los determinantes sociales de salud dentro de su conceptualización. Los abordajes más *rawlsianos*, como los presentes en los textos de Norman Daniels, hacen especial hincapié en la función del sistema sanitario como garante de una funcionalidad social que contribuya a la igualdad de oportunidades [11] [12], y en la necesidad de que las instituciones rindan cuentas hacia la población de cuáles son las decisiones que se toman y el porqué de estas. Uno de los puntos fundamentales de este grupo de teorías es que aceptan las desigualdades siempre y cuando éstas favorezcan a los más desfavorecidos, de modo que aceptarían diferencias en el aseguramiento o en la estructura de los copagos solo cuando las personas más desfavorecidas se vieran beneficiadas por estas diferencias. Dentro del liberalismo igualitario merece la pena destacar la visión aportada por el denominado "abordaje de las capacidades", encabezado por Martha Nussbaum y Amartya Sen, que hace hincapié en que para lograr una sociedad justa no basta con otorgar unos bienes primarios a las personas, sino que han de ser las capacidades de las personas para transformar los bienes ideales en realidades materiales lo que entre en la distribución que consideremos como justa o injusta.

Por último, las aportaciones realizadas por ciertas teorías de corte más colectivista quedarían principalmente encuadradas en dos aspectos fundamentales: la existencia de un derecho colectivo a la salud que excedería el derecho individual (no solo lo colectivo como suma de individualidades, sino como la conformación

de una realidad más amplia que la resultante de la agregación de sujetos únicos), la participación social en salud<sup>5</sup> como expresión de la democracia radical y la inclusión de los determinantes sociales de salud dentro de la visión de la cobertura universal en salud como forma de desbordar la cobertura sanitaria universal y hacer que se deban garantizar unos niveles dignos de acceso a unos buenos determinantes sociales de salud en materia de energía, vivienda, educación, renta...

## **Enfermedad y malos hábitos de vida, ¿de quién es la responsabilidad?**

Cuando una sociedad se plantea de qué manera ha de distribuir sus recursos de forma justa hay un aspecto que siempre acaba saliendo: ¿Cómo proteger la salud frente a eventos imprevistos sobre los cuales las personas a nivel individual no tienen responsabilidad?

La responsabilidad individual en el desarrollo de la enfermedad es un asunto fundamental para hacer análisis de decisiones como la planteada en 2016 en Italia de no financiar el tratamiento frente al cáncer de pulmón a las personas fumadoras u otras decisiones que se mueven en un ámbito argumental similar. Cada una de las teorías que hemos comentado anteriormente aporta una visión diferente para responder a la pregunta de ¿cómo de responsable

---

5 Para ahondar en el concepto de participación comunitaria en salud recomendamos acudir al siguiente artículo: Escartín Lasierra, P.; López Ruiz, V.; Ruiz-Giménez Aguilar, J. L. (2015). "La participación comunitaria en salud". *Comunidad* 17(2).

es una persona en el desarrollo de enfermedades que pueden estar relacionadas con hábitos de vida? o, simplificando la pregunta, ¿la adopción de hábitos de vida poco saludables es el resultado de una elección individual sobre la que se tiene plena responsabilidad?

Entre el determinismo social (en el cual la libertad individual quedaría abolida en virtud de una estructura social que determinaría sus elecciones) y el individualismo del liberalismo no igualitario, que defiende que es el individuo el único responsable de su situación social y de salud, y por ello no cabe ningún ajuste por parte de la sociedad en su conjunto a este respecto, podemos encontrar algún abordaje interesante que nos ayude a plantear nuevos argumentos; ese es el caso del abordaje de las capacidades (especialmente de la aproximación en salud que hace Sridha Venkatapuram en su libro *Health Justice*) [13] y de la convergencia entre agencia y estructura planteada por William Cockerham.

La visión de Venkatapuram queda bien explicada en el siguiente párrafo (tomado del libro *Health Justice*):

«Desde la perspectiva de las capacidades, los individuos se convierten en moralmente responsables de sus elecciones según sean sus capacidades, no de forma independiente a estas. Las elecciones que uno hace dependen de las opciones que uno tiene. Y, la conexión entre las elecciones personales y los resultados obtenidos solo se pueden establecer después de tener en consideración el papel causal de los condicionantes biológicos, las condiciones físicas y las sociales. Sin eso, podríamos estar haciendo plenamente responsable a la gente de decisiones de las cuales son, solamente, responsables de forma parcial».

Según esta visión de Venkatapuram, alineado con el abordaje de las capacidades de Sen y Nussbaum, la responsabilidad atribuible a nivel individual debería evaluarse dentro del marco de capacidades de éste, no siendo todas las personas igual de capaces de tomar decisiones.

A este respecto, y en la línea de Venkatapuram, Angel Puyol plantea un dilema ético [14] en la distribución de recursos y lo enmarca en cómo la visión lineal (sin tener en cuenta las capacidades individuales para la toma de decisiones en el tránsito que va desde la salud hasta el desarrollo de enfermedades, pasando por la adopción de determinados hábitos de vida y condiciones sociales) de la distribución de recursos, con una visión centrada en el punto de destino (los dispositivos sanitarios) supone una injusticia desde el punto de vista del abordaje de las capacidades:

«Hace varios meses, un hombre de 52 años ingresó de urgencias, tras varios infartos, en un hospital público, donde le diagnosticaron una grave cardiopatía crónica. Los médicos consideraron que a medio plazo sería imprescindible realizarle un trasplante de corazón para alargarle la vida. El caso no tendría mayor relevancia pública si no fuese porque, en esa ocasión, el hospital se negó a incluirle en la lista oficial de trasplantes por un motivo que aparentemente se escapaba a las disquisiciones estrictamente médicas. La razón del rechazo fue que el paciente vivía rodeado de unas condiciones sociales y laborales precarias. Sin domicilio y sin trabajo fijos, el enfermo no podía garantizar una adecuada recuperación tras el necesario trasplante. A la hora de priorizar a quién deberían ir destinados los nuevos órganos, el hospital no arguyó si la afección que padecía ese hombre era más o menos antigua o más o me-

nos grave que la de cualquier otro, ni si su organismo era o no compatible con los órganos venideros. La baja posición social y laboral centralizó el principal argumento para excluirle de la lista de prioridades. La condición de pobre y no la dolencia física que padecía fue lo que, en la práctica, le cerró las puertas de los servicios públicos».

En este empeño en integrar las libertades individuales y las influencias sociales es interesante leer a Cockerham [15], quien elabora una teoría fuertemente influida por el concepto de *habitus* de Pierre Bourdieu, e identifica cuatro categorías de variables estructurales<sup>6</sup> que proveen el contexto social donde se enmarcan la socialización y la experiencia individual, las cuales influyen las elecciones que éste realiza (agencia); este marco social, así mismo, determina las oportunidades que tendría el individuo a lo largo de su vida; oportunidades y elecciones interaccionan para conformar la "disposición para actuar" (*disposition to act* en palabras de Cockerham), que desemboca en prácticas o acciones con efectos sobre la salud, tales como el consumo de alcohol, el tabaquismo u otros comportamientos.

## Las preguntas del futuro y los futuros de preguntas

Comentábamos con anterioridad que una teoría de la justicia, para ser completa, tenía que plantear un modo de funcionamiento a tres niveles: ¿qué derechos, bienes, recursos o capacidades

---

6 Éstas serían: (I) circunstancias relacionadas con la clase social, (II) aspectos ligados a la raza, edad y el género, (III) variables del ámbito de la colectividad y (IV) condiciones de vida.

han de repartirse?, ¿entre quiénes han de repartirse? y ¿de qué modo han de hacerlo?

En la actualidad, y como consecuencia de diferentes dinámicas de interacción social surgidas en las últimas décadas, podemos observar cómo la introducción de nuevos colectivos como legítimos participantes en el reparto de derechos, bienes, recursos... plantea la necesidad de crear nuevos marcos teóricos de pensamiento para dar respuesta a esas tres preguntas (¿qué, entre quiénes y de qué modo?), sin dejar fuera a ninguna persona. Esto queda muy bien expresado por Martha Nussbaum en su libro *Las fronteras de la justicia*, en relación a la cobertura sanitaria [16]:

«... Encontramos el problema urgente de extender la justicia a todos los ciudadanos del mundo, de desarrollar un modelo teórico de un mundo justo en su totalidad, donde los accidentes de nacimiento y de origen nacional no viciaran desde el principio y en todos los sentidos las opciones vitales de las personas. En la medida en que todas las grandes teorías occidentales de la justicia social parten del Estado-nación como una unidad básica, es probable que necesitemos también nuevas estructuras teóricas para pensar de forma adecuada este problema».

Esa universalización del reparto de los derechos (a los que antes no tenían acceso, dentro del marco entonces hegemónico de justicia, ni las personas de raza negra, ni las mujeres, ni las personas sin trabajo...) implica la necesidad de remodelar la manera en la que se toman las decisiones para repartir los derechos. Una de las críticas más certeras a la actual forma de determinar qué derechos han de ser repartidos y de qué manera siempre ha venido de la mano de los movimientos feministas, los cuales han puesto en duda que modelos de representación institucional claramente

monopolizados por figuras masculinas, heteronormativas, de alta clase social y de avanzada edad puedan tener la capacidad para colmar las necesidades y reclamaciones de grupos de población cuyas voces raramente se han alzado en el ámbito de lo colectivo, sino que siempre han quedado recluidas al ámbito de lo privado.

Los movimientos de democracia radical (encuadrables dentro de nuestro cuadrante colectivista e igualitarista) abogan por la participación social como forma de responder a "¿de qué modo repartir...?" pero probablemente se encontrarán en las próximas décadas con los intentos por parte de las clases dominantes de presentar escenarios de decisión político-sanitaria altamente complejizados (mediante la vía de la tecnificación del discurso) donde la población no parezca tener lugar.

## Bibliografía

- [1] Ottersen, T.; Norheim, O. F. (2014). *WHO consultative group on equity and universal health coverage. Making fair choices on the path to universal health coverage*. Geneve: World Health Organization.
- [2] Weinstock, D. M. (2011). "How should political philosophers think of health?". *The Journal of Medicine and Philosophy* 36(4): 424-35.
- [3] Gargarella, R. (1999). *Las teorías de la justicia después de Rawls*. 1ª ed. Barcelona: Paidós.
- [4] Persad, G.; Wertheimer, A.; Emanuel, E. J. (2009). "Principles for allocation of scarce medical interventions". *The Lancet* 373: 423-31.
- [5] De León Barbero, J. L. (2004). *Utilitarismo y liberalismo*. Amistad, unión y ulterior divorcio. Capítulo I. Eleutheria.

- [6] Singer, P. (2009). "Why we must ration healthcare". *The New York Times*. 19/07/2009.
- [7] Nozick, R. (2014). *Anarquía, Estado y Utopía*. 2ª ed. INNISFREE.
- [8] Engelhardt, H. T. (1994). "Health care reform: a study in moral malfeasance". *The Journal of Medicine and Philosophy* 19(5): 501-16.
- [9] Engelhardt, T. "Salud, medicina y libertad: una evaluación crítica". *Libertad y salud*, Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols y Lucas.
- [10] Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. 1ª ed. Cambridge: Harvard University Press.
- [11] Daniels, N. (1990). "Equality of what: welfare, resources or capabilities?". *Philosophy and Phenomenological Research* 50: 273-96.
- [12] Daniels, N. (2001). "Justice, Health and Healthcare". *American Journal of Bioethics* 1(2).
- [13] Venkatapuram, S. (2011). *Health justice*. Cambridge: Polity.
- [14] Puyol, A. (2012). "Ética, equidad y determinantes sociales de la salud". *Gaceta Sanitaria* 26(2): 178-181.
- [15] Cockerham, W. C. (2005). "Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure". *Journal of Health and Social Behavior* 46: 5-67.
- [16] Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión*. Barcelona: Paidós.



# CLASES SOCIALES EN LA SALUD: EL MOTOR DE LA DESIGUALDAD

Javier Segura del Pozo

**L**a crisis que estamos viviendo y sufriendo ha puesto en primer plano la preocupación por las crecientes desigualdades sociales. Estas no solo se expresan en forma de las escandalosas diferencias de ingresos (por ejemplo, entre el 1% más rico y el 99% restante), o del incremento de las tasas de pobreza, sino en un renovado interés por el concepto de clase social. Esta categoría de análisis (no solo de la estratificación social, sino del propio sistema capitalista), parecía haber quedado anticuada para muchos investigadores sociales, y para el público en general, siendo considerada obsoleta en los discursos políticos (propia de lo que algunos gustaban llamar “la izquierda trasnochada”). Pero la negra noche de la crisis nos ha caído de plomo, sacándonos de la falsa ilusión de que “todos/as somos clase media” y poniendo el foco en la cruda existencia de la escalera social, a medida que se experimentaban las consecuencias en la calidad de vida que implica su forzado descenso. Y una de ellas es la mayor probabilidad de pérdida de la salud.

## La muerte no es democrática

Los siglos XVIII y XIX nos trajeron dos fenómenos fundamentales para la toma de conciencia de la relación entre clase social y salud. Por una parte, la revolución industrial hace evidente la relación que hay entre la aparición de enfermedades infecciosas y la concentración demográfica de grandes masas de población trabajadora, atraídas a las ciudades desde el campo, viviendo en condiciones de insalubridad, hacinamiento y explotación. Por otra parte, el desarrollo de los registros de mortalidad y de la estadística sanitaria hacen posible "echar cuentas" y calcular algo tan sencillo y contundente como la diferencia entre la edad media al morir de los pobres y los ricos. Así, resultaba que la muerte era "democrática", pero no tanto: acaba llegando a todos, pero no de la misma forma y a la misma edad.

Hay tres figuras de la época consideradas como referentes de los mencionados estudios: Villermé, Chadwick y Virchow, que contribuyeron a revolucionar el pensamiento médico al situar el control de las enfermedades en el terreno de la modificación de las condiciones de vida y del ambiente de las personas. Luis Villermé descubre el exceso de mortalidad en las familias de obreros empleados en las fábricas de tejidos e hilanderías de algodón en Mulhouse, en comparación con las familias de los gerentes de las mismas. Edward Chadwick observa cómo en Liverpool el promedio de vida era diferente para la aristocracia, los comerciantes o los obreros. Identificó la insalubridad como fuente de enfermedades y propuso una política de saneamiento. Rudolf Virchow, después de investigar brotes de enfermedades infecciosas en Alta Silesia y en Berlín, concluye que la pobreza y las condiciones de vida de la clase obrera, incluyendo alimentación, vivienda, acceso

al agua potable y alcantarillado, son los responsables de las diferencias en salud.

En el caso de España destacan "las topografías médicas" realizadas en Sevilla y Madrid por el médico eslovaco Felipe Hauser y Kobler, apenas estrenado el siglo XX. En su libro *Madrid desde el punto de vista médico-social* [1] (1902) incluía un "Plano sanitario demográfico de Madrid" en el que con una escala de tres colores señalaba los distritos de la ciudad que tenían una mortalidad alta, media o baja. Y las diferencias eran muy significativas. Había distritos de Madrid con el doble de mortalidad que otros: Inclusa (40,2 muertos anuales por mil habitantes) y Hospital (37,0 por mil), frente a Congreso (22,4 por mil) y Buenavista (23,8 por mil). Estas diferencias parecían seguir un patrón espacial norte/sur, relacionado con la clase social de los residentes y con las condiciones ambientales.

## Y llegó la contrarrevolución (... bacteriológica)

Sin embargo, a cada revolución le sigue una contrarrevolución. En este caso, al vuelco en los paradigmas dominantes para explicar las causas de las enfermedades, que supuso la idea revolucionaria de la importancia de las condiciones de vida como determinantes de enfermedad y muerte, le siguió el descubrimiento de la existencia de los gérmenes, microbios y bacterias y de su papel en las enfermedades. La ideología dominante hizo un buen uso de este descubrimiento para reivindicar de nuevo un origen "externo" (en este caso una bacteria) de la enfermedad, y acusar de anticuados a los salubristas que defendían la necesidad de la alianza entre medicina y política para luchar contra

las enfermedades. Para ello, se aprovechó que el Movimiento de Salud Pública del siglo XIX seguía anclado en la antigua teoría miasmática (miasmas), de resonancias hipocráticas, para explicar la transmisión de las enfermedades y que no había sido capaz de construir un modelo causal de enfermedad, que integrara los microorganismos como un agente intermedio entre las condiciones de vida y la enfermedad.

La revolución bacteriológica –que tuvo a Robert Koch, descubridor del microorganismo de la tuberculosis (el bacilo de Koch) como uno de sus referentes– infundió la idea de que la atención médica, a través del progreso de la farmacopea y de la tecnología sanitaria, erradicaría las principales enfermedades. Idea que todavía hoy en día está muy presente, no solo en los círculos académicos y profesionales, sino en los medios y en el imaginario colectivo. La preocupación por el saneamiento de los barrios obreros, la alimentación de sus hijos, las exposiciones a tóxicos en los lugares de trabajo o la jornada laboral, era una cuestión que no entraba en el campo de batalla de la medicina, sino de las luchas sociales. Lucha que se consideraba ajena a la medicina.

## **El informe Black**

Pasó mucho tiempo hasta que el discurso de la relación entre clase social y salud volviera a entrar en los ámbitos académicos de la Medicina. Daremos un gran salto para no aburrirnos contándoos cómo va fracasando este modelo bacteriológico, y otros que le sucedieron, incapaces de explicar por qué el progreso tecnológico no evitaba una carga creciente de enferme-

dades no transmisibles. Este salto nos lleva al Reino Unido de 1980, donde un informe, el informe Black (*The Black report*) [2], marcaría un antes y un después en el mundo de la epidemiología social, al demostrar estadísticamente que el riesgo de morir (antes de los 65 años) era mayor en las clases sociales menos favorecidas.

El estudio, dirigido por el presidente del colegio de médicos, había sido encargado unos años antes por los laboristas, pero fue recibido por la nueva primera ministra conservadora Margaret Thatcher. Tambalearía la autocomplacencia de la sociedad británica sobre la equidad de su sistema de salud y sus políticas públicas. Después de revisar las evidencias y estudios disponibles, y los análisis realizados *ad hoc* para el informe, se concluía que en el Reino Unido había unas diferencias marcadas en las tasas de mortalidad de las clases ocupacionales (un aproximador de clase social, que veremos luego), en ambos sexos y en todas las edades. Si aplicáramos las tasas de mortalidad (el riesgo de morir) de la clase I (profesionales y sus familiares) a las clases IV-V (trabajadores semicualificados y no cualificados, y sus familiares), entre 1972 y 1974 se hubiera salvado la vida a 74.000 personas menores de 65 años (incluyendo 10.000 niños). Lo que más escocía a la población británica era que el gradiente de clase era mayor que en otros países del entorno (¡incluida la tantas veces rival Francia!) y se había incrementado en las últimas décadas (1951-1971), a pesar de 40 años de vida del modélico Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*, NHS).

TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA  
por 100.000 habitantes entre 15 a 64 años por clase ocupacional

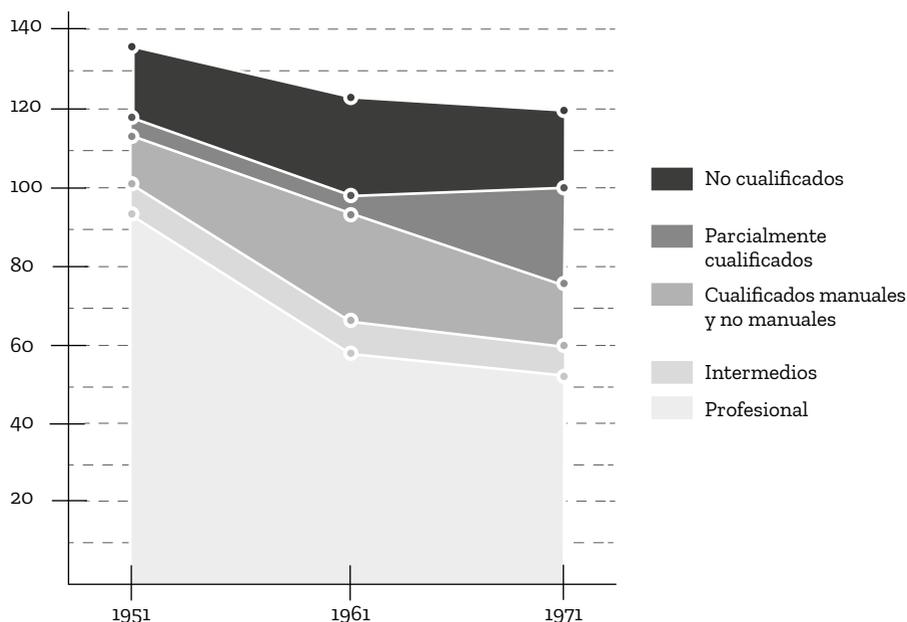


Figura 1. Gráfico sobre tasas de mortalidad en las 5 clases ocupacionales en 3 periodos. Basado en el Informe Black

Hemos elaborado este gráfico a partir del Informe Black. Representa las tasas de mortalidad en cada una de las cinco clases ocupacionales en tres periodos: 1951, 1961 y 1971. El riesgo de morir (entre los 15 y los 64 años) es mayor en las clases sociales (clases ocupacionales) más bajas. El riesgo de morir en cada clase va disminuyendo en las últimas décadas (1951-1971), pero disminuye más intensamente en las clases I (profesionales) y II (intermedios) que en las clases IV y V (parcialmente cualificados

y no cualificados), por lo que las diferencias entre los extremos (desigualdades relativas) se hacen más acusadas.

## Las clases sociales y la salud

Según Martha Harnecker [3], «las clases sociales son grupos sociales antagónicos en que uno se apropia del trabajo del otro a causa del lugar diferente que ocupa en la estructura económica de un modo de producción determinado, lugar que está determinado fundamentalmente por la forma específica en que se relaciona con los medios de producción». Según esta clásica visión marxista existen dos clases sociales: burguesía y proletariado, aunque entremedias podemos considerar una tercera: la pequeña burguesía. El sociólogo Max Weber inspiró otro concepto de clase social que ha calado profundamente en toda la sociología actual e impregna las medidas de posición social que se usan en los estudios de *Desigualdades Sociales en Salud* (DSS). Se podría resumir en que las clases son grupos que comparten creencias, valores y circunstancias ("oportunidades de vida"), como son: educación, ocupación e ingresos. Esta orientación implica que los individuos podrían mejorar su situación en el mercado y sus oportunidades de vida por estrategias como la negociación colectiva o la obtención de más conocimientos y habilidades.

La ocupación es una de las variables que se suele encontrar en los censos de población, aunque raras veces en los registros sanitarios. Aprovechando este dato ha habido varias clasificaciones de la población en clases sociales basadas en la ocupación ("clases ocupacionales"). Una de las más antiguas es la del censo

británico (*British Registrar General*, BRG), que fue desarrollada a principios del siglo XX a partir de una escala jerárquica de ocupaciones, según el nivel de educación o aprendizaje implícito. En España, un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) hizo una propuesta de medida de la clase social [4] a partir de una adaptación de la Clasificación Nacional de Ocupaciones a esta clasificación británica, resultando en 6 clases:

- I. Directivos de la Administración Pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas con titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.
- II. Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas con una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos y profesionales de apoyo. Artistas y deportistas.
- III. Personal de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad.
- IV. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales:
  - IVa. Trabajadores manuales cualificados.
  - IVb. Trabajadores manuales semicualificados.
- V. Trabajadores manuales no cualificados.

Con este tipo de clasificación se han evidenciado relaciones como la del siguiente gráfico, obtenido a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 [5], en el que se refleja un claro gradiente social en la percepción de la salud: las clases sociales

(clases ocupacionales) más altas tienen mejor salud autopercebida que las clases bajas, tanto en hombres como en mujeres.

### DISTRIBUCIÓN DE LA SALUD PERCIBIDA SEGÚN LA CLASE SOCIAL

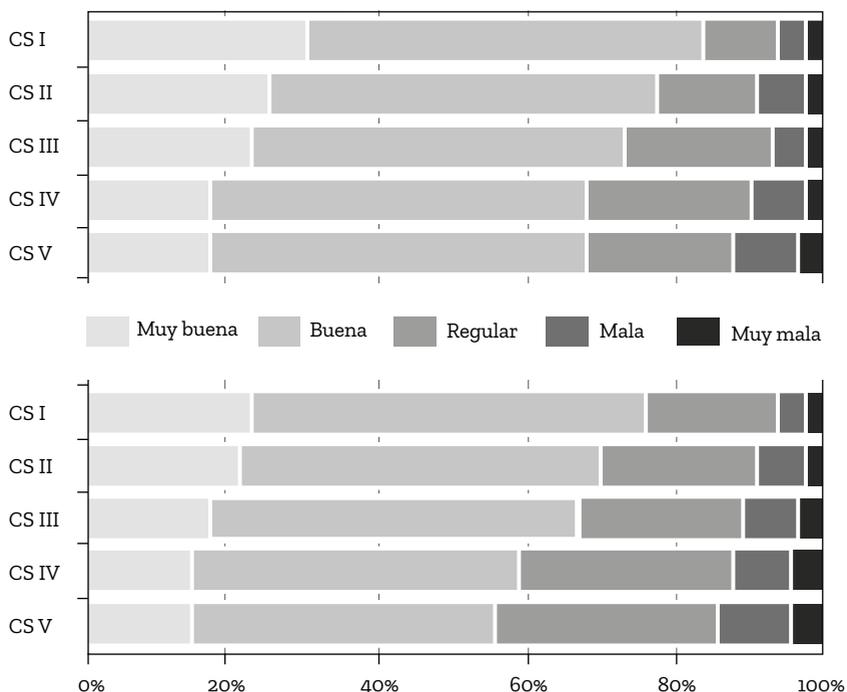


Figura 2. Encuesta Nacional de la salud 2006

Otro ejemplo: los datos de la reciente Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2011-2012 han vuelto a poner en evidencia cómo no solo la salud autopercebida, sino las enfermedades crónicas, tienen un claro gradiente social.

## PROBLEMAS O ENFERMEDADES CRÓNICAS POR CLASE SOCIAL

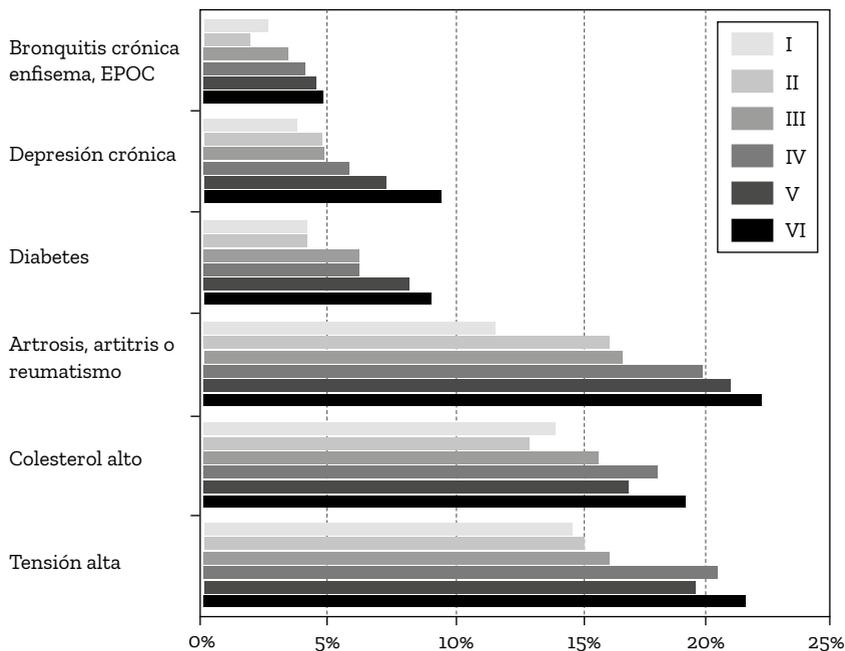


Figura 3. ENSE 2011-2012 (últimos 12 meses).  
Población de 15 y más años

Como se puede apreciar en el gráfico de arriba, los españoles y españolas que refieren haber sido diagnosticados en los últimos 12 meses de los principales problemas crónicos que se atienden en nuestro sistema sanitario (Bronquitis crónica, Enfisema o EPOC; Depresión crónica; Diabetes; Artrosis, Artritis o Reumatismo; Colesterol alto; Tensión alta) son más frecuentes a medida que descendemos en la escala social. Este gradiente de clase también se evidencia en el riesgo de mala salud mental, especial-

mente en mujeres y en el consumo de psicofármacos y de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir, que es claramente superior en las clases sociales más desfavorecidas. Por otra parte, la obesidad crece según se desciende en la escala social, de 9% en la clase I (más favorecida) a 24% en la clase VI (más desfavorecida). En el caso del consumo de tabaco hay un claro gradiente social en hombres, que no se manifiesta en las mujeres, aunque en las más jóvenes parece haber un gradiente social directo (fuman menos las jóvenes de clase alta que las jóvenes de clase baja). Lo mismo ocurre en los bebedores de riesgo (gradiente social en hombres y no en mujeres).

## **Otras formas de medir la clase social en los estudios de salud**

Muchos estudios de epidemiología social no usan la clase ocupacional como medida de estratificación social, sino otras, como es el nivel educativo o el nivel socioeconómico medio del lugar de residencia. El nivel educativo es un buen indicador, con una gran capacidad discriminativa, pues es estable y abarca a toda la población (no solo a los que están en el mercado laboral, como ocurre en las medidas de clase basadas en la ocupación). En los registros administrativos clínicos (en centros de salud u hospitales) o en los certificados de defunción, difícilmente tendremos información sobre las características sociales o económicas del individuo (profesión, ocupación, nivel de estudios, ingresos, etc.). Sin embargo, el lugar de residencia siempre se recoge bien y mediante la información que proporcionan los censos y los padrones municipales podemos conocer las características sociales, econó-

micas y demográficas de las áreas donde residen las personas que enferman (el nivel de "privación social" del área). Ello nos permite hacer estudios de áreas geográficas o también llamados "ecológicos", mediante los que estudiamos la relación estadística entre el riesgo de enfermar o morir (tasa de incidencia o de mortalidad) en un área y el nivel de privación social de la misma.

Muchos de los principales estudios de epidemiología social españoles [6] han seguido diseños ecológicos. ¿Os acordáis del mapa del Dr. Hauser<sup>1</sup> y del gradiente norte/sur de Madrid en 1902? Pues bien, un siglo después la encuesta de salud de la ciudad de Madrid del año 2005 [7] mostró una diferencia en la esperanza media de vida al nacer de casi 4 años entre los residentes en el distrito de Salamanca (83 años), de los más prósperos, y los residentes en el distrito de Villa de Vallecas (79 años), con una renta media baja. Esta situación de segmentación social y de salud se repite en todas las ciudades españolas, en menor o mayor grado, y con sus propios patrones espaciales. Según los resultados del estudio MEDEA<sup>2</sup>, en las principales ciudades españolas hay un gradiente social directo en la mortalidad general (a mayor privación social, mayor riesgo de morir), especialmente

---

1 En 1902, el médico eslovaco Felipe Hauser y Kobler realizó un completo informe sobre las desigualdades sociales en salud en la ciudad de Madrid, que se llamó *Madrid desde el punto de vista médico-social* y a cuya obra corresponde el *Plano sanitario demográfico de Madrid* del Dr. Hauser.

2 El estudio MEDEA es una acción estratégica del CIBER de Epidemiología y Salud Pública de España que tiene por objetivo analizar las desigualdades socioeconómicas y medioambientales en áreas pequeñas de ciudades de España y de Europa. Este contiene un proyecto coordinado de 14 grupos de España financiado por el Instituto de Salud Carlos III durante los años 2009-2011 ([www.proyectomedea.org](http://www.proyectomedea.org)).

en hombres. Pero también en la mortalidad por causas tan importantes, como las enfermedades cardio y cerebro-vasculares, las enfermedades respiratorias o la cirrosis hepática. En algunas ciudades como Madrid, Barcelona o Valencia, a esta lista se añaden la mortalidad por diabetes, enfermedades mentales y cáncer de estómago. Sin embargo, la mortalidad por cáncer de pulmón tiene un gradiente social de signo contrario según el sexo, que refleja fundamentalmente cómo, hasta hace unos años, fumaban en España más las mujeres de clase alta que las de clase baja, pero más los hombres de clase baja que los de clase alta. También la mortalidad por cáncer de mama tiende a un gradiente social inverso en muchos estudios. Las diferencias en mortalidad entre territorios no se pueden explicar, en la mayoría de los casos, por una diferente exposición a factores ambientales ni (por ahora) por un desigual acceso a los servicios sanitarios, sino por el simple hecho que los ciudadanos se agrupan residencialmente según su situación socio-económica (es decir, su clase social).

## **Las clases sociales del siglo XXI**

Se han producido importantes cambios en la composición de las clases trabajadoras en España (menos personas trabajadoras cualificadas, menos trabajadoras manuales o de cuello azul, más profesionales, etc.) [8]. Esta mayor presencia de las clases medias y de población trabajadora de cuello blanco, en una época de masificación de la enseñanza universitaria, de créditos baratos y consecuente aumento del consumo, trajo el espejismo de una sociedad de clase (media) única. Y llevó a que muchos [9] reivindicaran a los autores que profetizaron el "fin de las clases so-

ciales" y el "fin de las ideologías". Según ellos, a diferencia de la sociedad industrial, identificada como sociedad de clases, en la sociedad postindustrial la pertenencia a una determinada clase social dejaría de ser el rasgo identitario más acusado, pasando a ser otros, por ejemplo, la identidad sexual o de género, la religión o la nacionalidad. En la sociedad postindustrial y del conocimiento, ya no tendría sentido hablar de clase sociales, de intereses de clases, de lucha de clases y de explotación (de unas clases sobre otras). Solo de diferentes grados de consumo, de conocimiento o de diferentes posiciones en el mercado laboral, que podrían ser coyunturales, confiando en una potencial movilidad social y laboral ascendente y en la meritocracia.



Viñeta de El Roto en *El País*.

La realidad es que la explotación y la opresión social y laboral han seguido existiendo (y sus consecuencias sobre la salud),

incrementándose aún más en la actual situación de crisis financiera, precarización y desempleo masivo. Solo que han cambiado la composición y características de las clases oprimidas. Estos nuevos grupos sociales suman varias características, frecuentemente entrelazadas (edad, género, situación migratoria, situación familiar, condiciones de empleo, clase social de origen baja, etc.), que les proporcionan mayor vulnerabilidad frente a la explotación laboral, la opresión social, la discriminación y el riesgo de mala salud. Integran la legión del precariado, y por lo tanto del paro ocasional, en sus diferentes formas de expresión social [10].

Tal vez no estemos apprehendiendo suficientemente en nuestros estudios estos cambios que ha sufrido la estructura de las clases sociales españolas del siglo XXI, dando como resultado importantes sesgos al explorar el impacto de la brecha social en la salud. Por ello, proponemos algunos cambios:

1. *Repensar la agrupación de clases manuales versus no manuales.* El hecho de que la clase social trabajadora de cuello blanco de nivel inferior (personas trabajadoras de los servicios y comercios) esté tomando esta relevancia en nuestra estructura de clases, y que tengan similares condiciones de precariedad que la clase de las personas trabajadoras manuales no cualificadas, nos tiene que hacer repensar nuestras agrupaciones de clase en los estudios de salud. Las malas condiciones de vida ya no están tan asociadas al trabajo manual. Hay personas trabajadoras manuales ("de cuello azul") cualificadas, como las que trabajan en fontanería o electricidad, con un buen estatus económico, y hay personas trabajadoras no manuales ("de cuello blanco") de los servicios (ejemplo, dependientes/as de comercio, per-

sonal de Call Centers, becarios/as, personas investigadoras post doc, etc.) con unos altos niveles de precariedad, largas jornadas laborales, trabajo rutinario y mal clima laboral, que determinan unos riesgos de salud apreciables.

2. *Considerar la multidimensionalidad de la identidad ocupacional.* Cada vez son más frecuentes los itinerarios personales en que se simultanean o se transita por diferentes ocupaciones a lo largo de una vida. Esto se está dando más frecuentemente en las nuevas generaciones que entran y salen del mercado laboral, ejerciendo diferentes ocupaciones en cada momento. Además, la calificación profesional no se corresponde frecuentemente con las ocupaciones ejercidas, ni el ser profesional implica pertenecer a clases sociales medio-altas o altas.
3. *Considerar las condiciones de empleo como un determinante muy "corriente arriba" de las desigualdades sociales en la salud,* que determina no solamente las condiciones de trabajo (los clásicos riesgos laborales) y los llamados "factores intermedios" de la desigualdad en salud (bienes materiales, riesgos residenciales y ambientales, riesgos psicosociales, hábitos de salud, etc.), sino la propia posición socioeconómica (de forma bidireccional, ya que el riesgo de ser precario o parado está a su vez determinado por la clase social de origen).
4. *Captar los extremos (y los márgenes) de la pirámide social.* La gente verdaderamente "rica" no se retratan en las encuestas, por lo que corremos el riesgo de retratar solo a la clase media (con sus diferentes matices y grados) en nuestros estudios de salud. Debemos esforzarnos en captar en nuestros estudios y clasificaciones de clase social (muy

basadas en la ocupación y más concretamente en la ocupación estable y única a lo largo de la vida) a las personas excluidas del mercado de trabajo. Debemos intentar captar las múltiples caras del precariado y a las nuevas formas de opresión.

5. *Estudiar el efecto acumulativo y sinérgico de los factores de la multivulnerabilidad social frente a la salud.* ¿Qué pasa cuando se entrelazan factores como ser mujer, ser joven, ser inmigrante, pertenecer a familia monoparental, tener la vivienda pagada o hipotecada, tener un tipo de contrato o no tenerlo, tener uno, dos o ningún sueldo en la familia? ¿Cómo integramos estos factores en nuestros estudios? ¿Como factores independientes? ¿Qué agrupaciones hacemos para el análisis?

## Una reflexión final

Considerar las clases sociales en el campo de la salud, no solo consiste en tener un sistema para clasificar a la población por su estatus social, sino en investigar y advertir cómo impacta la dominación y explotación de unas clases sobre otras en la salud. Y en evitarlo. La sociedad de clases es una sociedad injusta y potencialmente insalubre, por la cual, los que están arriba se aprovechan de la debilidad de los de abajo y se esfuerzan en que permanezca este sistema que les beneficia. La clase social alta (la de verdad) concentra no solo las riquezas, sino el poder. Mediante éste toma decisiones que maximizan sus beneficios, aun a costa de perjudicar la salud de la mayoría social. La perjudican por múltiples vías: dificultando el acceso a la sanidad, educación o

vivienda, creando ambientes y condiciones de trabajo insalubres, contaminando el medioambiente, creando ciudades insanas, promoviendo estilos de vida, alimentación y relaciones sociales incompatibles con la salud mental y física, etc. Bajo mi punto de vista, este ha sido y es el principal motivo por el que resulta tan difícil hablar de clases sociales en el mundo de la medicina con fuertes raíces clasistas. En una sociedad regida únicamente por las reglas del mercado, las clases altas tienen el camino libre para tomar decisiones que pueden afectar negativamente a la salud colectiva. El Estado y su Gobierno es un actor fundamental en esta dinámica: como instrumento o como neutralizador de estos intereses de clase. Está demostrado que determinadas políticas públicas (fiscales, educativas, sanitarias, sociales, laborales, medioambientales, urbanísticas, etc.) pueden mitigar y corregir estas desventajas para la salud, determinadas por la clase social de origen.

## Bibliografía

- [1] Hauser, Philih (1979). *Madrid desde el punto de vista médico-social (1902)*. Edición de Carmen del Moral. Editora Nacional, Madrid. Segunda parte. Pp. 92-93.
- [2] Black, G. (1982). *Inequalities in Health: Black Report*. Pelican Series, Penguin Books.
- [3] Harnecker M. (1975). *Los conceptos elementales del materialismo histórico*. S XXI Editores.
- [4] Grupo SEE y Grupo SEMFyC (2000). *Una propuesta de medida de la clase social*. Atención Primaria. 25: 350-63.

- [5] Informe "Políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Recomendaciones de la Comisión". Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social. (Pendiente de publicación).
- [6] Segura del Pozo, J. (2013). *Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010)*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Pp. 135-148. Accesible en: [http://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2013/09/desigualdades-sociales\\_final.pdf](http://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2013/09/desigualdades-sociales_final.pdf)
- [7] *Estudio de Salud de la ciudad de Madrid 2005*. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- [8] Requena, Miguel (2011). "Estratificación y clases sociales", Capítulo V. En *Informe España 2011*. Fundación Encuentro. Accesible en: [http://www.fund-encuentro.org/informe\\_espana/descargar.php?id=2011-C5](http://www.fund-encuentro.org/informe_espana/descargar.php?id=2011-C5)
- [9] Bell, Daniel (1964). *El fin de las ideologías*. Editorial Tecnos; Bell, Daniel (2006). *El advenimiento de la sociedad post-industrial*. Alianza Editorial.
- [10] Segura del Pozo, J. (2012). *Las clases sociales en la España del siglo XXI (V): El nuevo proletariado*. Blog "Salud Pública y algo más". 23 agosto 2012. [http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2012/08/23/133439](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/08/23/133439)

## Figuras (textos)

2. Distribución del estado de salud percibido según la clase social, en hombres y mujeres. España 2006. Porcentajes estandarizados por edad. Fuente: ENS 2006, reproducido en el *Informe de la*

*Comisión para reducir las Desigualdades en salud en España.* Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.

3. Prevalencia de los principales problemas o enfermedades crónicas en los últimos 12 meses por clase social (Clases sociales I y II: más favorecidas; Clases sociales V y VI: menos favorecidas). Población 15 y + años. España, 2011-2012. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE 2011-2012.

# INMIGRACIÓN, MINORÍAS ÉTNICAS Y SALUD

Patricia Escartín Lasierra · Luis Gimeno Feliu

«¿Puede un objeto inmóvil hablar sobre personas en continuo movimiento? ¿Puede algo inerte hablar sobre la(s) vida(s)? Desde que llegué aquí han sido muchas las vidas de las que he sido testigo mudo. Muchas son las penas y alegrías que he compartido, casi sin quererlo, fijo en esta plaza. Muchas veces recuerdo con nostalgia mi parque, a la sombra de ese árbol centenario. Dejaron morir al árbol y a mí me trasladaron aquí, a pleno sol en verano y con las embestidas del cierzo en invierno. Me voy deteriorando poco a poco, pero aquí sigo. Soy fuerte, como estos chicos que se acercan y que a veces me recuerdan a mí».

«A Mamadou lo conozco desde que llegó. Abdou lo esperaba aquí mismo. Venía cansado, con apenas una mochila a los hombros, con una mirada de ilusión y miedo. No sé ni cómo llegó hasta aquí, pero seguro el viaje fue muy largo. Sin embargo, es un chico sano. Todos sus compañeros lo son cuando llegan y les ves abrazarse alegres y apoyarse cuando las cosas no van tan bien. Cuando oigo esos comentarios como "si es que estos inmigrantes nos quitan hasta la sanidad... Lo que tenemos que esperar en el médico y sobre todo en urgencias por su culpa...", se me retuercen las entrañas. ¡Si estos chicos no van casi nunca al médico!».

**L**os/as inmigrantes<sup>1</sup> en general son personas jóvenes y sanas. Presentan un patrón similar de patologías que la población

---

1 En este punto sería bueno pararse a cuestionar el trasfondo ideológico que toda enunciación puede llevar aparejada. Migrante, inmigrante, extranjero,

autóctona española [1] pero con menor frecuencia de las enfermedades. Esto lleva a que su carga de morbilidad global sea más baja. Por poner un ejemplo, ajustando por edad y sexo, las personas inmigrantes tienen mucha menor probabilidad de padecer hipertensión, diabetes o de tener hipercolesterolemia.

Pero no solo se ha visto que tienen menos enfermedades. Numerosos estudios en múltiples países han estudiado la mortalidad. En relación con la población española, la mortalidad de las personas inmigrantes es un 8% más baja [2]. Esto ya se había visto en muchos otros países como EEUU [3], Alemania [4] [7] o Canadá [8].

En general, la población inmigrante que llega a un país es joven y en condiciones de trabajar, con un estado de salud mejor que la media de su país de origen y también que la población de los países de acogida. Este fenómeno es conocido como "efecto

---

persona que migra... son palabras con múltiples matices y con definiciones que van desde lo sociológico (inmigrante) hasta lo legal (extranjero). ¿Cuándo se deja de ser inmigrante? ¿Los/as hijos/as de padres inmigrantes nacidos en España son inmigrantes, son segunda generación?, ¿los/as ejecutivos/as estadounidenses que viven en Madrid serían inmigrantes?, ¿y los/as jubilados/as alemanes residiendo en Baleares? Las palabras no son neutras. Como dice MM Rico i Busquets: «Inmigrante solamente es aquel que está destinado a ocupar los peores destinos del sistema social que lo acoge». Otras interesantes reflexiones podéis encontrarlas en <http://www.sindominio.net/desobeint/?-q=node%2F79>. Tres artículos son fundamentales a la hora de manejar estos conceptos en investigación: Perruchoud, R.; Redpath-Cross, J.; *Glossary on migration*. Second ed. Genova: IOM; 2011. Malmusi, D.; Jansa, J. M.; del Vallado, L. (2007). "Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero". *Revista española de salud pública* 81(4): 399-409. Loue, S.; Bunce A. (1999). "The assessment of immigration status in health research". *Vital and Health Statistics. Series 2: Data Evaluation and Methods Research* (127): 1-115.

del inmigrante sano". El estudio de este fenómeno nos puede ayudar a detectar qué factores lo producen para intentar mantenerlos en la población inmigrante y potenciarlos en las poblaciones de acogida [9].

La relación entre buena salud de los/as inmigrantes a pesar de su bajo nivel socio-económico ha sido demostrada en general en todos los estudios anteriores pero es especialmente interesante en el artículo de Stratton [10] donde constatan que los/as inmigrantes en Canadá tienen más esperanza de vida que los nativos y que en ambos casos los quintiles más pobres (el 20% más pobre de la población) están peor que los más ricos (el 20% más rico de la población) pero en inmigrantes la diferencia es menor.

De hecho, el fenómeno migratorio supone de alguna manera una fuga de "cerebros" y de "capital de salud" de los países empobrecidos a los países de acogida. Es una expresión más de un sistema global neoliberal que enriquece a unos pocos empobreciendo a muchas personas y sociedades. Detrás de los procesos migratorios hay relaciones estructurales de dominación y poder que no pueden obviarse.

«De todas formas, ser negro en esta ciudad, como en casi todas a este lado del mundo, supongo, no es nada fácil. Desde aquí no controlo todo el barrio, pero conozco algunas de las penurias por las que pasan estos chicos por su condición de "sin papeles". Las dificultades para acceder a un puesto de trabajo, casi siempre en condiciones de explotación y, por supuesto, sin contrato. Las persecuciones, las identificaciones rutinarias, las amenazas (a veces cumplidas) de deportación. La ansiedad y la pobreza. A algunos de ellos les he visto deteriorarse (como yo) a consecuencia de esta mala vida. Esta situación de crisis socio-económica que nos atraviesa, aún les afecta más».

La población inmigrante es un grupo heterogéneo, desde aquellas personas integradas dentro de la sociedad en la que viven, contribuyendo a la misma (no sin dificultades) económica, social y culturalmente, hasta aquellas cuyos derechos no son respetados, generalmente en "situación administrativa irregular"<sup>2</sup> (porque ningún ser humano es "ilegal") y que a menudo necesitan la protección de sus derechos humanos [11]. En general, ésta se encuentra expuesta a peores determinantes sociales (tanto los estructurales como los intermedios) que impactan directamente en su salud. A nivel estructural, suele estar encuadrada en las clases sociales bajas y tiene un bajo nivel de poder en las sociedades de acogida donde incluso muchos de los derechos políticos les son negados (como el derecho al voto en elecciones). Todos estos factores son, si cabe, más negativos en los inmigrantes "sin papeles" o "en situación administrativa irregular". Otros subgrupos de inmigrantes que sufren más intensamente los aspectos negativos de los determinantes sociales son la población refugiada y las víctimas de trata.

En cuanto a los determinantes sociales intermedios las personas inmigrantes suelen tener salarios más bajos, peores viviendas,

---

2 Extranjeros/as en situación administrativa irregular son aquellos/as que no tienen un permiso en vigor para residir en España. Es una falta administrativa y no un delito. Estas personas no son solo aquellas que han entrado en España de modo "irregular", sino también aquellas a las que les ha caducado el visado con el que entraron y aquellas que han tenido permisos de residencia en regla pero en el momento de tener que renovarlo (dependiendo de la situación personal esto puede tener que hacerse incluso anualmente), no tienen un contrato en vigor. Este último caso es lo que se denomina "situación de irregularidad sobrevenida" y afecta a miles de extranjeros que llevan años viviendo y trabajando entre nosotros.

mayor precariedad laboral y mayores tasas de desempleo... [12]. Finalmente también padecen dificultades en la accesibilidad al sistema sanitario que debería, en teoría, ser equitativo. Otra visión a tener en cuenta es la de género. En general también las mujeres inmigrantes tienen peores indicadores de salud [13]. Esta realidad es un ejemplo más de interseccionalidad donde se comprueba que distintos ejes de desigualdad coexistentes (género, raza, clase social, nacionalidad...) pueden potenciar sus efectos negativos. No obstante, estas circunstancias deben analizarse persona a persona ya que la población inmigrante es diversa y heterogénea (como la española) y cada historia de vida es única y dinámica [14].

Todos estos estudios nos confirman que estas saludables personas (inmigrantes) al llegar a los países de acogida sufren con una gran intensidad los aspectos negativos de sus determinantes sociales de la salud. De esta manera, esta buena salud inicial va empeorando con el paso de los años de estancia en los países de origen con una gran rapidez [1] [13] [15] [16].

Es pronto para saber la repercusión de la actual crisis-estafa<sup>3</sup> sobre la salud de la población inmigrante, pero ya se han

---

3 "No es una crisis, es una estafa" es una frase que resume la opinión de muchos economistas sobre la situación. En una entrevista a Juan Torres, catedrático de Economía Aplicada de la Universidad de Sevilla, se explicaba ante la pregunta de ¿Por qué califica usted esta crisis como una estafa?: «Ha sido una gran estafa. Estafa de los bancos que inundaron el mundo de hipotecas sin garantías y de porquería financiera. Estafa de los organismos internacionales y la mayoría de los bancos centrales y gobiernos que han creado las condiciones para que los bancos se forren. Estafa de analistas y académicos que proclamaron las virtudes del libre mercado y de la desregulación de las fianzas. Estafa de los líderes políticos que primero dijeron no haberse enterado de nada; luego, ante la gravedad de lo que sucedía, afirmaron que iban a cambiar las cosas, más tarde inventaron excusas como la gripe A o la amenaza terrorista para que los

publicado estudios que demuestran este deterioro en nuestro país y lo lógico es que asistamos a un empeoramiento de los indicadores de salud global en estas poblaciones en los próximos años [12].

Esta situación de vulnerabilidad se incrementa especialmente en este colectivo con la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012 [17], de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Este cambio de la normativa se traduce en que la atención sanitaria ha pasado de ser un derecho de la ciudadanía a depender de ser cotizante a la Seguridad Social. Con este Real Decreto-Ley (RDL) se ha limitado el acceso a los servicios sanitarios públicos a parte de la población en situación de vulnerabilidad, muy especialmente a las personas inmigrantes "irregulares", que solo tienen derecho a asistencia en caso de urgencia, mujeres embarazadas o menores de 18 años. La aplicación de esta normativa ha sido desigual según territorios, aunque se salta los principios de universalidad (para todas), equidad (dar a cada persona la atención que precisa) y justicia (todas las personas tenemos los mismos derechos independientemente de nuestro lugar de origen). Además se da la cruel paradoja de que en este momento las personas inmigrantes "sin papeles" son excluidas de un sistema sanitario al que están contribuyendo a mantener con

---

ciudadanos miraran a otra parte y no salieran a la calle y, finalmente, actuaron con el principio de que para salvar la economía había que salvar primero a los bancos que la llevaron al desastre. Estafa de los poderosos del planeta que provocaron este problema gigantesco sin asumir ni pagar sus responsabilidades y que, como siempre, han hecho que las personas débiles y pobres sean quienes sufran y paguen sus criminales destrozos».

sus impuestos (por ejemplo cuando pagan el IVA en todas sus compras)<sup>4</sup>.

A día de hoy no podemos determinar con precisión los efectos de la puesta en marcha de este RDL, aunque sí podemos afirmar las nefastas consecuencias que tiene para los inmigrantes en situación irregular, dificultando el control de enfermedades crónicas, el diagnóstico y tratamiento de posibles patologías o las medidas de prevención y promoción de la salud. En el informe REDER ya hay constancia de la pérdida de universalidad del sistema sanitario con la entrada en vigor de este RDL [18]. Asimismo, en un informe presentado por la campaña REDER se detallan más de 1.500 casos de incumplimientos en España del Derecho a la atención sanitaria a la población inmigrante [19]. En caso de enfermedades infecciosas no diagnosticadas, no tratadas ni controladas, podría traducirse en un problema de salud pública generalizado. Cualquier legislación que aumenta el temor de las personas inmigrantes indocumentadas a que los equipos de salud puedan informar a las autoridades de inmigración, puede aumentar, por ejemplo, la incidencia de tuberculosis [20].

---

4 Muchas personas siguen pensando que la Sanidad Pública se financia por "cotizaciones" o por "la Seguridad Social". Nada más lejos de la realidad. El Sistema Nacional de Salud Español es financiado a través de los impuestos generales del Estado como lo es la educación, la seguridad ciudadana, la construcción de grandes infraestructuras... Estos impuestos que recauda el Estado provienen de distintas fuentes: el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), el Impuesto sobre Sociedades, el Impuesto sobre el Patrimonio, el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA)... Este último es pagado también por inmigrantes en situación administrativa irregular.

La limitación al acceso a la Atención Primaria como puerta de entrada del sistema, supondrá un mayor uso de las urgencias, atención más cara para el sistema, y dificultará la continuidad de la asistencia. La propia Agencia de la Unión Europea para los Derechos Fundamentales publicó el estudio *Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation* donde se demuestra que excluir a la población inmigrante del sistema sanitario supone más costos para las sociedades que lo practican [21].

En resumen, las personas inmigrantes en general son más sanas que la población de acogida. Esto se debe fundamentalmente a que vienen "muy sanos" y tienen mejores estilos de vida a su llegada. No obstante, con el paso de los años esta salud irá empeorando debido a la repercusión de los determinantes sociales de la salud en sus vidas. De lo que se deduce que, en general, será más importante valorar y mejorar estos determinantes sociales que abordar su atención sanitaria desde un punto de vista de su condición o no de inmigrante-extranjero.

«Si hay algo que me gusta, son los cotilleos. Los alparceos, que decimos aquí. Me gustan las vecinas que se sientan a hablar de sus cosas. Me gustan sus historias y cómo tejen la vida del barrio».

«Hoy ha venido María. Otra vez le duelen las rodillas. Otro día más que ha estado en el médico. ¡Qué paciencia que tiene que tener con esta mujer! Aunque claro, su vida tampoco ha sido fácil. Rondará los 60 años, aunque aparenta unos cuantos más. Madre de cinco hijos, uno de ellos en la cárcel, por asuntos de drogas. Abuela de 3 nietos. Bisabuela de una, ¡con su edad! Suele venir aquí porque le duelen las rodillas. Yo creo

que le sobra peso, pero como tampoco entiendo de estas cosas no me atrevo a opinar. Suele ir al Centro de Salud a mirarse la tensión y el azúcar y a contarle sus penas al médico o a la enfermera cuando aquí no llegan las vecinas. Su marido falleció muy joven, de un infarto, y ella se ha tenido que encargar de la familia».

Para las mujeres mayores gitanas existe una fuerte asociación entre estar enferma y ser atendida por el médico, idea de la que parten sus expectativas y experiencias de uso de la Atención Primaria. Se establece un nivel de confianza tal que a menudo trasladan la responsabilidad del cuidado de su salud hacia el médico, derivando en una dependencia del sistema sanitario y una gran pasividad en la modificación de estilos de vida [22]. Esta situación se ve incrementada por los determinantes sociales que afectan a la salud y limitan la equidad en la atención sanitaria.

Los principales motivos de consulta son derivados de dolores osteomusculares, problemas mentales, hipertensión y diabetes [23]. En España, con datos desagregados por sexo y edad, dichos problemas son mucho más prevalentes en mujeres gitanas mayores de 55 años que en la población general y que en hombres gitanos [24]. Las mujeres gitanas tienen un riesgo potencial mayor de exclusión social (y por ende, de enfermar) dado que se enfrentan a una doble discriminación: ser mujeres en una sociedad patriarcal y por pertenecer a una minoría étnica. Además, existen manifestaciones de desigualdad dentro de la propia cultura gitana que, al igual que todas las culturas, pero con rasgos específicos, tiene valores de género que han estado asociados tradicionalmente a la función social de madres y esposas [25].

El estado de salud percibido está asociado con diferentes aspectos de la posición social como son el nivel educativo, el grupo

socioeconómico o el grupo étnico de pertenencia. Cuanto peor es la posición social más probable es que se describa el propio estado de salud como malo o muy malo y, al mismo tiempo, también es más probable contar con elevadas tasas de mortalidad para diferentes causas de fallecimiento [26].

Según el estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España del 2006, la valoración del estado de salud percibido en la población gitana es peor que en población general a partir de los 35 años en ambos sexos. En los hombres mayores de 55 años un 33,4% de los gitanos describe su salud como buena o muy buena, frente al 52,3% de la población general. En ésta, las cifras son del 44,6% en clase social V (obreros manuales no cualificados) y 73,2% con los hombres en clase social I (profesionales asociadas a títulos universitarios de ciclo largo). En las mujeres mayores de 55 años el porcentaje desciende a 10,2% en las mujeres gitanas y a 38,5% en las mujeres de la población general. En clase social V se alcanza el 32,8% y en clase I el 59,6% de las mujeres de la misma edad.

La valoración del estado de salud percibido empeora de forma más acentuada y rápida conforme aumenta la edad en la población gitana, siendo las mujeres gitanas quienes más acusan el efecto de la edad y de vivir en viviendas no normalizadas. Residir en infravivienda o chabolas incrementa la prevalencia de algunas enfermedades, como es el caso de la hipertensión arterial, el asma y enfermedades del corazón en mujeres, y las hernias, depresión y otras enfermedades mentales en hombres.

La educación parece tener un efecto protector sobre el estado de salud percibido en la población gitana (hombres y mujeres). El nivel educativo se asocia a una menor probabilidad de padecer asma e hipertensión [27].

La pertenencia a un grupo étnico minoritario tiene una incidencia en la aparición de desigualdades de salud específicas. Estas desigualdades no solo ocurren sobre variables socio-económicas, sino también en el acceso a servicios de salud y su uso adecuado, por mala adaptación o incluso discriminación. En este sentido, si se tiene en cuenta que un alto porcentaje de la población gitana se encuentra en situación de exclusión social o vulnerabilidad [28], debemos entender que el porcentaje de población gitana afectada por la falta de equidad en salud también es importante. Además de las variables socio-económicas, hay que tener en cuenta que los valores culturales, hábitos y costumbres también influyen sobre su estado de salud y condicionan la forma de reaccionar y comportarse frente a la enfermedad [29].

«Por ahí viene Pedro. Es vecino de toda la vida de María. Parece contento. Viene del Centro de Salud. Ha empezado a acudir a un taller de Educación Para la Salud grupal “para cuidarse lo del azúcar”. Dice que en el grupo “hay mucho viejo” pero que se ha encontrado a otro hombre que tiene más o menos su edad. Se llama Thami. Le sonaba del barrio, pero hasta ahora no lo conocía. Los dos han sido diagnosticados hace poco de diabetes tipo 2 y andan un poco despistados, así que animados por su enfermera (son del mismo cupo de pacientes) han empezado el taller. Solo llevan un par de sesiones, pero han aprendido bastantes cosas nuevas. Thami le ha contado algunas malas experiencias en el uso del sistema sanitario que le han hecho sentirse un ignorante y un enfermo, pero ahora está alegre de participar en un grupo con otras personas de su barrio. Disfrutan aprendiendo unos de otros y su diversidad cultural también les ha ayudado a mejorar sus estilos de vida. El arroz con verduras “al estilo africano” se ha convertido en uno de los platos favoritos de las participantes

en el taller. Thami ha descubierto nuevas verduras, como las borrajas y entre unas y otros se apoyan y se aconsejan. A Pedro le sorprende lo que se parece a Thami, “¿quién me iba a decir a mí, a mis cincuenta años, que iba a tener tantas cosas en común y hacerme amigo de un negro?” –le cuenta a María».

La historia de Thami, como hemos comentado anteriormente, es la de muchas personas inmigrantes. Resulta complicado adaptarse a un nuevo lugar, con diferente lengua, diferente cultura y servicios sanitarios. Todas estas barreras (incluidas aquellas que le han hecho sentirse como ignorante o ignorado) pueden contribuir al deterioro de la salud, mediada por estrés, así como a través de una reducción de la calidad de la atención de salud y el acceso limitado a los servicios de salud y otros recursos de protección y promoción de la salud. La adaptación a estas nuevas “reglas de juego” suele depender de la red social, del apoyo con que cuenten (o no) estas personas y de la existencia o no de políticas públicas reales de adaptación de los servicios sanitarios a la diversidad.

Es frecuente que conforme pasan los años en el país de acogida y según evolucionen sus condiciones socioeconómicas, evolucionará su estado de salud. Así transcurren en paralelo las vidas y el estado de salud de Pedro y Thami: ambos pertenecen a una clase social baja, con estudios primarios, trabajadores manuales y con situaciones de empleabilidad precarias (contratos temporales, bajos salarios...). Estas circunstancias les hacen enfermar a ambos, sin importar su lugar de nacimiento. Cada historia de vida es única e irreplicable. Pedro y Thami van a compartir muchos de los determinantes que pueden afectar a su salud tanto en lo positivo como en lo negativo. Viniendo de orígenes distintos y con puntos de partida de nivel de salud en ocasiones muy diversos, con el paso de los años sus resultados finales en salud van a confluir (po-

siblemente, en su caso, de una manera negativa). Pedro y Thami comparten muchos más condicionantes entre sí que con algunos de sus compatriotas que viven en otros barrios o países y cuyas vidas en nada se parecen a las suyas (ni su trabajo, ni el estado de sus viviendas, ni sus relaciones sociales, ni los barrios o ciudades que habitan). Dos personas en riesgo de exclusión social (o dos personas pertenecientes a clases sociales altas) se parecerán más entre sí, en cualquier lugar del mundo, que aquellas que aun siendo de la misma procedencia pertenezcan a estratos sociales diferentes. Nuestro estado de salud se relaciona más con factores socio-económicos que con nuestro país de procedencia.

«Cae la noche y me han dejado solo. Pasa el tiempo y aquí permanezco. Testigo inmóvil de éstas y otras tantas vidas que se cruzan justo en este punto. Las espío, las sigo, incluso a veces me siento parte de ellas. Pero solo soy un banco. Uno de los pocos que quedan. Un banco cualquiera, de una plaza cualquiera, de un barrio cualquiera, de una ciudad cualquiera a este lado del mundo».

## Bibliografía

- [1] Gimeno-Feliu, L. A.; Calderon-Larranaga, A.; Diaz, E.; Poblador-Plou, B.; Macipe-Costa, R.; Prados-Torres, A. (2015). "The healthy migrant effect in primary care". *Gaceta Sanitaria* 29(1): 15-20.
- [2] Universidad Complutense de Madrid - Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia (2009). *Mortalidad y principales causas de muerte en la población inmigrante residente en España, 2001-2005*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración. 114 pp.

- [3] Singh, G. K.; Hiatt, R. A. (2006). "Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979-2003". *International Journal of Epidemiology* 35(4): 903-19.
- [4] Razum, O. (2006). "Commentary: of salmon and time travellers musing on the mystery of migrant mortality". *International Journal of Epidemiology* 35(4): 919-21.
- [5] Razum, O.; Twardella, D. (2002). "Time travel with Oliver Twist – towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants". *Tropical medicine & international health: TM & IH* 7(1): 4-10.
- [6] Razum, O.; Zeeb, H.; Akgun, H. S.; Yilmaz, S. (1998). "Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect?". *Tropical medicine & international health: TM & IH* 3(4): 297-303.
- [7] Razum, O.; Zeeb, H.; Rohrmann, S. (2000). "The 'healthy migrant effect' –not merely a fallacy of inaccurate denominator figures". *International Journal of Epidemiology* 29(1): 191-2.
- [8] Gushulak, B. D.; Pottie, K.; Hatcher Roberts, J.; Torres, S.; DesMeules, M. (2011). "Migration and health in Canada: health in the global village". *CMAJ* 183(12): E952-8.
- [9] Uretsky, M. C.; Mathiesen, S. G. (2007). "The effects of years lived in the United States on the general health status of California's foreign-born populations". *Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health* 9(2): 125-36.
- [10] Stratton, J.; Mowat, D. L.; Wilkins, R.; Tjepkema, M. (2012). "Income disparities in life expectancy in the City of Toronto and Region of Peel, Ontario". *Chronic Diseases Injuries in Canada* 32(4): 208-15.
- [11] International Organization for Migration (2013). *International migration, Health and Human Rights*. Geneva, Switzerland: International Organization for Migration.

- [12] Vazquez, M. L.; Vargas, I.; Aller, M. B. (2014). "Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014". *Gaceta Sanitaria* 28 Suppl 1: 142-6.
- [13] Malmusi, D.; Borrell, C.; Benach, J. (2010). "Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin". *Social Science and Medicine* 71(9): 1610-9.
- [14] Mladovsky, P. (2007). "Migration and health in EU health systems". *European Observatory* 9: 1-2.
- [15] Fuller-Thomson, E.; Noack, A. M.; George, U. (2011). "Health decline among recent immigrants to Canada: findings from a nationally-representative longitudinal survey". *Canadian Journal of Public Health* 102(4): 273-80.
- [16] Rechel, B.; Mladovsky, P.; Ingleby, D.; Mackenbach, J. P.; McKee, M. (2013). "Migration and health in an increasingly diverse Europe". *The Lancet* 381(9873): 1235-45.
- [17] Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (24/4/2012). *Boletín Oficial del Estado* núm 98, sec I; p. 31278. Disponible en: [http://www-boees/boe/dias/2012/04/24/](http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/).
- [18] Informe REDES (Septiembre 2014). "Registro Estatal para la Denuncia de la Exclusión Sanitaria. Yo SÍ Sanidad Universal". *Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria*. Disponible en: <http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/Informe%20REDES.pdf?mtime=1412027824>.
- [19] REDER (2015). "Radiografía de la reforma sanitaria". *La Universalidad de la Exclusión*.
- [20] Asch, S.; Leake, B.; Gelberg, L. (1994). "Does fear of immigration authorities deter tuberculosis patients from seeking care?". *The Western journal of medicine* 161(4): 373-6.

- [21] FRA-European Union Agency for Fundamental Rights (2015). *Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation Luxembourg*. Available from: [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2015-cost-healthcare\\_en.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf)
- [22] Ramos-Morcillo, A. J.; Ruzafa-Martinez, M.; Fernandez-Salazar, S.; Del-Pino-Casado, R. (2015). "Expectativas y experiencias de uso de las mujeres gitanas mayores ante los servicios sanitarios de atención primaria". *Atención Primaria* 47(4): 213-9.
- [23] Solana, J. (2010). *La población gitana de Linares: situación actual y evolución durante las dos últimas décadas (1989-2009)*. Granada: Editorial Comares.
- [24] La Parra Casado, D. (2009). *Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Secretariado Gitano.
- [25] (2012). *Guía de intervención social con población gitana desde la perspectiva de género*. Fundación Secretariado Gitano.
- [26] Mackenbach, J. P.; Stirbu, I.; Roskam, A. J.; Schaap, M. M.; Menvielle, G.; Leinsalu, M. et al. (2008). "Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries". *The New England journal of medicine* 358(23): 2468-81.
- [27] (2006). *Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006*. Ministerio de Sanidad y Política Social y Fundación Secretariado Gitano.
- [28] (2014). *VII Informe FOESSA sobre Exclusión y Desarrollo Social en España*. Disponible en: [http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/descargas/VII\\_INFORME.pdf](http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/descargas/VII_INFORME.pdf)
- [29] García García, C. (2006). *Guía para la actuación con la comunidad gitana en los servicios sanitarios*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.

# RELACIONES DE PODER Y SALUD PÚBLICA

Juan Manuel Jiménez Martín

## Introducción

**E**n sentido sociológico, el concepto de poder hace referencia fundamentalmente a la capacidad de los seres humanos para imponer a otros su propia voluntad [1] [2], para influir en un determinado contexto. El poder está en todas partes y es inevitable [3], como es inevitable que todo poder genere resistencias, lo que implicará tener en cuenta el modo de mitigarlas. Y ahí radica la diferencia fundamental entre poder y autoridad; mientras que el poder se impone (de forma más o menos coactiva), la autoridad se otorga; se basa en la legitimidad del reconocimiento recíproco de unas relaciones de poder institucionalizadas. Las relaciones de poder son las relaciones de fuerza [4] que se despliegan en un determinado espacio social en pos de un interés específico. La política, como arte de conducir los asuntos de la polis [5] en una determinada dirección, es la lengua franca utilizada para civilizar las relaciones de poder.

La salud, en las sociedades complejas, dista mucho de ser un término que presente un significado unívoco. Especialmente des-

de que la Organización Mundial de la Salud la definiera como un "completo estado de bienestar físico, psíquico y social". A partir de ese momento, el concepto de salud incorpora tal amplitud de significados que prácticamente todo acontecimiento de la vida humana se podría redefinir como una cuestión de salud; o, potencialmente, enfermedad. Y con ello, la salud deja de referirse única y principalmente a un estado objetivo de alteración biofisiológica del organismo y alcanza un alto grado de construcción social. Así se explican las transformaciones actuales en los patrones de morbimortalidad (estrés, alteraciones de la conducta alimentaria, riesgos relacionados con las crisis del género, problemas inespecíficos de salud mental, enfermedades emergentes, etc.) que son determinados fundamentalmente por factores sociales y políticos [6] y por ello de difícil encaje diagnóstico y terapéutico en el tradicional paradigma biomédico. Se ha producido un desplazamiento del centro de importancia desde el signo (descrito por la objetividad de la mirada clínica) al síntoma (relatado por la subjetividad de el/la paciente). Lo importante ya no es cómo está sino cómo se siente el/la paciente, convertido ahora en usuario/a. Y por eso los sistemas sanitarios se dotaron de conceptos y métodos para medir no ya el "estado de salud" de sus pacientes sino su "salud percibida". Pero además, el ideal de alcanzar esta salud total tiene un alto valor simbólico y político al haberse convertido en el máspreciado objeto de deseo, en una actualización tecnificada de la vieja aspiración a la felicidad. Todo ello indica que la salud es, fundamentalmente, un fenómeno sociopolítico [7].

La relación entre poder, política y salud es densa (es mucho e importante lo que hay en juego), altamente compleja (porque establece puntos de interacción con un todo prácticamente inabarcable) y un espacio de máxima centralidad en la vida social

(casi todos los caminos llevan a la salud). Por tanto, constituye un punto de partida necesario para cualquier análisis de la salud pública contemporánea.

## El poder en el campo de la salud pública

La salud pública es una estrategia de poder. Su sentido va más allá de una aséptica preocupación diagnóstica y terapéutica por la salud de las poblaciones. Como macropolítica surgió de la necesidad de los Estados por mantener unos determinados niveles de control social con el objetivo de homogeneizar un conjunto de prácticas y valores relacionados con la higiene pública. Pero, a nivel de subpolítica [8] o micropolítica, el argumento salubrista también es utilizado por otros agentes para defender posiciones de poder (así lo hace la industria, la homeopatía y todo el elenco de terapias alternativas o los movimientos antivacunas, por ejemplo). Mantener a las poblaciones sanas, independientemente de lo que se quiera entender por ello, es siempre una decisión política, un acto de poder. De ahí la necesidad de analizar el campo sanitario no solo a partir de las lógicas internas dominadas por la perspectiva biomédica, sino también desde una lógica política que, de hecho, predomina más que la sanitaria o la científica<sup>1</sup>. De

---

1 En los debates en torno a la privatización de los servicios sanitarios, los niveles óptimos de cobertura sanitaria, la atención a inmigrantes o la gestión de las últimas epidemias mediáticas, prima más la lógica política que la sanitaria. En 2014, por ejemplo, una parte de la ciudadanía, enarbolando la bandera de la sensibilidad animalista, tomó las calles de Madrid para discutir cara a cara con las autoridades sanitarias qué decisiones se debían tomar respecto al control de riesgos biosanitarios (sacrificar o no a un perro previsiblemente

la misma forma que hoy tampoco sería posible entender el poder sin tener en cuenta el papel que juega la salud en su configuración y mantenimiento.

Pero el campo de la salud pública contemporánea sufre una crisis de sentido en la que se entrecruzan elementos políticos, científico-técnicos y sociales que alteran la estructura de relaciones de poder. Con la emergencia de nuevos patrones epidemiológicos, caracterizados por la gestión de la cronicidad y la emergencia de patologías nebulosas de difícil clasificación, cuando no directamente inventadas [9], el campo de la salud ha pasado de ser un campo de producción de bienes materiales (asegurar la vida en la tierra) a un campo de producción de bienes culturales de salvación (alcanzar la felicidad eterna). Este tránsito ontológico desplaza su eje de rotación: de atender a una mera voluntad de vivir a atender una ostentosa voluntad de poder [10] de las poblaciones (cuyas necesidades ahora pasan por la mejora de la comunicación, la gestión de riesgos inmateriales y epidemias virtuales, el cuidado de las sensaciones, la consolación de la psique y, en definitiva, la búsqueda de la realización personal). A todo ello habría que añadir un cierto déficit epistemológico de la salud pública ante los retos de la sociedad digital (lo que plantea problemas relacionados con la validez científica de la investigación salubrista). Esta curiosa singularidad resulta trascendental porque incorpora nuevos focos de tensión en el conflicto de intereses entre el aún fuerte poder de monopolio de la profesión médica y de la industria tecno-farmacéutica y el poder de la ciudadanía y otros elementos agentes (personas de la política, profesionales

---

infectado por ébola). Eso es hacer política (con independencia del juicio que merezca tal política).

de la gestión, la multitud de enfoques profesionales generados por la hiperespecialización, asociaciones, etc.), tanto dentro como fuera del campo sanitario que, con ello, se ha visto progresivamente invadido por intereses externos que ponen en riesgo su autonomía.

## **Las diversas estrategias del poder**

La salud pública se impone a través de la diversificación de sus estrategias según algunos principios básicos comunes al ejercicio del poder en las sociedades complejas. Para ello, se articula con otras estrategias de poder (la biomedicina, la psiquiatría, el deporte, la biopolítica, las religiones...) a través de procesos convergentes que se refuerzan mutuamente, con el objetivo común de construir un sujeto normalizado. Entre todas traman las relaciones de poder en el campo de la salud pública.

## ***El despliegue de lo micro y lo diverso***

Foucault habló de "microfísica del poder" en referencia a la capacidad de fragmentación del poder con vistas a hacerse presente en todas partes y de muchas formas, a colarse por cualquier rendija. El poder con mayúsculas se ha "sucursalizado" en pequeñas y múltiples fuentes. Se trata de un desplazamiento que va de lo uno a lo diverso y de lo macro a lo micro, hasta la nanofragmentación multiforme. La salud pública también lo hace mediante su atomización en "micropoderes" que aseguran en conjunto una mayor eficacia para sus fines. Por eso, el salubrismo como para-

digma ejerce su poder no solo mediante normativas y dispositivos específicos, sino también a través de la escuela, los medios de comunicación, la administración local, las redes sociales o los campamentos de verano...; en definitiva, de un amplio número de instituciones con las que establece alianzas de complicidad mutuamente interesadas. Un proceso en el que se diversifican los objetos, las estrategias de intervención, e incluso las propias autoridades sanitarias, que cada vez son más numerosas y diversas.

### ***Las estrategias del software***

Una de las transformaciones del poder más característica de la era postmoderna es el salto *soft*, que se refiere tanto a la suavidad de las formas como al nuevo formato "programa" que adopta el poder. Se pasa de una ruda imposición violenta al suave ejercicio de una invisible violencia simbólica [11] [12] muy centrada en el control emocional. El mandato salubrista de "manténganse sanos/as" es un ejemplo de cómo el poder actúa no directamente sanando o matando, reconduciendo o castigando la herejía, sino convenciendo, seduciendo. Y ello se ha combinado con la programación en serie personalizada: el poder adopta la forma *software*. El sujeto construye su identidad política y social, se programa, a partir de las posibilidades que ofrece el poder, aunque combinadas al gusto individual. La regulación normativa a través rígidas leyes es sustituida por sugerencias programáticas (le convendría hacer tal cosa); las autoridades sanitarias ya no imponen, simplemente recomiendan o aconsejan (consulte en su farmacia habitual). Se trata de programar una serie de algoritmos interpretativos que decodifican la realidad de acuerdo a los paradigmas e

intereses del poder. Y ello se consiguió mediante la reprogramación sutil, *soft*, de los *habitus*<sup>2</sup>.

### ***La activación del modo self***

Un paso más allá se dio después con la activación del modo *self*, que obedece al mandato de "gobiérnese usted mismo/a". La clave está ya no solo en que las personas gobernadas se autoconstruyan, sino también en que se autocontrolen. Más que anular las resistencias se trata de evitar que emerjan. La línea argumental sería esta: no te resistes al poder que imponen las normas, te resistes a ti mismo/a. Se reinterpretan las resistencias como auto-resistencias. Supone un cambio metodológico en el arte de gobernar que no solo invisibiliza los actos de poder, sino que los reconvierte en forma de deseos de los propios gobernados. Todo un conjunto de técnicas se han desarrollado para tal fin. Las "tecnologías del yo" contribuyen a esta autorregulación interiorizada o "gubernamentalidad" [13] [14] conseguida a través de mil argucias (la literatura de "autoayuda", por ejemplo) que conforman *habitus* orientados al autocontrol total de la vida, la aspiración máxima del biopoder.

La educación para la salud, las escuelas de pacientes, las tecnologías sanitarias de información y formación, etc., responden a este tipo de estrategias de activación del modo *self*, que siguen

---

2 Los *habitus* son esquemas socialmente incorporados de percepción y de acción. Son predisposiciones que orientan las prácticas sociales de los sujetos o agentes, no de una forma mecánica, sino en continua interacción con la estructura del campo en el que despliegan (Bourdieu, 2008).

la lógica del "cúrese/protéjase a sí mismo/a". Se basan en procesos de "investidura del/de la paciente" por parte de los agentes más poderosos en el campo de la salud, que tienen la facultad de designar, de instituir, a través de transferencias de información. Dicho "nombramiento" es en sí mismo un acto de poder que marca un hecho fundacional a partir del cual se legitiman acciones diagnósticas (te declaro) e intervenciones terapéuticas (habrá de hacerse sobre ti) que conllevan poder. En suma, el empoderamiento es un acto simbólico y fáctico de reforzamiento del poder que detenta el empoderador. La facultad de nombrar, la fuerza creadora del verbo. Con estas estrategias, el poder actúa y se legitima a un mismo tiempo.

### ***La conquista de la psique***

Una de las novedades más interesantes respecto a las mutaciones del poder tiene que ver con el salto definitivo a la psique. Los procesos de psicologización de lo social [15] están redireccionando o reinterpretando casi todos los problemas de la vida como problemas psicológicos. Y este discurso psicologicista no es nada inocente, tiene conexiones claras con el poder. Pretende esconder tras la existencia de unos supuestos psíquicos universales una verdadera filosofía política que se desconoce como política [16]; enmascarar la política para que no parezca tal.

Byung-Chul Han [17], en un intento de avanzar más allá de lo que Foucault llegó, ha definido esta nueva estrategia de poder como "psicopolítica". Al poder ya no le interesa tanto la socialización del cuerpo, lo biológico, lo somático, la política corporal. El psicopoder, en sintonía con un capitalismo de producción de

bienes inmateriales, ha descubierto la psique como fuerza productiva. La productividad se incrementa mediante la "optimización mental" y, para ello, toda la inmensa red de tecnología digital accesible proporciona el *software* adecuado.

## ***Alquimistas del lenguaje***

De manera superpuesta a las estrategias anteriores, el poder explota e intensifica la polisemia del lenguaje. Las relaciones de poder se articulan a través de estrategias lingüísticas basadas en una permanente manipulación del sentido de las palabras y en el abuso del lenguaje políticamente correcto en función del juego de intereses [18]. De esta forma ya casi nada "es" porque el lenguaje lo transforma todo. Y la política se convierte en una efímera coreografía de palabras sin semántica.

Como resultado de todo ello se generan textos tan bellos como vacíos. Son "grandes declaraciones políticas" que llevan inscritas en sí mismas las condiciones para su incumplimiento<sup>3</sup>. La recomendación del Informe relativa al aumento de la inversión para el abordaje de los determinantes sociales de la salud es un buen ejemplo de cómo se absorben las resistencias al poder: disolviéndolas. Se trata de propuestas programáticas que son, por definición, papel mojado. Mientras que una Secretaría de Estado

---

3 Así ocurre, por ejemplo, en gran parte de las Recomendaciones plasmadas en una de las formulaciones políticas de importancia para el análisis de la relación entre poder y salud: el *Informe de la Comisión para reducir las desigualdades en Salud en España*, del Ministerio de Sanidad y Política Social (en adelante, el Informe) [19].

las firma, otra aprueba un recorte de financiación o una política contraria, no ya en los determinantes de la salud, sino en la propia salud y en la vida (en la asistencia, en la vivienda)<sup>4</sup>, por lo que no dejan de ser únicamente grandes desiderátums. Su función es esa, ser un escudo que neutralice las reivindicaciones sociales bajo la bandera del "todos lo queremos". Así, se desideologiza el debate entre lo deseado y lo posible. Las demandas sociales, al pasar por estas "pantallas del deseo expresado" que son las Declaraciones, se convierten en una especie de neutrinos que, ya sin masa, no pueden interactuar con lo político. En suma, la función de las "grandes declaraciones" es expresamente desactivar la política.

Una de esas declaraciones sedantes es el discurso acerca de la participación social, cuya finalidad última tiende fundamentalmente a la legitimación política. No suele haber tanta participación real. El poder manipula y desvirtúa conceptos socialmente aceptables en función de sus intereses. Y da igual el poder de que se trate. Por ejemplo, en el Informe se recomienda la incentivación de presupuestos locales participativos para mejorar la disponibilidad de recursos de las poblaciones, pero olvidando el poco margen de acción del nivel local en términos macroeconómicos. Por tanto, estos aparentes espacios de poder ciudadano corren el riesgo de convertirse en sedantes juegos que narcotizan la política. La participación social se desactiva, se virtualiza en formato Wii. Así, uno de los actos políticos más primarios, más cercanos a

---

4 Por ejemplo, mientras el Gobierno de España firma las Recomendaciones del Informe (*Prioridad alta*, nº 3, p. 32: «facilitar que las personas con menos ingresos puedan tener acceso a una vivienda digna»), el Ayuntamiento de Madrid (en manos del mismo partido político) vende viviendas de protección oficial (VPO) a fondos buitres.

las fuentes del Nilo de la democracia, se desvirtúa convirtiéndolo en una cuasi-ficción.

Otro ejemplo significativo de este uso estratégico y perverso del lenguaje lo constituye la recomendación del Informe para crear "un sistema de garantías de recursos mínimos para toda la población". Es una propuesta similar a la renta básica universal que proponen algunas corrientes económicas y formaciones políticas alternativas al neoliberalismo. Y una curiosa coincidencia que nos muestra la maleabilidad del lenguaje: lo que en un documento tiene el estatus de "recomendación técnica de prioridad media"<sup>5</sup> en otras posiciones discursivas se convertiría en "populismo". Son declaraciones que tienen un posicionamiento cuántico: pueden estar en varios sitios a la vez. Un mismo enunciado, dos interpretaciones. Pura alquimia.

## **El sentido político del control de la salud**

La principal consecuencia de la politización de la salud es que como "salud es casi todo", controlarla supone controlar el orden social. Con la peculiaridad de que este tipo de control ofrece menos resistencias por parte de los controlados porque el aura de cosa buena que recubre la salud legitima casi automáticamente cualquier esfuerzo por controlarla (no hay mal que por bien no venga; quien algo quiere algo le cuesta). Existen mil argumentos socialmente legitimados para reforzar el control por esta vía. Y por ese motivo, se invierten tantos esfuerzos en la construcción de esta densa normatividad sanitaria que nos gobierna mediante

---

5 En opinión del Gobierno de España, firmante de dicho Informe.

la reactivación incesante de un deber ser y de un deber hacer; una voluntad normativa.

Una segunda gran consecuencia es que el control "sanitarista" absorbe la tensión política generada por las desigualdades sociales. Los servicios sanitarios y los dispositivos de salud pública enmascaran las desigualdades despolitizándolas. Conceptos como el de estilos de vida, riesgos o incluso variables aparentemente objetivas como la edad contribuyen a ello. Las desigualdades sociales se redefinen como desigualdades en salud y ya una vez en el campo sanitario éste actúa de acuerdo a su lógica. Con ello se "sanitariza" un problema netamente político. Con la ventaja de que la presión social sobre el campo sanitario es menor que sobre el político, porque todo el mundo entiende que los sistemas sanitarios están más para curar que para solucionar el gran problema sociopolítico de la estructuración de la sociedad en clases sociales. Por ello nadie se lo exige. Así, las demandas de solución política se desactivan y los desiguales se conforman con parches sanitarios: combatir la desigualdad a base de pastillas. La argucia del poder aquí es pretender convertir al sistema sanitario en agente de redistribución social, a sabiendas de que ello tendrá un menor coste en términos de resistencia política. Otro argumento para neutralizar las desigualdades sociales es la relativamente falsa relación entre información y poder<sup>6</sup>. En la era digital tener buena salud es estar bien informado. Con esta equivalencia se legitima el siguiente argumento falaz: dado que la clave está en la información y todo el mundo puede estar informado, quien no lo esté lo hace bajo su responsabilidad. Y, por ende, quien no esté sano es

---

6 Tal y como se plantea en el Informe y en otras grandes declaraciones políticas [20].

porque no quiere. Las desigualdades ya no serían determinantes estructurales sino opciones individuales. Tras estas estrategias se oculta un doble desplazamiento de responsabilidades, desde lo político a lo sanitario, y desde el sistema al individuo.

En síntesis, el sentido político de la salud pública deriva de su poder como constructor de normalidad y anormalidad y de su función redistribuidora de las desigualdades sociales. Y ello supone un extraordinario aumento de la eficiencia del control social: al haber menos resistencias hay menos rozaduras y menor calentamiento político del sistema. Se consigue más control a menor coste político. Por lo que, desde el punto de vista del poder, resulta muy rentable controlar la salud.

## **A modo de conclusión**

La salud pública es una gran estrategia de poder. A través de la salud, el poder se inocular en cuerpos y almas activando en los sujetos procesos de reprogramación corporal, psicológica y relacional. Genera *habitus* autoprogramables y autorreparables, a la vez que se asegura la neutralización de las resistencias. Y la revolución tecnológica intensifica el efecto [21] [22] porque permite la construcción de un e-sujeto multi-identitario y sin intimidad: permanentemente expuesto en la nueva estructura de control panóptico de la era digital. El control de la salud, materializado en la medicalización, psicologización y, en último término, sanitización de la vida, se acerca mucho a una forma de control (o poder) total. Tal es así que, de hecho, el poder determina la salud: primero constituyéndola (la define, la configura, la dota de sentido) y después objetivándola como "normalidad".

No obstante –y por paradójico que resulte– es razonable asumir que haya ámbitos básicos de la vida social en los que las estrategias de salud pública serían inevitables. Es necesario y éticamente insoslayable actuar para evitar males mayores en las poblaciones. Las epidemias han sido históricamente la gran baza salubrista en este sentido. Lo siguen siendo hoy, quizá con mayor fuerza porque la revolución tecnológica, la globalización y las consecuencias de las sociedades del riesgo [8] [23] así lo dictan. Pero el problema es que a partir de ese núcleo esencial se pretenda abrir una amplia puerta de intervencionismo de tipo autoritario. Dar el salto desde la sugerencia hacia la violencia impositiva (por más que sea dulce) nos acercaría mucho a una situación de control máximo que choca frontalmente con valores democráticos centrales. Con ello, la autoridad se perdería. Solo quedaría el poder crudo, descarnado, coactivo... la pura dominación. Quizá esto refleje en parte la situación actual de la salud pública, que incrementa su poder mediante la convergencia con otras estrategias de control social pero pierde autoridad, a la vez que los ciudadanos pierden libertad.

¿Salubrismo o barbarie? No es una elección. La cuestión abierta es qué tipo de salubrismo queremos darnos. Y el mejor, sin duda, deberá estar basado en una legitimidad científica y democrática<sup>7</sup> antes que en una arbitrariedad interesada que traspase la

---

7 “Ciencia” y “democracia” no son conceptos libres de la acción de los alquimistas. De hecho, la ciencia se utiliza sistemáticamente por parte de la industria farmacéutica para legitimar su política de ventas (los conflictos de intereses en torno a la vacuna contra el virus del papiloma humano –por ejemplo– son ilustrativos al respecto). Y democracia es un término que con alta frecuencia adopta tintes demagógicos. Ello habrá que tenerse en cuenta si se quiere consensuar una definición legítima de “salubrismo bueno”.

frontera de una lógica racionalidad político-social a una moralidad pseudo-religiosa al servicio de cualquier despotismo sin lustre. Para bien y para mal, salubrismo es sinónimo de civilización [24] y la medicina ha sido siempre un elemento de la *paideia* [25] de la formación integral. Hace tiempo que el ser humano tomó las riendas de su propia evolución como especie y ello implica, necesariamente, controlar la producción de tan raros entes bio-culturales. El salubrismo es una parte importante de ese proceso productivo. Ser conscientes de ello podría ayudar a pensar en diseños evolutivos lo más agradables, críticos y éticos posible, nos haría partícipes conscientes de nuestra vida social. Se trataría, parafraseando a Dawkins [26], de llegar a una especie de acuerdo razonable entre “memes” discrepantes. Un equilibrio de poder. Al fin y al cabo, en las sociedades contemporáneas, la estabilidad de orden social depende de una compleja red de paradojas.

## Bibliografía

- [1] Weber, M. (2002). *Economía y sociedad*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- [2] Maquiavelo (2010). *El príncipe*. Madrid: Alianza.
- [3] Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- [4] Hobbes, T. (2006). *Leviatán: O la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- [5] Aristóteles (2000). *Política*. Madrid: Alianza Editorial.
- [6] Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003). *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*. Organización Mundial de la Salud.

- [7] Rodríguez, J. A. y de Miguel, J. M. (1990). *Salud y poder*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- [8] Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Madrid: Paidós.
- [9] Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.
- [10] Nietzsche, F. (1997). *Más allá del bien y del mal*. Madrid: Alianza.
- [11] Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- [12] Alonso, L. E.; Martín-Criado, E. y Moreno-Pestaña, J. L. (2004). *Pierre Bourdieu, las herramientas del sociólogo*. Madrid: Fundamentos.
- [13] Foucault, M. (2000a). *Tecnologías del yo. Y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- [14] Foucault, M. (2009). *Nacimiento de la biopolítica*. Madrid: Akal.
- [15] Álvarez Uría, F. (2005). "Viaje al interior del yo. La psicologización del yo en la sociedad de los individuos". *Claves de Razón Práctica*, nº 153.
- [16] Martín-Criado, E. (1998b). "Los decires y los haceres". *Papers* 56; pp. 57-71.
- [17] Han, B. C. (2014). *Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona: Herder.
- [18] Maffesoli, M. (2007). *En el crisol de las apariencias. Para una ética de la estética*. Madrid: Siglo XXI editores.
- [19] Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España (Mayo, 2010). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social.

- [20] Rodríguez, M. y Urbanos, R. (2008). *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*. Madrid: Elsevier.
- [21] Habermas, J. (2002). *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?* Barcelona: Paidós.
- [22] Castells, M. (2003). *La era de la información (vol. II). El poder de la identidad*. Madrid: Alianza editorial.
- [23] Giddens, A. (2008). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza editorial.
- [24] Elias, N. (1987). *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- [25] Jaeger, W. (2004). *Paideia: los ideales de la cultura griega*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- [26] Dawkins, R. (2014). *El gen egoísta*. Barcelona: Salvat.



# PRECARIEDAD LABORAL Y SALUD

Pablo Padilla Estrada · Javier Padilla Bernáldez

## Capital y trabajo

Cuando uno se enfrenta a un libro de Economía, independientemente de la escuela o la corriente teórica en la que se inscriba su autoría, en la mayoría de los casos se encuentra siempre con la misma división respecto a los factores de producción. Simplificando, hablamos del factor capital y el factor trabajo. La relación entre ambos fluctúa a lo largo del tiempo, no es unívoca y depende de numerosas variables. Buena parte de las tradiciones políticas y económicas han encontrado sus consensos y disensos en torno a la interpretación de dichos factores. No solo en el ámbito teórico-académico, sino que iniciativas políticas, culturales y sociales –quizá sin una reflexión previa– se posicionan y generan proyectos en base a la preeminencia, importancia y centralidad que consideran debe tener alguno de estos factores productivos y cómo deben interrelacionarse. Pero ¿por qué mencionar los factores de producción para hablar de precariedad y salud? Pueden parecer elementos inconexos pero de aquí en adelante veremos y analizaremos algunas cuestiones que ponen en evidencia la íntima relación que les une.

En 2011 ocurrió un hecho histórico en nuestro país: las rentas del capital superaron por primera vez, en peso porcentual del Producto Interior Bruto (PIB), a las rentas del trabajo. Si en la década de los 80, las rentas de los asalariados suponían el 53% del PIB, mientras que las rentas empresariales alcanzaban el 41% (el 6% restante correspondía a los impuestos a la producción); a finales de 2011, en el último trimestre, la renta correspondiente al trabajo se situaba en el 46% mientras que las rentas empresariales representaban el 46,2% del PIB. ¿Quiere decir que ha disminuido sustancialmente el número de personas trabajadoras? ¿Se explica este vuelco con las preocupantes tasas de paro que vivimos en nuestro país? Desgraciadamente no. Durante los años ochenta eran necesarios 9 millones de asalariados para sostener ese 53% del PIB mientras que para sostener el 48% del PIB que representaban en 2007 se requerían 18 millones de asalariados. Señala la UGT en su informe *La precariedad se extiende* [1] otro dato que ilustra esta tendencia: entre 2009 y 2014 la renta salarial ha perdido 39.000 millones de euros frente al incremento de 5.000 millones de la renta empresarial. Esta inversión del peso porcentual que corresponde a cada uno de los factores de producción sobre el PIB no es la enfermedad, es el síntoma de un fenómeno más profundo y subterráneo que afecta a quienes únicamente cuentan con sus cabezas y sus manos para ganarse la vida.

No nos encontramos ante un suceso fruto del azar o de la casualidad sino que está relacionado con el conjunto de políticas públicas, legislación laboral y transformaciones del mundo del trabajo que se han producido en las últimas décadas. Este proceso está enmarcado en el contexto de ofensiva neoliberal, encarnada inicialmente por Margaret Thatcher en Europa y Ronald Reagan en Estados Unidos, que desde finales de los años 70 sacude las socie-

dades y las economías occidentales. Supone una apuesta firme por deteriorar las condiciones laborales, restar capacidad de negociación al conjunto de los trabajadores/as y mercantilizar aspectos de la vida que, hasta ahora, quedaban fuera de los límites del mercado.

## Radiografía del mundo laboral en España

Nuestro país, al igual que el resto de país del Sur de Europa, ha sido considerado un laboratorio del neoliberalismo, en el que se han aplicado recetas económicas (y sociales) que profundizaban la apuesta anteriormente mencionada. Con gobiernos de diferente signo político se han sucedido reformas laborales, desprestigio –endógeno y exógeno– de las fuerzas sindicales, expansión de formas contractuales precarizadoras, desprotección laboral, reducción de la cobertura social... Más allá de las escandalosas cifras de paro actuales en España<sup>1</sup> y las siempre dramáticas cifras de desempleo crónico de nuestro país (24,8% de los desempleados llevan cuatro años o más sin trabajar)<sup>2</sup> hay otras estadísticas y realidades laborales, inexorablemente ligadas al modelo productivo y contractual, que son imprescindibles conocer para entender el panorama sociolaboral ante el que nos encontramos.

- **Salario Mínimo Interprofesional (SMI):** según el Comité Europeo de Derechos Sociales del Consejo de Europa, nues-

---

1 EPA II Trimestre 2016: 20% paro general, 18,4% paro en hombres, 21,8% paro en mujeres; 46,5% paro en menores de 25 años.

2 [http://economia.elpais.com/economia/2016/08/05/actualidad/1470428989\\_527849.html](http://economia.elpais.com/economia/2016/08/05/actualidad/1470428989_527849.html)

tro país incumple la Carta Social Europea (y su protocolo adicional) puesto que el Salario Mínimo Interprofesional «no garantiza un nivel de vida digno». Si esta afirmación no obliga a una reflexión en materia de política salarial, hay que añadir que según el análisis de Florentino Felgueroso [2] de los microdatos de la *Encuesta de condiciones de vida de 2016*, a fecha de 2015, 6,58 millones de trabajadores ingresaban menos del SMI anual (9.080€). Si extendemos la mirada más allá del SMI y nos fijamos en la evolución de los salarios en la última década, observaremos notables diferencias entre el sector público y el ámbito privado y entre los trabajadores/as indefinidos y temporales.

- **Temporalidad:** otra de las características más habituales para calificar como precarias las condiciones laborales. Nuestro país se caracteriza por una alta temporalidad, que algunos posicionamientos relacionan con el modelo productivo fomentado desde las instituciones públicas y otros con la ausencia de regulación. En cualquier caso es una de las señas de identidad de nuestro mercado laboral. A nivel estructural, España, con un 24% es el país de la Eurozona con mayor tasa de temporalidad frente al 15,3% de media<sup>3</sup>. A nivel coyuntural, durante los últimos años de la crisis el crecimiento exponencial<sup>4</sup> de los contratos temporales ha generado un panorama en el que más del 70%, algunos meses llegando incluso al 90%, de los nuevos contratos son de

---

3 Eurostat a cierre de 2014.

4 Según el SEPE, durante los últimos ocho años, los contratos de un día de duración han crecido un 102%.

carácter temporal. ¿Son incompatibles estos datos? En absoluto. Ambas afirmaciones son complementarias puesto que la primera hace referencia al porcentaje de temporales sobre el total de trabajadores/as de nuestro país mientras que la segunda indica el carácter de los contratos de nuevo cuño. Sumado a este panorama, hay que señalar cierta tendencia de los entes empleadores en España a recurrir al contrato temporal frente al contrato indefinido que es el que, por ley, debería activarse por defecto.

- **Contratación parcial:** podría decirse que esta forma de contratación, que incluye tanto de carácter indefinido como temporal, se ha puesto de moda. En 1995 solo representaban el 14,5%, ya en 2007 había aumentado al 20,97% y en enero de 2016 la cifra alcanzaba el 31,4%<sup>5</sup>. Lo más grave de esta modalidad de contrato es que no siempre responde al deseo de las personas trabajadoras, por lo que un alto porcentaje (61,9% en 2015 frente al 31,41% de 2007) es de carácter involuntario y ha sido firmado porque los/as empleados/as declaran "no haber podido encontrar un empleo mejor"<sup>6</sup>, fenómeno que se ve agravado en el caso de las mujeres, que firmaron 72% de los contratos a tiempo parcial de 2014<sup>7</sup>.
- **Horas extra:** si bien este aspecto no es exclusivo de nuestro sistema laboral, sí es cierto que el volumen de las ho-

---

5 Datos del INEM.

6 EPA de Diciembre de 2015.

7 Según la EPA.

ras extraordinarias y su tratamiento repercuten en la vida laboral de miles de personas. En el II Trimestre de 2016, según la Encuesta de Población Activa (EPA) más de la mitad (53,7%) de las horas extras realizadas no fueron compensadas ni en forma de salario ni en forma de tiempo. Así mismo, Comisiones Obreras (CCOO) denuncia que este volumen de horas no remuneradas equivaldrían a 156.000 empleos [3].

Estos son solo algunos de los elementos que componen la precariedad laboral en nuestro país. Además, deben ser leídos en un escenario laboral dualizado, en el que existe un abismo –cada vez menor por las sucesivas reformas laborales– entre trabajadores/as indefinidos/as y temporales, unas centrales sindicales sin credibilidad y con su tasa de afiliación en permanente descenso, la proliferación de ofertas de trabajo que vulneran numerosos derechos laborales y el permanente temor de quienes tienen empleo, de perderlo. En este escenario se produce el surgimiento de “nuevas formas sublaborales”. Son diversas y variadas pero cabe destacar una de ellas: los becarios y becarias. La figura del becario/a, que se pretende presentar como análoga al aprendiz medieval, ha irrumpido con fuerza en los últimos años en nuestro país. Esta irrupción se traduce, según datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, en un incremento del 250% (de 20.000 en el año 2013 a 70.000 en 2015) de los/as becarios/as con remuneración, por lo que el aumento será mayor si se incluyeran a aquellos que, por no recibir salario<sup>8</sup>, no cotizan

---

8 En el informe *The experience of traineeships in the EU* –publicado por la Comisión Europea–, se recoge que el 61% de los becarios en España no recibe

a la Seguridad Social. A diferencia de los contratos de prácticas, las personas becarias se caracterizan por la peculiaridad de que no se les reconoce una relación laboral, es decir, para el sistema no son trabajadoras, es por ello que muchos empleadores están recurriendo a esta figura para cubrir sistemáticamente puestos concretos o incluso para sustituir a trabajadoras indefinidas. Esto conlleva inseguridad jurídica, ausencia de cobertura, incumplimiento del Estatuto de los Trabajadores y los mínimos salariales, e incapacidad para hacer valer su posición en la estructura productiva. Existe otra figura, no exclusiva de jóvenes postuniversitarios, que merecería ser analizada con detenimiento, por estar muy relacionada con el boom del emprendimiento. Las transformaciones laborales no solo han provocado que muchas personas tengan la posibilidad de iniciar un nuevo negocio sino que también ha impuesto una lógica en la que determinadas empresas obliguen a trabajadores/as por cuenta ajena a convertirse en trabajadores/as por cuenta propia para seguir vinculados a su anterior puesto de trabajo, hablemos de la figura de los falsos/as autónomos/as. La preocupación por estas dos figuras "sublaborales" no ha llegado todavía a las fuerzas sindicales tradicionales y son formas minoritarias de defensa laboral, como la Oficina Precaria<sup>9</sup> o algunas secciones sindicales de la CNT, las que mayor trabajo de visibilización y denuncia han realizado.

---

remuneración alguna. Este dato haría ascender a, al menos, 180.000 el número de becarios en nuestro país.

9 Véase Oficina Precaria: <http://oficinaprecaria.org/>

## La precariedad no se cura con la edad

En el relato que articulaba nuestra sociedad existía la creencia de que «la precariedad se curaba con la edad». Se asumía que las generaciones más jóvenes, en su acercamiento al mercado laboral sufrirían todo tipo de calamidades y desventuras pero que, pasado un tiempo, las superarían y se integrarían con cierta naturalidad en la estructura laboral. Esa integración conllevaba un salario digno –que permitiera formar una familia, especialmente si se trataba de un varón–, cierta continuidad que se traducía en varias décadas en la misma empresa, capacidad de negociación colectiva mediante los sindicatos mayoritarios, vacaciones, convenio colectivo... Sin embargo, y esto no va a sorprender a nadie, la realidad desmonta este itinerario. Hace aguas la promesa de tiempos mejores. Ya no se sostiene la idea de que es solo la juventud la que se caracterizará por intermitencia laboral, bajos salarios, trabajos insertados en la economía sumergida y ausencia de herramientas para la defensa de los derechos laborales.

## Cambio de modelo

Tras la II Guerra Mundial, los países europeos fueron firmando progresivamente nuevos textos constitucionales de diverso cariz pero con un elemento común: consagraban el estatus de ciudadanía vinculándolo a la posesión de un puesto de trabajo. Todos los derechos, sociales y políticos, se encontraban en relación (casi de dependencia) con la actividad laboral, por lo tanto era necesario tener un empleo –o que lo tuviera el “cabeza de familia”– para garantizar el acceso a los derechos que se recogían en las cartas

magnas. Esta relación, al igual que el relato sobre la mejora de las condiciones laborales con la edad, se ha quebrado.

La mejor constatación de esta ruptura es el surgimiento del fenómeno de “los/as trabajadores/as pobres”: tener un puesto de trabajo ya no es sinónimo de derechos ni de escapar de la pobreza y la exclusión social. La Comisión Europea advertía en 2014 que encontrar un puesto de trabajo en nuestro país no suponía dejar estar en riesgo de pobreza, así el 65% de las personas que se incorporaban al mercado laboral en 2013 seguían en una situación crítica. En España la tasa de pobreza entre las personas en desempleo alcanzaba el 44,8% y, lo realmente grave, es que el número de trabajadores pobres ascendía al 14,8% [4].

Este fenómeno, extendido por la geografía europea, debe generar una profunda reflexión sobre la calidad del empleo<sup>10</sup>, las crecientes desigualdades<sup>11</sup>, tanto en nuestro país como en el continente, los mecanismos fiscales<sup>12</sup> de los que se dotan los países para la redistribución de la riqueza y el acceso a la renta. A fin de cuentas, si el empleo ha dejado ser garante de estabilidad y proporcionar los recursos necesarios para hacer frente a las necesi-

---

10 Según el informe de la OCDE de febrero de 2016, España es uno de los países con menor calidad en el empleo dentro de la OCDE junto a Eslovaquia, Estonia, Grecia, Hungría, Italia, Polonia, Portugal y Turquía. El estudio analiza ingresos, estabilidad laboral y calidad del ambiente de trabajo.

11 Según la estadística del impuesto sobre de la Agencia Tributaria, el número de multimillonarios en España aumentó un 8% en 2014 y, según Intermon OXFAM la riqueza de las 20 personas más ricas de nuestro país equivale a la del 30% más pobre.

12 En el Informe *Una economía al servicio del 1%* Intermon OXFAM denuncia que 9 de cada 10 euros recaudados por Hacienda provienen de las rentas salariales.

dades mínimas sin haberse producido una reducción de la riqueza y los recursos de nuestro país, significa que hay que encontrar nuevos mecanismos de integración que aseguren la capacidad del conjunto de la población de hacer efectivos sus derechos.

## **Precariedad laboral y salud, una relación difícil de medir**

«El trabajo es saludable (...). No es el trabajo lo que mata a los hombres; es la preocupación». Esta frase de Henry Ward Beecher<sup>13</sup> puede ser interpretada de diferentes formas según cómo analicemos la relación entre trabajo y salud. El trabajo siempre es nombrado entre los determinantes de salud, con mayor o menor grado de concreción en lo que se refiere a sus condiciones. La bibliografía parece bastante unánime al decirnos que el desempleo tiene efectos nocivos sobre la salud con respecto a tener un trabajo estable. Sin embargo, desde que se comenzaron a implantar los procesos de desindustrialización, privatización de servicios públicos y centralidad del papel del libre mercado, llegaron a la esfera pública términos como “flexibilización de las condiciones laborales” o “desregulación del mercado de trabajo”, abriéndose un nuevo ámbito para el estudio de las relaciones entre la precariedad laboral y la salud.

Si existe algo tan complicado de medir como el estado de salud de una población, tal vez sean sus condiciones de trabajo. Es por ello que a la hora de ver los efectos de un concepto tan heterogéneo como la “precariedad laboral” sobre otro concepto tan heterogéneo como el “estado de salud” nos encontremos con estudios que arrojan conclusiones poco claras. Para tratar de clarificar qué

---

13 Henry Ward Beecher (1985), en *The Teachers' Institute* 18(1): 16.

tipo de características del trabajo precario afectan a la salud de las personas, vamos a nombrar tres aspectos fundamentales: la inseguridad laboral, la temporalidad laboral y la duración de las jornadas de trabajo; existen diversos estudios en relación con estos tres parámetros, concluyendo con un factor común: la falta de control sobre las condiciones de trabajo y la elección de las mismas supone un efecto negativo sobre la salud.

### *Inseguridad laboral y salud*

Ese "estrés" que se relaciona con la muerte en la cita con la que abríamos el epígrafe anterior recuerda al *status syndrome* (o "síndrome de clase", como podríamos traducirlo) con el que Michael Marmot analiza los efectos de las desigualdades de renta y nivel educativo sobre la salud de las poblaciones y los/as individuos/as [5].

Ese estrés también podría identificarse, en el ámbito de lo laboral, con la percepción de inseguridad en el trabajo, ya sea por el propio trabajo o por las condiciones laborales impuestas para su realización.

Existen textos que muestran disparidad de conclusiones en relación con el efecto de la inseguridad laboral sobre la salud; esto se debe principalmente a la dificultad para aislar la inseguridad laboral de otros aspectos estrechamente relacionados, como son el género o la clase social, ambos muy relacionados con la salud en sí mismos y que actuarían como factores de confusión.

A pesar de la dificultad para extraer conclusiones claras sobre la capacidad de la inseguridad laboral para dañar la salud de la población sí que podemos extraer algunas conclusiones a la luz de los últimos estudios publicados:

- La inseguridad laboral ha mostrado tener efectos negativos sobre la salud mental, de forma independiente a la situación económica de los/as trabajadores/as [6].
- Las personas que creen que sus trabajos son inseguros acuden con más frecuencia a las consultas de los servicios de salud, consumen más medicamentos y faltan al trabajo por motivos de salud de forma más frecuente que las personas con estabilidad y seguridad en sus trabajos [7].
- La relación entre inseguridad laboral y enfermedad cardiovascular o mala percepción de salud se ha visto de forma más clara en las personas de clase social baja [8].

### *Temporalidad laboral y salud*

El estudio de los efectos de la temporalidad laboral sobre la salud aporta algunos aspectos diferenciales con respecto a la inseguridad laboral, principalmente porque la temporalidad laboral puede ser una condición elegida por la persona trabajadora.

Los estudios disponibles afirman que cuando es la persona trabajadora quien elige que el trabajo sea temporal, estas condiciones de trabajo pueden tener efectos positivos sobre la satisfacción personal ligada al trabajo y sobre la calidad de vida; así mismo, se ha visto que, en el caso de mujeres trabajadoras que eligen<sup>14</sup> (aunque tal vez habría que dedicar unas palabras al con-

---

14 Los autores de este capítulo somos muy escépticos en lo que se refiere a la conciliación de la vida familiar y laboral dentro del marco actual de relaciones laborales, así como creemos que hay que ser cuidadosos en la adopción de los "discursos pro-conciliación" que supeditan la centralidad de la

cepto de "elección"<sup>15</sup> en este caso) desempeñar ese tipo de trabajos, se han observado resultados en salud percibida especialmente positivos, posiblemente relacionados con su capacidad para la conciliación de la vida familiar y laboral.

Más allá de los efectos positivos que puede tener para la salud la temporalidad laboral elegida (más relacionados con la capacidad de elección que con la temporalidad), tenemos datos abundantes que confirman que la temporalidad laboral es mala para la salud. Las personas que presentan una situación prolongada (mayor de dos años) de temporalidad laboral declaran con mayor frecuencia (hasta tres veces más frecuentemente) que tienen una salud regular o mala<sup>16</sup>; además, la temporalidad laboral supone un factor especialmente negativo para la salud de quienes se adentran en dicha situación tras haber estado durante años teniendo contratos de duración prolongada.

La distribución por género del trabajo y de sus condiciones también tiene su expresión en la precariedad laboral, afectando de forma preferente a las mujeres. Sin embargo, no solo hay mayor temporalidad laboral en las mujeres sino que los efectos sobre la salud son mayores que en los hombres, de modo que al estudiar por sexos se observa que la temporalidad no parece afectar a la salud percibida de los hombres, mientras que en las mujeres

---

vida y los cuidados a la capacidad para seguir manteniendo los mismos niveles de productividad.

15 Al respecto de la "capacidad de elección" se puede leer alguna referencia en el capítulo de este libro dedicado a analizar la relación entre la justicia y la equidad en el ámbito de la salud y la salud pública.

16 Este concepto se llama "salud percibida" y se ha visto que está relacionado con variables de resultados en salud tales como la mortalidad.

se asocia con un riesgo entre 2 y 11 veces mayor de percibir una salud regular/mala con respecto a las que tienen contratos estables. Esta mayor repercusión de la temporalidad laboral sobre la salud no se da solo en el caso de las personas sometidas a temporalidad laboral de forma prolongada, sino que el sesgo de género se observa también en las mujeres que transitan de la estabilidad laboral a la temporalidad.

Es decir, no solo las mujeres sufren la temporalidad laboral en mayor medida, sino que además los efectos que ésta ha mostrado tener sobre su salud es mayor que en los hombres.

### *Duración de la jornada de trabajo y salud*

Otro de los aspectos más estudiados en su relación con la salud es la duración de las jornadas de trabajo. Hay estudios que sugieren que trabajar jornadas prolongadas está relacionado con un consumo de alcohol perjudicial para la salud [9], mayor frecuencia de desarrollo de diabetes tipo 2 y problemas cardio y cerebrovasculares (infarto de miocardio e ictus) [10].

Generalmente, los estudios sobre duración de la jornada de trabajo y salud se limitan a computar la jornada realizada en el trabajo remunerado, sin tener en cuenta la existencia de jornadas de trabajo múltiples, habitualmente ligadas a los cuidados en el ámbito familiar y más frecuentemente desempeñadas por mujeres. Existen abundantes evidencias [11] [12] de que la doble presencia (trabajo fuera y dentro de casa) es un factor importante en las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, y las medidas encaminadas a cambiar dichos aspectos (mejorando las condiciones de trabajo de las mujeres y cambiando las relaciones

de poder intra y extra familiares) pueden ser un factor clave para disminuir las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, mejorando la salud de estas últimas.

### *Desprecarización y salud: el derecho a tener derechos como activo en salud*

Tener un trabajo precario puede ser igual o peor para la salud que estar en situación de desempleo [13]; el lema tan incrustado en el imaginario colectivo de «por lo menos tienes trabajo» no parece ser una buena respuesta si de tener (o mantener) una buena salud se trata. La magnitud de la precariedad laboral en nuestro país, especialmente en ciertos segmentos de población (jóvenes, mujeres, nivel bajo de estudios...), hace que la precariedad laboral pueda ser considerada un problema de salud pública.

La Organización Mundial de la Salud plantea tres ejes fundamentales en los que se debe actuar para disminuir las desigualdades sociales en salud [14] (y las condiciones laborales son un eje de creciente importancia al hablar de estas desigualdades): (I) mejorar las condiciones de vida, (II) cambiar las relaciones de poder y (III) medir la situación actual y evaluar las políticas que se implanten para corregir la situación. En el ámbito de la precariedad y su relación con la salud (especialmente si tenemos en cuenta lo comentado con anterioridad en relación al rol de la falta de control y decisión como determinante del empeoramiento de la salud ligado a la precariedad) podríamos reformular estos aspectos de la siguiente manera: (I) mejorar las condiciones de trabajo y los derechos de las personas trabajadoras, (II) reforzar el papel de las personas trabajadoras en las relacio-

nes laborales, prestando especial atención a las personas con menos derechos dentro del panorama laboral y (III) evaluar las condiciones reales de trabajo impulsando un mayor peso de las inspecciones y habilitando/mejorando las vías de comunicación anónimas para que las personas trabajadoras puedan denunciar condiciones precarizadoras fuera del marco de la legislación vigente. En esta línea se encuentran también las propuestas realizadas por parte de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, que en el apartado sobre "trabajo", en el informe que publicaron en 2010, resaltaban las siguientes tres medidas:

- Fomentar la contratación fija con salarios dignos, evitando las desigualdades en los tipos de contrato y las retribuciones.
- Aumentar los recursos públicos para el cuidado de las personas dependientes (población infantil y discapacitada), sobre todo para las personas responsables de hogares monoparentales y las de menos recursos, con lo que se fomenta que las mujeres accedan al mercado de trabajo o no desistan de buscar un puesto de trabajo.
- Impulsar estrategias para la protección de derechos laborales en sectores con alta proporción de trabajo informal, como por ejemplo el servicio doméstico o la hostelería.

Además de estos apuntes centrados en el empleo y sus condiciones, existen dos tendencias más globales para tratar de hacer frente a la crisis del desempleo que tenemos en todos los países occidentales y especialmente en España, Grecia, Italia y Portugal: las políticas de trabajo garantizado y las de renta básica univer-

sal. Si hacemos una interpretación en términos de salud pública de ambos conceptos podríamos decir que las políticas de trabajo garantizado confían en que tener trabajo (remunerado) es algo intrínsecamente positivo para el ser humano –dentro de unos mínimos de dignidad en sus condiciones– y en términos de salud podríamos considerarlo un activo en salud. Por otro lado, las políticas que apuestan por implantar una renta básica universal parten de la idea de desligar producción y tenencia de recursos para desarrollar una vida digna, de modo que el desempeño de un trabajo remunerado estaría ligado a la decisión de la persona de llevarlo a cabo, esto es, supone un cambio radical en el modelo actual y apuesta por alterar las actuales relaciones de poder dotando de mayor capacidad de decisión al trabajador/a frente al empresario/a.

Disminuir la precariedad en sus diferentes formas, cambiar las relaciones de poder en el ámbito de lo laboral y llevar a cabo iniciativas para que las personas que más sufren los impactos de la precariedad no se queden fuera de las políticas de mejora parecen ser los tres aspectos fundamentales para disminuir el impacto de la precariedad laboral sobre la salud. Esas son las líneas maestras, falta generar las alternativas concretas, pero parecen muy lejanas a los discursos de abaratamiento del despido, remuneración por objetivos y emprendimiento pseudomeritocrático que pueblan los medios de comunicación y las tertulias de barra de bar o de cena de nochebuena; lo que tenemos claro es que, como dice Owen Jones en un artículo publicado recientemente, «tenemos dos opciones: o una sociedad en la que el trabajo sea más dominante que nunca, o una en la que podamos desarrollar nuestro potencial en todos los sentidos, con más tiempo para el ocio, para el amor y para los demás» [15].

## Bibliografía

- [1] Unión General de Trabajadores (Junio 2016). *La precariedad se extiende*. Disponible en [http://www.ugt.es/Publicaciones/Balance\\_situacion\\_mercado\\_trabajo\\_la\\_precariedad\\_se\\_extiende.pdf](http://www.ugt.es/Publicaciones/Balance_situacion_mercado_trabajo_la_precariedad_se_extiende.pdf)
- [2] Felgueroso F. (Septiembre 2016). "Pobreza, pobreza laboral y salarios bajos". *Nada Es Gratis*. <http://nadaesgratis.es/felgueroso/pobreza-pobreza-laboral-y-salarios-bajos>
- [3] Comisiones Obreras (Abril 2016). *Las horas extras no pagadas, más allá de la precariedad*. Disponible en <http://www.ccoo.es/cms/g/public/o/o/o88689.pdf>
- [4] Fundación Foessa (2016). *Análisis y perspectivas 2016: expulsión social y recuperación económica*. Madrid. Disponible en: [http://www.foessa.es/publicaciones\\_compra.aspx?Id=5279&](http://www.foessa.es/publicaciones_compra.aspx?Id=5279&)
- [5] Marmot, M. (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. New York: Times Books.
- [6] Rajani, N. B.; Giannakopoulos, G.; Filippidis, F. T. (2016). "Job insecurity, financial difficulties and mental health in Europe". *Occupational Medicine* (Lond). [Epub ahead of print].
- [7] Ferrie, J. E. (2001). "Is job insecurity harmful to health?". *Journal of the Royal Society of Medicine* 94: 71: 76.
- [8] Virtanen, M.; Nyberg, S. T.; Batty, G. D.; Jokela, M.; Heijjilä; Fransson, E. I. et al. (2013). "Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: systematic review and meta-analysis". *BMJ* 8:347:f4746.
- [9] Virtanen, M.; Jokela, M.; Nyberg, S. T.; Madsen, IE.; Lalluka. T.; Aho-la, K. et al. (2015). "Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data". *BMJ* 350:g7772.

- [10] Kivimäki, M.; Jokela, M.; Nyberg, S. T.; Singh-Manoux, A.; Fransson, E. I.; Alfredsson, L. et al. (2015). "Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals". *The Lancet* 386(10005): 1739-1746.
- [11] Artazcoz, L.; Borrell, C.; Benach, J. (2001). "Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands". *Journal Epidemiology Community Health* 55(9): 639-647.
- [12] Arcas, M. M.; Novoa, A. M.; Artazcoz, L. (2013). "Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers". *European Journal of Public Health* 23(5): 883-888.
- [13] Kim, T. J.; von dem Knesebeck, O. (2015). "Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment". *BMC Public Health* 15: 985.
- [14] Solar, O.; Irwin, A. (2010). "A conceptual framework for action on the social determinants of health". *Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice)*. World Health Organization.
- [15] Jones, O. (03/03/2016). "Deberíamos esforzarnos por trabajar menos, no hasta que el cuerpo aguante". *Eldiario.es*. Accesible en: [http://www.eldiario.es/theguardian/jubilacion-deberiamos-avanzar-trabajar\\_o\\_490651241.html](http://www.eldiario.es/theguardian/jubilacion-deberiamos-avanzar-trabajar_o_490651241.html)



# URBANISMO Y SALUD

## *Levantad los adoquines, debajo está la plaza*

Usama Bilal

### **Marco general: individuos y poblaciones enfermas (V de Virchow)**

**L**a salud pública ha experimentado una evolución cíclica entre ideas colectivistas e ideas individualistas, muy ligada a la evolución ideológica del resto del mundo [1]. Para Hipócrates la enfermedad, que no provenía del designio divino, estaba originada desde «el entorno, la dieta y los hábitos de vida». La higiene corporal (los “hábitos”) era una idea central en toda la salud pública pre-moderna. Esta higiene corporal ha estado más o menos unida a la “higiene moral”, muy predominante durante la Edad Media [1].

No es hasta el siglo XVIII cuando la “higiene colectiva” empieza a ganar importancia de nuevo. Los nuevos sistemas de producción industrial nacidos en Inglaterra y Países Bajos iniciaron una suerte de migración masiva a las ciudades creando un nuevo escenario en la producción de salud. El agua, la alimentación, los desechos y las viviendas pasaron a tomar aún mayor importancia. Este hecho, ligado a la necesidad de mantener una población

“sana y productiva”, hace de la salud en las ciudades un elemento a tener en cuenta por las autoridades. La necesidad de reformas para mejorar la salud de las clases populares se materializó en lo que hoy se viene a llamar el Movimiento Sanitarista Urbano [2]. Los grandes salubristas del siglo XIX abrieron el paso a parte de las reformas que aumentaron la esperanza de vida durante el siglo XIX y XX. John Snow (descubrimiento de la transmisión del cólera por el agua y cierre de una fuente contaminada), Edwin Chadwick (publicación del informe sobre las condiciones sanitarias de la clase obrera de Gran Bretaña) y Rudolf Virchow (publicación del informe sobre la epidemia de Tifus en Silesia del Norte, donde afirmó que la única cura para la enfermedad es una “completa democracia”), son ejemplos de estos<sup>1</sup>. No en vano, en uno de sus intentos de unificación de medicina, salud pública y política, Virchow afirmó que «si la enfermedad es la expresión de la vida individual que transcurre bajo condiciones desfavorables, las epidemias son el síntoma de mayores perturbaciones de la vida de la masa. Siempre que muchos se encuentren en similares situaciones desfavorables, la enfermedad aparecerá también en muchos, será en[démica] –o epidémica–»<sup>2</sup> [3]. Es decir, Virchow enlazaba directamente la importancia de las “condiciones desfavorables” con la aparición de enfermedades en la población.

Como ciencia contingente al entorno social e histórico, la salud pública se ha visto enormemente afectada por los giros ideológicos dominantes en el mundo. Con ello, en el mundo oc-

---

1 Por ello hay algunos que preferimos hablar de V de Virchow en vez de V de Vendetta.

2 Gracias a Andrés Suárez Velázquez y a Ana Esther Velázquez Fernández por su ayuda en traducir este párrafo desde su original en alemán.

cidental hemos experimentado un giro hacia el individualismo en la salud pública durante buena parte del siglo XIX y el XX. De problemas determinados ambientalmente (y el paradigma del miasma) hemos pasado a las decisiones individuales sobre los estilos de vida. De investigar cómo los hábitos estaban social y (especialmente) ambientalmente condicionados, pasamos a investigar cómo estos hábitos (elegidos de forma individual), afectaban a nuestra salud [4]. Como ciencia acompañante de la salud pública, la epidemiología tomó un giro similar. De las fuentes de agua contaminadas de John Snow pasamos a los estilos de vida que causaban enfermedad. De descontaminar fuentes de agua pasamos a recomendar “educar” a la gente para que pudiera “elegir” mejor (para una discusión más elaborada sobre esto, véase el capítulo sobre Justicia y Salud Pública en este mismo libro).

Los años 70 vieron el resurgir del colectivismo en la epidemiología con los primeros nuevos estudios sobre la determinación social de la enfermedad. En el año 1985, un cardiólogo británico publicó el que probablemente sea nuestro Manifiesto Salubrista, *Individuos enfermos y poblaciones enfermas* [5]. En este artículo, Geoffrey Rose nos introduce en la idea de que las causas de los casos individuales son diferentes a los determinantes de la incidencia y prevalencia de una enfermedad en una población. En sus propias palabras, «las causas de que la hipertensión sea muy prevalente en Londres e inexistente entre los nómadas keniatas no subyace en diferencias entre individuos sino en diferencias entre las poblaciones de Londres y Kenia». En términos más actuales, las causas de un caso de Ébola (el virus en sí mismo, un inadecuado uso de equipos protectores, prácticas higiénicas, etc.) son diferentes a los determinantes de la epidemia de Ébola

en África Occidental (deforestación y hacinamiento en ciudades por prácticas agrarias determinadas por la globalización) [6]. En términos más cercanos espacialmente, las causas de los casos de muchas enfermedades crónicas (patrones dietéticos insalubres, sedentarismo, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol) son diferentes a los determinantes del aumento en los años 50-60 de la enfermedad cardiovascular en hombres (marketing de tabaco, alcohol y carnes rojas como imágenes de masculinidad) [7] o del actual aumento en cáncer de pulmón en mujeres (marketing de tabaco dirigido a mujeres evocando imágenes de emancipación y empoderamiento) [8].

Geoffrey Rose denominó estos determinantes de las epidemias «influencias masivas actuando en la población como un todo» [5]. Es misión de la epidemiología (social) el encontrar estas influencias y de la salud pública el intervenir sobre ellas. Una de estas influencias masivas (que afecta a toda la población) es el entorno, y más en concreto, el entorno donde residimos (y trabajamos, y nos divertimos), esto es, las ciudades donde vivimos<sup>3</sup>.

La misión de este capítulo es 1) resumir la evidencia sobre los efectos que el entorno tiene en la salud; 2) orientar las formas en las que podemos conceptualizar un barrio y por qué esta conceptualización no es un tema baladí; 3) estudiar cómo se construyen y forman las ciudades (y se distribuye a sus gentes); 4) cómo cambian estos barrios; y, por último, 5) cómo se puede intervenir para mejorar la salud en los barrios.

---

3 Este capítulo ignora (voluntariamente) las condiciones de vida en entornos rurales. Parte de este hecho se debe a la propia ignorancia del autor, parte se debe a la mucha menor producción científica en el ámbito de las condiciones de vida en el medio rural.

## Ciudades enfermas: efectos del entorno en la salud (de Engels en adelante)

La cantidad de evidencia disponible sobre el efecto del entorno residencial en la salud ha ido aumentando en las últimas décadas. Los primeros estudios de Engels [9] mostraban que la mortalidad en un suburbio de Manchester era proporcional a la clase social media de la zona, independientemente de la clase social de los individuos. Villermé mostró también cómo la mortalidad en París entre 1817 y 1821 era inversamente proporcional al porcentaje de viviendas ricas en la zona (definidas como aquellas no exentas de impuestos) [9].

Estos primeros estudios y los que los siguieron se centraban en el uso de medidas de riqueza "agregadas", es decir, de la suma de individuos (generalmente mediante el uso de censos) con cierto nivel educativo, clase ocupacional o nivel de renta, para determinar el nivel socioeconómico del barrio [10]. Aunque estas medidas ofrecieron resultados relevantes y ayudaron a iniciar la investigación en los efectos del entorno en la salud, resultaban de dudosa utilidad para el desarrollo de cambios e intervenciones. Si un barrio con gente de mayor nivel educativo tiene "mejor salud" que un barrio comparable con gente de menor nivel educativo, ¿cuál es la intervención contextual a realizar? [11].

Ante las dudas en la forma de responder a esta pregunta, los nuevos estudios surgidos en los años 90 [12] se han centrado en encontrar qué características de los barrios mejoraban la salud de las personas que habitan en ellos. Ejemplos de estas características se pueden ver en la *Tabla 1*.

*Tabla 1:*  
POSIBLES CARACTERÍSTICAS DE LOS BARRIOS QUE AFECTAN A LA SALUD  
(adaptado de Diez-Roux) [12]

- Accesibilidad a actividades de ocio, transporte, aceras, carriles bici, diseño de espacios públicos.
- Uso del suelo, densidad de población, conectividad de calles, forma urbana.
- Estética del barrio, limpieza.
- Disponibilidad y coste de alimentos saludables.
- Publicidad y disponibilidad de tabaco y alcohol.
- Contaminación ambiental y ruido.
- Seguridad, violencia.
- Normas sociales, capital social, cohesión social.

Otra forma de ver el efecto de los barrios en la salud está en la perspectiva de los activos en salud [13]. Esta perspectiva busca encontrar (y localizar) aquellos factores que potencien las capacidades de los individuos y sus comunidades para generar y mantener su salud [14]. Un ejemplo perfecto de este mapeo está en el Observatorio de la Salud de Asturias, que incluye una base de datos de activos en salud en cada concejo asturiano (<http://www.obsaludasturias.com/obsa/>).

## **Ciudades: teoría de barrios (Harvey et al.)**

Existen diferentes formas de ver un barrio, muy vinculadas a las diferentes teorías sociales. Esta distinción no solo es importante desde un punto de vista meramente académico, sino que influye

enormemente en cómo entendemos la forma en que cambian los barrios, cómo la gente se mueve entre ellos y cómo se puede intervenir para mejorar la salud de sus residentes.

Por ejemplo, una de las teorías más utilizadas para entender la vida urbana es la teoría del conflicto (teoría radical, teoría crítica, etc.). Esta teoría argumenta que la sociedad se puede entender como el resultado de las luchas de poder por recursos materiales e ideológicos [15]. La aplicación al capitalismo y a la lucha de clases por los medios de producción fue la obra principal de Karl Marx [16]. Diversos conceptos de estas teorías ayudan a entender cómo los barrios se forman y afectan a la salud de sus residentes [15]:

- **Agencia y estructura:** la agencia es la capacidad de los individuos para actuar (por ejemplo, eligiendo dónde vivir o cómo organizarse en un barrio), que se encuentra restringida por la contingencia histórica y elementos como el sistema de clases sociales (la estructura).
- **Economía política:** las relaciones entre la economía y los poderes políticos (legislativo, ejecutivo y judicial) determinan aspectos como en qué lugares de una ciudad se instalan industrias, infraestructuras o servicios. Barrios con más poder tienen más capacidad para atraer mejores servicios y redes de transporte, que a cambio le conferirán más poder.
- **Ideología:** la manera en la que la estratificación social se mantiene no depende únicamente de medios físicos (el monopolio de la violencia por las fuerzas de seguridad) sino que depende también de ideologías dominantes que

son las ideas políticas y culturales prevalentes en un momento histórico. Por ejemplo, las oportunidades laborales de los residentes de un barrio pueden verse mermadas si la reputación de ese barrio es peor que la de otro barrio con similares características.

- **Hegemonía:** es la imposición de los ideales de la clase dominante como si fueran universales [17], como forma de ejercer control social. Por ejemplo, si se hace entender que la única forma de manejar el mercado inmobiliario es mediante mecanismos de libre mercado, alternativas que busquen la creación de vivienda accesible y asequible pueden rechazarse automáticamente por la población (o por las autoridades políticas, lo cual enlaza con el concepto de economía política descrito arriba).

Otro concepto de enorme utilidad a la hora de entender el efecto de los barrios en la salud es el denominado arreglo espacial. Este concepto, desarrollado por David Harvey [18], se refiere a la tendencia capitalista a invertir los excesos de producción y plusvalías en infraestructura urbana. Con ello, y considerando que las infraestructuras, medios de transporte e incluso viviendas pueden ser considerados medios de producción, se incrementan los beneficios obtenidos. Para incrementar las plusvalías, se ejerce lo que Harvey denominó "compresión espacio-temporal", es decir, disminuir los tiempos o los espacios (mayor tasa de recambio de viviendas, mejores redes de transporte, búsqueda de nuevos espacios, etc.). Esta tasa de recambio elevada, lleva a lo que se ha denominado "destrucción creativa", es decir, la devaluación de lo "obsoleto" para dar lugar a nuevas formas de plusvalía. Esto

incluye habilidades y formación (capital humano) o infraestructuras y viviendas.

En el caso de las ciudades, este arreglo espacial tiene varias consecuencias: a) las zonas habitadas por clases trabajadoras pueden verse condenadas al ostracismo por evoluciones tecnológicas que hagan obsoletas las habilidades y formación previas o por recolocaciones industriales a espacios que ofrezcan condiciones más ventajosas para las corporaciones (consecuencia de la globalización, que supone la compresión espacio-temporal más intensa); y b) se hace necesario una renovación del parque de viviendas para abrir paso a nuevas obtenciones de plusvalías mediante la compra y renovación de viviendas en barrios populares o la compra, demolición y nueva construcción de estos. La influencia de la economía política en este contexto es fundamental, ya que muchas de estas consecuencias económicas requieren de una complicidad política evidente: las leyes de liberalización del uso del suelo o las áreas de rehabilitación integral son ejemplos de estas.

## **Barrios en el tiempo (segregación y gentrificación)**

El estudio del cambio de los barrios es de enorme relevancia para comprender el efecto de los barrios en la salud. Los barrios no son un elemento estático que no cambia con el tiempo, sino que son sistemas dinámicos, tanto en sus características físicas y sociales como en la misma gente que vive en ellos [19]. La forma en que los barrios cambian determina efectos en nuestra salud.

El proceso espacio-temporal más común en las ciudades es probablemente el de la segregación, según la cual diversos grupos

(definidos por ejes de clase social, etnia y otros factores) se distribuyen en las ciudades de manera no aleatoria. Un estudio recientemente publicado por investigadores de la Universidad Complutense de Madrid muestra cómo la segregación espacial en Madrid en términos de clase ha aumentado en el tiempo hasta situarse entre las primeras capitales de Europa en este aspecto [20]. Los efectos de la segregación en la salud han sido estudiados en Estados Unidos donde la segregación en líneas raciales ha sido intensa y sistemática en el último siglo. Diversos estudios han mostrado efectos negativos de la segregación en incidencia de enfermedad cardiovascular o mortalidad por cáncer de mama [21] [22].

Diferentes teorías intentan explicar cómo cambian los barrios [23]. Aplicando la teoría crítica mencionada previamente, el cambio en los barrios se debe a relaciones de poder entre promotores, entidades financieras y especuladores por un lado, y personas compradoras/arrendatarias por el otro. Las primeras buscan extraer rentas de las segundas mediante la selección de personas arrendatarias y compradoras [23].

Por ejemplo, la intensa segregación racial en EEUU puede ser explicada en parte por diversas prácticas urbanísticas como el *blockbusting* y el *redlining*. El *blockbusting* buscaba hacer caer el precio de la vivienda en una zona mediante la inducción de divisiones raciales, para luego comprar todo el barrio y poder ejercer prácticas especulativas libremente (con un mayor margen de beneficios). Otra práctica común fue la del *redlining*, donde grandes inmobiliarias y agentes financiadores (¡públicos!) [24] [25] limitaban la venta o alquiler de viviendas a determinados grupos raciales.

Otro de los cambios más comunes y más estudiados actualmente en los barrios es el de la gentrificación [26]. Este fenómeno

ocurre cuando la población de un barrio se ve reemplazada por una población más rica, aumentando los precios de la vivienda y desplazando aún más a la población original. Diversas teorías intentan explicar las causas de la gentrificación [27], entre ellas la teoría político-económica (radical) que, como se mencionaba previamente, predice un aumento del precio de la vivienda en ciertas zonas por intereses especulativos.

Los efectos de la gentrificación en la salud no han recibido demasiada atención, pero la literatura disponible muestra efectos generalmente negativos. Por ejemplo, un estudio en Portland (EEUU) mostró que en zonas en proceso de gentrificación se produce un desacoplamiento de la disponibilidad y la asequibilidad de la comida en las tiendas de alimentación, una especie de "oasis alimentario" donde la comida es abundante pero no asequible para los antiguos residentes del lugar [28]. Otro estudio en Nueva York (EEUU) encontró aumentos en partos prematuros en minorías étnicas viviendo en zonas en gentrificación, comparado con un efecto protector para las mayorías con alto nivel socioeconómico [29]. Otro estudio en Montreal mostró una rotura del "tejido social" en barrios en gentrificación [30] que contribuía a una exclusión social de personas mayores.

## **Intervenciones (¿Sí se puede?)**

Como se mencionaba en la introducción a este capítulo, pequeños cambios en un determinante que afecte a toda la población pueden tener enormes efectos sobre la salud de esta. En el caso que nos ocupa, pequeñas intervenciones en un barrio (en el que toda su población está expuesta) pueden ser enormemente bene-

ficiosas (¡o perniciosas!) para la población. La investigación sobre intervenciones suele realizarse con estudios que denominamos “cuasi-experimentales” o experimentos naturales, donde una intervención fuera del control del investigador es evaluada. Los siguientes párrafos detallan la evaluación de algunas intervenciones realizadas sobre barrios.

En 2004, se realizó una intervención en Medellín (Colombia) destinada a mejorar la conectividad de una zona empobrecida (barrio Santo Domingo), situado en la ladera de la montaña que rodea la ciudad [31]. Se construyó un sistema denominado Metrocable que conectaba por teleférico este barrio con el centro de la ciudad. Paralelamente, en las zonas por donde pasaba el Metrocable, se mejoró el alumbrado público, las calles, la señalización de tráfico, mejoraron las infraestructuras de colegios y centros recreativos y se aumentó la presencia policial.

Un análisis publicado en 2012 [31] utilizó datos de un estudio (Prevención de Violencia en el Valle de Aburra, PREVIVA) que recogió información sobre la población de Medellín en 2003 y (en un subgrupo) en 2008. Es decir, los investigadores poseían datos de 25 barrios en los que se había intervenido (mediante el Metrocable y otras acciones) y 23 barrios comparables que no habían tenido una intervención, todo ello antes y después de tal intervención. De este estudio se obtuvieron datos sobre percepciones respecto a la violencia en la zona, eficacia colectiva, confianza en el sistema judicial, confianza en la policía y presencia de infraestructuras en el barrio. Además, se calcularon las tasas de homicidios en todos los barrios estudiados. Los resultados fueron esperanzadores: la violencia percibida y la tasa de homicidios disminuyeron en toda la ciudad, pero en los barrios intervenidos la bajada de violencia percibida (¿Ha visto violencia en su barrio en los últimos 6 meses?)

fue del 91% mientras que en los barrios sin la intervención la bajada fue del 75%. En cuanto a la tasa de homicidios, la disminución en los barrios intervenidos fue un 66% mayor que en los barrios no intervenidos. Una intervención similar (TransMiCable) ha sido implementada durante 2018 y 2019 en la capital de Colombia, Bogotá<sup>4</sup>. Durante 2018, 2019 y 2020 se ha estado y se continuará evaluando el efecto que tienen este tipo de medios de transporte en la actividad física y en la calidad de vida de los residentes del barrio.

Otro ejemplo de intervención lo podemos encontrar en Barcelona. En 2004, la Generalitat Catalana promulgó la *Llei de Barris* (*Ley de Barrios*), una de las leyes de renovación urbana más ambiciosas de Europa [32]. Esta ley financiaba un 50% de los planes de regeneración urbana que diseñaban los propios barrios, incluyendo aspectos como parques, reforma de edificios, centros sociales, nuevas tecnologías y sostenibilidad, programas sociales y accesibilidad. Un análisis publicado recientemente [32] analizó el efecto de estas intervenciones en 5 barrios de Barcelona que habían participado en la *Llei de Barris*, comparándolos con 3 barrios similares que no habían participado. Para ello, los investigadores utilizaron datos de la *Encuesta de Salud de Barcelona* de 2001, 2006 y 2011 y sus preguntas sobre salud auto-percibida y salud mental. Dado que la mayoría de proyectos no empezaron hasta después de 2006, se consideraron los datos de 2006 como pre-intervención y los de 2011 como post-intervención. Los resultados, como en el caso de la intervención en Medellín, fueron positivos, mostrando que la mala salud auto-percibida disminuyó en los barrios intervenidos y no en los barrios control, especialmente en las clases más desfavorecidas.

---

4 [https://www.eldiario.es/economia/Inauguran-teleferico-Bogota-conecta-localidad\\_o\\_850765679.html](https://www.eldiario.es/economia/Inauguran-teleferico-Bogota-conecta-localidad_o_850765679.html)

## Conclusión

En resumen, el entorno tiene un enorme potencial para afectar la salud de las poblaciones. Efectos muy pequeños aplicados sobre poblaciones enteras podrían tener un efecto superior al de cualquier intervención individual o biomédica. Dado que todas las personas estamos expuestas a los barrios donde vivimos (en mayor o menor medida), estos suponen un determinante de la salud con un potencial enorme para el cambio. La forma de ver un barrio, la forma de estudiarlo en el tiempo y la forma de entender cómo la gente acaba viviendo en él pueden determinar la manera en la que podemos, por un lado, investigar sus efectos y, por el otro, diseñar intervenciones que mejoren la salud de la población.

Terminando con un cliché, «tu código postal es más importante para tu salud que tu código genético». Aprécialo la próxima vez que salgas a la calle, y observa a tu alrededor cómo sería tu salud sin algunas de las cosas que ves o con otras que podrías tener.

## Bibliografía

- [1] Tesh, S. N. (1988). *Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy*. Rutgers University Press.
- [2] Bernabeu Mestre, J. (2009). "La higiene de la habitación. Arquitectura y salud pública en la España de la Restauración". *Lars: cultura y ciudad* 15: 15-18.
- [3] Virchow, R. L. K.(1849). *Die Einheitsbestrebungen in der wissenschaftlichen Medicin*. Druck und Verlag von G. Reimer.

- [4] Armstrong, D. (2009). "Origins of the Problem of Health-related Behaviours: A Genealogical Study". *Social Studies of Science* 39(6): 909-926.
- [5] Rose, G. (1985). "Sick Individuals and Sick Populations". *International journal of epidemiology* 14(1): 32-38.
- [6] Wallace, R. G.; Gilbert, M.; Wallace, R.; Pittiglio, C.; Mattioli, R.; Kock R. (2014). "Did Ebola emerge in West Africa by a policy-driven phase change in agroecology?". *Environment and Planning A* 46(11): 2533-2542.
- [7] Counihan, C.; Van Esterik, P. (2013). *Food and Culture: A Reader*. Routledge.
- [8] Amos, A.; Haglund, M. (2000). "From social taboo to "torch of freedom": the marketing of cigarettes to women". *Tobacco control* 9(1): 3-8.
- [9] Krieger, N. (2001). "Historical roots of social epidemiology: socioeconomic gradients in health and contextual analysis". *International Journal of Epidemiology* 30(4): 899-900.
- [10] Diez-Roux, A. V. (2007). "Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here?: Environnement résidentiel et santé: état de la question et perspectives pour le futur". *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 55(1): 13-21.
- [11] Franco, M.; Bilal, U.; Diez-Roux, A. V. (2015). "Preventing non-communicable diseases through structural changes in urban environments". *Journal of Epidemiology and Community Health* 69(6): 509-11.
- [12] Diez-Roux, A. V. (2003). "Residential environments and cardiovascular risk". *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine* 80(4): 569-589.
- [13] Botello, B.; Palacio, S.; García, M.; Margolles, M.; Fernández, F.; Hernán, M.; Nieto, J.; Cofino, R. (2013). "Methodology for health assets mapping in a community". *Gaceta sanitaria / SESPAS* 27(2): 180-183.

- [14] Morgan, A.; Ziglio, E. (2007). "Revitalising the evidence base for public health: an assets model". *Promotion & Education* 14(2 suppl): 17-22.
- [15] Yen, I.; Shim, J.; Martínez, A. (2012). "Application of Two Schools of Social Theory to Neighbourhood, Place and Health Research". *Rethinking Social Epidemiology*: 157-174. edn. Edited by O'Campo, P.; Dunn, J. R. Springer Netherlands.
- [16] Marx, K.; Fowkes, B.; Mandel, E.; Fernbach, D. (1976). *Capital: A Critique of Political Economy*. Penguin Books Limited.
- [17] Gramsci, A.; Hoare, Q.; Nowell-Smith, G. (1971). *Selections from the Prison Notebooks of Antonio Gramsci*. International Publishers.
- [18] Harvey D. (2001). *Spaces of Capital: Towards a Critical Geography*. Routledge.
- [19] Van Ham, M.; Manley, D.; Bailey, N.; Simpson, L.; Maclennan, D. (2013). "Understanding Neighbourhood Dynamics: New Insights for Neighbourhood Effects Research". In: *Understanding Neighbourhood Dynamics*. edn. Edited by van Ham, M.; Manley, D.; Bailey, N.; Simpson, L.; Maclennan, D. Springer Netherlands; 1-21.
- [20] Leal, J.; Sorando, D. (2015). "Economic crisis, social change and segregation processes in Madrid". In: *Socio-Economic Segregation in European Capital Cities: East Meets West*. edn. Edited by Tammaru, T.; van Ham, M.; Marcinićzak, S.; Musterd, S. Taylor & Francis.
- [21] Pruitt, S. L.; Lee, S. J. C.; Tiro, J. A.; Xuan, L.; Ruiz, J. M.; Inrig, S. (2015). "Residential racial segregation and mortality among black, white, and Hispanic urban breast cancer patients in Texas, 1995 to 2009". *Cancer* 121(11): 1845-1855.
- [22] Kershaw, K. N.; Osypuk, T. L.; Do, D. P.; De Chavez, P. J.; Diez-Roux, A. V. (2015). "Neighborhood-Level Racial/Ethnic Residential Segregation and Incident Cardiovascular Disease: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis". *Circulation* 131(2): 141-148.

- [23] Solomon, A. P.; Vandell, K. D. (1982). "Alternative Perspectives on Neighborhood Decline". *Journal of the American Planning Association* 48(1): 81-98.
- [24] The Long Shadow of Redlining on the Food System [<http://www.livablefutureblog.com/2016/07/redlining-food-system>]
- [25] Baltimore, ejemplo de la desigualdad [[http://elpais.com/elpais/2015/05/04/ciencia/1430735350\\_821550.html](http://elpais.com/elpais/2015/05/04/ciencia/1430735350_821550.html)]
- [26] Sorando, D.; Ardura, A. (2016). *First we take Manhattan. La destrucción creativa de las ciudades*. Madrid: La Catarata.
- [27] Palen, J. J.; London, B. (1984). *Gentrification, Displacement, and Neighborhood Revitalization*. State University of New York Press.
- [28] Breyer, B.; Voss-Andreae, A. (2013). "Food mirages. geographic and economic barriers to healthful food access in Portland, Oregon". *Health & Place* 24: 131-139.
- [29] Huynh, M.; Maroko, A. R. (2014). "Gentrification and preterm birth in New York City, 2008-2010". *Journal of Urban Health* 91(1): 211-220.
- [30] Burns, V. F.; Lavoie, J. P.; Rose, D. (2012). "Revisiting the role of neighbourhood change in social exclusion and inclusion of older people". *Journal of aging research* 2012: 148287.
- [31] Cerda, M.; Morenoff, J. D.; Hansen, B. B.; Tessari Hicks, K. J.; Duque, L. F.; Restrepo, A.; Diez-Roux, A. V. (2012). "Reducing violence by transforming neighborhoods: a natural experiment in Medellin, Colombia". *American Journal of Epidemiology* 175(10): 1045-1053.
- [32] Mehdipanah, R.; Rodríguez-Sanz, M.; Malmusi, D.; Muntaner, C.; Díez, E.; Bartoll, X.; Borrell, C. (2014). "The effects of an urban renewal project on health and health inequalities: a quasi-experimental study in Barcelona". *Journal of Epidemiology and Community Health* 68(9): 811-817.



# PROCESOS DE DESAHUCIO: LA VIVIENDA Y EL ACTIVISMO COMO DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

AmetS Suess Schwend

## Introducción

«Es la ilusión de nuestra vida, tener una casa. Y venderlo todo por tener la casa, y ahora pierdes todo y la casa también».

Entrevista individual (persona en proceso de desahucio)

«Y a él lo que más le duele es que era la vivienda de la madre, y estaba pagada».

Entrevista individual (persona en proceso de desahucio)

Las citas precedentes, aportadas en una investigación cualitativa con personas en procesos de desahucio y miembros activos de plataformas ciudadanas realizadas entre 2014 y 2015 en las ocho provincias de Andalucía<sup>1</sup> [1], muestran una situación de creciente relevancia en el momento actual de crisis económi-

---

1 Proyecto de investigación Procesos de desahucio y salud (PI-0400-2013 CISPS 2013), financiado por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía y el Centro de Investigación Biomédica en Red Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Grupo CTS-177. Organización coordinadora: Escuela Andaluza de Salud Pública; IP: Amets Suess Schwend.

ca y sistémica en el contexto español: Los procesos de desahucio de la primera vivienda por imposibilidad de pago de los créditos hipotecarios.

Según datos aportados por el Consejo General del Poder Judicial, el número de ejecuciones hipotecarias presentadas en el Tribunal Superior de Justicia subió de 25.943 por año en 2007 a 68.165 en 2015, con una cifra máxima en 2010, con 93.636 ejecuciones hipotecarias [2]. El Instituto Nacional de Estadística indica un número de 38.943 certificaciones de ejecuciones hipotecarias de viviendas de personas físicas iniciadas en 2015, 30.334 de las mismas viviendas habituales [3]. A la vez, la comparabilidad de los datos estadísticos disponibles ha sido revisada críticamente tanto por el Consejo General del Poder Judicial [4], como por la Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH) [5].

Ante esta situación, desde 2009 se puede observar el surgimiento de plataformas ciudadanas contra los desahucios, bajo el nombre Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH) o Stop Desahucios, cuyas demandas principales se centran en la paralización de las ejecuciones hipotecarias, la dación en pago, la disponibilidad de alquileres sociales, la creación de un parque social de viviendas, así como la garantía de los suministros básicos [6-8].

Desde perspectivas teóricas y teórico-activistas [6-9], se identifican como causas principales del aumento del número de desahucios de la primera vivienda la crisis económica actual, la subida del desempleo, así como las políticas de viviendas de las últimas décadas en el contexto español. Partiendo de la observación de una continuada práctica de desahucios de la primera vivienda, se califica la situación de las personas en proceso de desahucio como "emergencia habitacional" [8].

A lo largo de los últimos años se pueden identificar diferentes cambios legislativos en el contexto español (*Tabla 1*), cuyas aportaciones y limitaciones a la vez han sido discutidas críticamente por las plataformas ciudadanas [8].

*Tabla 1.* LEGISLACIÓN SOBRE VIVIENDA  
CONTEXTO ESPAÑOL Y ANDALUZ

CONTEXTO ESPAÑOL
Constitución Española, 1978, Art. 47.
Ley 2/1981, de 25 de marzo, de regulación del mercado hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero.
Ley 29/1994, de 24 de noviembre, de Arrendamientos Urbanos. BOE, Boletín Oficial del Estado N° 282, 25 de noviembre de 1994.
Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE, Boletín Oficial del Estado, N° 7, de 8 de enero de 2000.
Ley 1/2013, de 14 de mayo, de medidas para reforzar la protección a los deudores hipotecarios, reestructuración de deuda y alquiler social. BOE, Boletín Oficial del Estado, N° 116, 15 de mayo de 2013.
Ley 19/2009, de 23 de noviembre, de medidas de fomento y agilización procesal del alquiler y de la eficiencia energética de los edificios. BOE, Boletín Oficial del Estado N° 283, de 24 de noviembre de 2009.
Real Decreto 716/2009, de 24 de abril, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de regulación del mercado hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero.
Real Decreto 8/2011, de 1 de julio, de medidas de apoyo a los deudores hipotecarios, de control del gasto público y cancelación de deudas con empresas y autónomos, contraídas por las entidades locales, de fomento de la actividad empresarial e impulso de la rehabilitación y de simplificación administrativa.

Ley 37/2011, de 10 de octubre, de medidas de agilización procesal. BOE, Boletín Oficial del Estado, N° 245, de 11 de octubre de 2011.

Ley 38/2011, de 10 de octubre, de reforma de la Ley 22/2003, de 9 de julio, Concursal.

Real Decreto-Ley 6/2012, de 9 de marzo, de medidas urgentes de protección de deudores hipotecarios sin recursos.

Real Decreto-Ley 27/2012, de 15 de noviembre, de medidas urgentes para reforzar la protección de los deudores hipotecarios.

Defensor del Pueblo. Crisis económica y deudores hipotecarios: actuaciones y propuestas del Defensor del Pueblo, 2012.

Ley 1/2013, de 14 de mayo, de medidas para reforzar la protección a los deudores hipotecarios, reestructuración de deuda y alquiler social.

Ley 4/2013, de 4 de junio, de medidas de flexibilización y fomento el mercado del alquiler de viviendas. BOE, Boletín Oficial del Estado N° 134, 5 de junio de 2013.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid, 2015.

## CONTEXTO ANDALUZ

Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía, BOE, Boletín Oficial del Estado, N° 68, de 20 de marzo de 2007, Art. 25.

Ley 1/2010, de 8 de marzo, Reguladora del Derecho a la Vivienda en Andalucía. BOJA, Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, N° 54, de 19 de marzo de 2010.

Defensor del Pueblo de Andalucía. Documento sobre medidas en materia de desahucios hipotecarios, 10 de julio de 2012.

Ley 4/2013, de 1 de octubre, de medidas para asegurar el cumplimiento de la función social de la vivienda. BOE, Boletín Oficial del Estado N° 263, 2 de noviembre de 2013.

Decreto-Ley 6/2013, de 9 de abril, de medidas para asegurar el cumplimiento de la Función Social de la Vivienda. BOJA, Boletín Oficial de la Junta de Andalucía N° 69, de 11 de abril de 2013.

La investigación cualitativa realizada en el contexto andaluz<sup>2</sup> [1], refleja la vivencia de las personas en proceso de desahucio, los procesos de negociación con las entidades bancarias, el impacto de la amenaza de pérdida de la primera vivienda en su vida familiar y social, el estado de salud autopercebido durante el proceso de desahucio, los contactos con el Sistema Sanitario Público, los Servicios Sociales y otras administraciones públicas, así como el rol de las plataformas ciudadanas en el abordaje de la situación. Su testimonio muestra un frecuente empeoramiento de la salud física y mental percibida, así como un agravamiento de enfermedades crónicas.

«Insomnio. Me despierto por las noches pues, por lo menos, diez veces me despierto. Intento dormirme, pienso. Es que cuando me acuesto es cuando me viene todo».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

---

2 En el marco de esta investigación se realizaron 43 entrevistas individuales semiestructuradas y 8 grupos triangulares con 58 personas en proceso de desahucio, así como 6 grupo focales, 2 grupos triangulares y 1 entrevista individual con 32 miembros activos en plataformas ciudadanas en las ocho provincias andaluzas.

«Brote de psoriasis por el estrés (...). Nunca en la vida, nunca en la vida. Me salió un brote de psoriasis que todavía lo tengo».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

Al mismo tiempo, las personas entrevistadas identifican de forma reiterada a las plataformas ciudadanas como la mayor fuente de apoyo en el proceso de desahucio.

«Pero encima, he llegado allí y me he encontrado a una familia. Me han llevado sus casas. Son todos una piña, como familia, en grupo. Los de la Plataforma. Íntimos amigos».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«Siempre hay apoyo, siempre hay apoyo. Si hay un desahucio, acudimos todos, todos los que podemos».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

Los testimonios de las personas entrevistadas plantean la pregunta por el rol de la vivienda y del activismo como determinantes sociales de la salud.

A continuación, desarrollaré una reflexión sobre el derecho a la vivienda y el rol del activismo desde un análisis de 1) El marco internacional y europeo de Derechos Humanos, 2) La revisión de la bibliografía sobre crisis económica y salud, 3) El modelo de determinantes sociales de la salud y 4) Recomendaciones para prevenir los procesos de desahucio, proteger a las personas afectadas e introducir cambios en las políticas públicas de vivienda y salud, partiendo de las siguientes preguntas: ¿Cómo se establece el derecho a la vivienda en el marco internacional y europeo de Derechos Humanos? ¿Qué relevancia tiene la referencia a un marco de

Derechos Humanos para las plataformas ciudadanas? ¿Qué lugar ocupan los procesos de desahucio en la bibliografía reciente sobre crisis económica y salud? ¿En qué medida la vivienda constituye un determinante social para la salud? ¿Y el activismo contra los desahucios y por una vivienda digna? ¿Cuál es la aportación de un modelo de determinantes sociales de la salud para las plataformas ciudadanas?

## La vivienda como Derecho Humano

En los discursos de las personas entrevistadas en el proyecto de investigación *Procesos de desahucio y salud* [1], de forma reiterada se hace referencia al derecho a la vivienda.

«En ese momento para nosotros fue “Esto es la lucha. Esto es luchar por los derechos”».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«Nosotros somos una plataforma que luchamos por la..., por el derecho a la vivienda, por el artículo cuarenta y siete de la constitución».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

La garantía del derecho a la vivienda a su vez constituye una de las demandas principales de la *Plataforma de Afectados por la Hipoteca* (PAH) [10].

«Ahora Exigencias PAH entra en una nueva fase. Hemos tocado todas las puertas, pedido reunión con partidos, pre-

sentado mociones e interpelado a los Parlamentos. Hemos demostrado tras seis años de lucha que "Sí Se Puede" legislar para la ciudadanía con la aprobación de la ley 24/2015. Este es el momento de dar un paso más y exigir 5 demandas de mínimos para abordar la emergencia habitacional y conquistar el derecho a la vivienda en todo el Estado. Ahora nos dirigimos a toda la ciudadanía, para que conozca estas demandas y para que le diga a los partidos políticos: «Sin las 5 de la PAH, Yo no os voto».

- 1.- DACIÓN EN PAGO RETROACTIVA: Poner fin a las deudas de por vida, a deudas ilegítimas, garantizar el derecho a volver a empezar. Rescatemos a personas, no a la banca.
- 2.- ALQUILER ASEQUIBLE: El alquiler como una opción de vida segura, estable y a un precio asequible.
- 3.- STOP DESAHUCIOS: Ni una familia más en la calle.
- 4.- VIVIENDA SOCIAL: Poner fin a los pisos vacíos en manos de la banca creando un parque público de alquiler. No se entiende que haya gente sin casas y casas sin gente.
- 5.- SUMINISTROS GARANTIZADOS: No más cortes de agua, luz y gas» [10].

En el libro *Vidas hipotecadas. De la burbuja inmobiliaria al derecho a la vivienda*, Ada Colau y Adrià Alemany [7], personas promotoras de la PAH en Catalunya, hacen referencia al marco internacional de Derechos Humanos y el derecho a la vivienda, señalando su carácter como «[u]n derecho vulnerado sistemáticamente».

En este sentido, el marco de Derechos Humanos constituye una referencia relevante para las plataformas ciudadanas contra los desahucios. A continuación, se resumen los principios relevantes relacionados con el derecho a la vivienda, estableci-

dos en pactos, convenios y recomendaciones internacionales y europeos<sup>3</sup>.

En el marco internacional de Derechos Humanos se pueden identificar diferentes referencias al derecho a la vivienda.

Tabla 2. MARCO INTERNACIONAL Y EUROPEO

DERECHO A LA VIVIENDA
INTERNACIONAL
ONU, Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, Art. 25.
ONU, Organización de las Naciones Unidas. Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1966 [1976], Art. 11.
ONU, Organización de las Naciones Unidas. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 1969, Art. 5.
ONU, Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1991. Observación General N° 4. El derecho a una vivienda adecuada (párrafo 1 del artículo 11 del Pacto).
ONU, Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), 1979, art. 14.
ONU, Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos del niño, 1989, Art. 27.

3 Todos los documentos estratégicos internacionales y europeos citados se alistan en la *Tabla 2*. Los documentos procedentes del contexto español se incluyen en la *Tabla 1*.

ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 4. El derecho a una vivienda adecuada, 1991.

ONU, Commission on Human Rights. Resolution 1993/77. Forced evictions, 1973.

ONU, Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 7. El derecho a una vivienda adecuada (párrafo 1 del artículo 11 del Pacto): los desalojos forzosos, 1997.

ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2000.

ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 15 (2002). El derecho al agua, 2002.

ONU, Organización de las Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2004/28. Prohibición de los desalojos forzosos, 2004.

ONU, Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006, Art. 28.

OHCHR, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. A/HRC/4/18, Principios básicos y directrices sobre los desalojos y el desplazamiento generados por el desarrollo, 2007.

ONU, Organización de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. A/HRC/7/16/Add.2. Informe del Relator Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado, Sr. Miloon Kothari. Misión a España, 7 de febrero de 2008.

OMS, Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe Final. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, 2009.

OMS, Organización Mundial de Salud, Asamblea Mundial de la Salud. WHA62.14. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud, 2009.

OMS, Organización Mundial de la Salud. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2, 2010.

ONU, Organización de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. A/67/286. Informe de la Relatora Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado, 10 de agosto de 2012.

ONU, Organización de las Naciones Unidas. A/HRC/25/54. Informe de la Relatora Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado y sobre el derecho de no discriminación a este respecto, Raquel Rolnik, 30 de diciembre de 2013.

ONU, Organización de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. A/HRC/RES/25/17. La vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado, 14 de abril de 2014.

ONU, Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General. El derecho a una vivienda adecuada. Nota del Secretario General, 7 de agosto de 2014.

ONU, Organización de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. Informe de la Relatora Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado y sobre el derecho de no discriminación a este respecto, Leilani Farha, 22 de diciembre de 2014.

ONU, Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General. Una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado, Nota del Secretario General, 4 de agosto de 2015.

## CONTEXTO EUROPEO

Consejo de Europa, Carta Social Europea, 1961, Art. 31.

Directiva 93/13/CEE, de 5 de abril de 1993, sobre cláusulas abusivas en contratos celebrados con consumidores.

Parlamento Europeo, Consejo de Europa y Comisión Europea. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2000, Art. 17 y 32.3.

Parlamento Europeo. Report on social housing in the European Union, 30 April 2013.

Parlamento Europeo. European Parliament resolution on 11 June 2013 on social housing in the European Union, 2013.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos, el derecho a la vivienda se establece como aspecto inherente a «un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios».

El *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC), nombra el derecho a un nivel de vida adecuado, con mención explícita a la vivienda, añadiendo el derecho a «una mejora continua de las condiciones de existencia», y la obligación de los Estados partes a tomar «medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho». El derecho a la vivienda es reafirmado en diferentes convenciones específicas, entre ellas la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial*, la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, la *Convención so-*

bre los derechos del niño o la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Además, en varias *Observaciones Generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* se hace referencia al derecho a la vivienda. En este sentido, se señala el abismo entre los principios establecidos en el PIDESC y la situación de vivienda en muchas partes del mundo (Observación General N° 4), la incompatibilidad *prima facie* de los desahucios forzosos con los requisitos del PIDESC (N° 7), la especial vulnerabilidad de grupo de población específicos (N° 7) y la importancia de una protección legal y del cumplimiento de estándares de Derechos Humanos en caso de producirse un desahucio (N° 7). En la Observación General N° 14, el derecho a la salud se define como estrechamente vinculado con otros Derechos Humanos, entre ellos el derecho a la vivienda. Finalmente, la Observación General N° 15, publicada en 2002, se dirige a otro aspecto estrechamente relacionado con la vivienda, el derecho al agua, estableciendo como principios básicos su disponibilidad, calidad, accesibilidad física y económica, no discriminación y acceso a la información.

Además, se pueden señalar el documento *Principios básicos y directrices sobre los desalojos y el desplazamiento generados por el desarrollo*, publicado por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos en 2007, en el que se definen las obligaciones de los Estados partes con relación a prohibición de desahucios forzosos, estrategias preventivas y políticas de protección antes, durante y después de un proceso de desahucio, los Informes de la *Relatora Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado*, así como una resolución del Consejo de Derechos Humanos de la ONU en 2014 que

señala la importancia de garantizar la seguridad de la tenencia para personas sin recursos.

El Informe anual 2012 de la *Relatora Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado* hace referencia a la burbuja inmobiliaria y el aumento de las ejecuciones hipotecarias de primeras viviendas en diferentes regiones del mundo, entre ellos el contexto español. A modo de conclusión, señala que «las políticas de vivienda basadas exclusivamente en facilitar el acceso al crédito para comprar una vivienda son incompatibles con la plena realización del derecho a una vivienda adecuada de las personas que viven en la pobreza». En consecuencia, la Relatora Especial pide «que se modifique el paradigma, pasando de las políticas basadas en la “financionalización” de la vivienda a un enfoque de estas políticas centrado en los derechos humanos», recomendando a los Estados combinar las políticas de propiedad de la vivienda con la promoción de sistemas de alquiler y políticas de viviendas sociales.

En el contexto europeo, se puede nombrar la *Carta Social Europea* que establece el reconocimiento del derecho de toda persona a la vivienda (principio 31) y el compromiso de los Estados partes a adoptar medidas destinadas a favorecer el acceso a la vivienda. Además, el derecho a la vivienda se reafirma en la *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*. En 2013, el Parlamento Europeo aprobó una resolución sobre vivienda social, basado en un informe publicado en el mismo año, en el que se señala la relevancia de una disponibilidad de un parque de vivienda social, haciendo referencia explícita al número creciente de personas sin techo en la situación actual de crisis económica y financiera, y la importancia de una focalización de las normas hipotecarias en la protección de las personas consumidoras. El 26 de enero de 2017,

el Tribunal de Justicia de la Unión Europea dictó una sentencia sobre las cláusulas abusivas en los contratos de préstamo hipotecario favorable a las personas en proceso de desahucio.

En la Constitución Española, el derecho a la vivienda se reconoce en el artículo 47 que establece que «todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada». Además, el derecho a la vivienda se incluye en algunos Estatutos autonómicos, entre ellos el Estatuto de Autonomía de Andalucía (Art. 25). El *Relator Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado* identifica en un informe de la misión a España realizada en 2006 (y publicado en 2008) diferentes esferas de preocupación, observando dificultades de asequibilidad económica en consecuencia de la subida de precios de la vivienda, retrasos en los pagos de las hipotecas, así como un bajo porcentaje de vivienda pública y de viviendas de alquiler en el contexto español.

## **Crisis económica, vivienda y salud**

Las personas entrevistadas en el proyecto de investigación *Procesos de desahucio y salud* [1] describen diferentes problemas de salud física, entre ellos problemas cardiovasculares, cerebrovasculares, dermatológicos y digestivos, así como problemas con la tensión arterial, diabetes, colesterol y síntomas asociados, infecciones o dolores en diferentes partes del cuerpo, así como un empeoramiento de enfermedades crónicas durante el proceso de desahucio.

«De hecho tengo el colon irritable, se me paraliza alguna vez el aparato digestivo. Cuando tengo un disgusto muy grande ya,

no puedo ni comer, un dolor tremendo, vamos, increíble, me pongo muy mala».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«El otro día mismo, tuvimos el sofocón de que me iban a cortar la luz, ayer, pues se me puso a trescientos cincuenta el azúcar, me tuve que pinchar insulina, siempre me tengo que pinchar, pero ayer se me subió mucho».

Grupo triangular - Persona en proceso de desahucio

Además, se detectan frecuentes problemas de salud psicológica, entre ellos estados depresivos, desmotivación, desilusión y apatía, un deterioro del cuidado personal, sensaciones de impotencia y autocompasión, así como cambios de humor. Las personas entrevistadas nombran también problemas de concentración, pérdida de memoria, estados de ansiedad, vivencias de intranquilidad, incertidumbre y miedo, así como pensamientos de suicidio.

«De depresión y de... de... impotencia. Impotencia, sentimiento de impotencia de que no puedes hacer nada porque no puedes hacer nada por... por cambiar tu situación. Porque ya te gustaría a ti poder pagar ¿no?».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«Me ha afectado en mi salud. Porque yo muchas veces digo "me quito de en medio, ya está"».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

Estos resultados se pueden poner en relación con el análisis de una interrelación entre crisis económica y salud, presente en la

bibliografía actual [11-24], así como estudios previos sobre crisis económica, procesos de desahucio y salud [25-38].

A lo largo de los últimos años se puede observar la emergencia de una amplia bibliografía [11-24] que estudia la relación entre la crisis económica y la salud física y mental de la población. Desde el reconocimiento del carácter complejo y multifactorial de esta relación [11-13], se distingue entre efectos a corto y largo plazo, a nivel individual o colectivo y a escala estatal o internacional. Los estudios señalan el impacto específico de la crisis económica en la salud de grupos de población con una situación previa de vulnerabilidad social [11-13]. El análisis de crisis económicas anteriores permite identificar características compartidas y diferencias contextuales respecto a la interrelación entre crisis económica y salud [14] [15].

Respecto a la crisis económica actual existen primeros datos sobre su impacto en la salud física y mental de la población [16-24]. Los estudios observan un aumento de problemas de salud mental, ante todo de depresión [16] [17] y ansiedad [16], así como de casos de suicidio [18] [19], cuya mayor prevalencia se relaciona con el estrés asociado a situaciones de inseguridad económica, precariedad laboral, pérdida de empleo y empeoramiento de las condiciones de vida. Además, se prevé un aumento de la mortalidad [14], un empeoramiento de enfermedades crónicas [20], así como el riesgo de una mayor prevalencia de enfermedades transmisibles [21] [22]. La precarización de las condiciones de trabajo se relaciona con un aumento del riesgo de accidentes laborales [23]. Asimismo, se constatan cambios en los hábitos de alimentación y actividad física [23]. A la vez, se observa una disminución de enfermedades cardiovasculares y de accidentes de tráfico que se relaciona con la reducción de la tasa de actividad profesional [23].

La reducción del presupuesto sanitario, la disminución de la accesibilidad y calidad de la atención sanitaria, así como la exclusión de grupos de población específicos del acceso sanitario se identifican como otros factores de riesgo para la salud de la población en el momento actual de crisis económica [11] [14] [24].

Además, se pueden encontrar estudios que centran la atención en la interrelación entre la crisis económica actual, las dificultades en el pago de deudas, la inseguridad de la vivienda, la amenaza de desahucio y la salud de las personas afectadas [25-38]. Se observa un impacto del proceso de desahucio en la salud psicológica de las personas en situación de inseguridad de vivienda y proceso de desahucio, manifestado a través de un aumento de problemas de salud mental [25-35], sintomatologías de malestar psíquico [26-27], depresión [27-32], ansiedad [28] [33], insomnio [26], cansancio [26], estrés [33], así como un aumento del riesgo de suicidio [34-35]. Asimismo, se detecta una peor evaluación de la salud percibida [26] [28] [36] y una mayor prevalencia de síntomas de carácter psicossomático y físico, entre ellos pérdida de apetito [26] o aumento de peso [37], hipertensión [27] [37] [38], dolores de cabeza, espalda o estómago [26], problemas de corazón o de respiración [27], así como enfermedades renales [39]. Algunos estudios incluyen un análisis de cambios en el uso de los servicios sanitarios en el momento de dificultad en el pago de los créditos y amenaza de un proceso de desahucio [27] [38], constatando un aumento del uso de servicios de Urgencias [37], un menor uso de los servicios de Atención Primaria [38], así como una reducción en la adherencia a tratamientos farmacológicos [27].

## La vivienda como determinante social de la salud

Aparte de problemas de salud física y mental, las personas entrevistadas en el proyecto *Procesos de desahucio y salud* [1] describen un impacto del proceso de desahucio en la vida familiar y las relaciones de pareja.

«Cuando tienes un problema de la índole que sea te agria el carácter, te pone de... más... más digamos... a la que saltas, si tienes los nervios a flor de piel pues... pues se nota, y eso se nota en tus relaciones».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«Y luego ya pues las relaciones íntimas. Afecta en todo y muy mal, muy mal. Y tú te notas que... que tú no estás estable. No sé cómo explicarte, pero... Tú pierdes la vida».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

Además, constatan cambios en la situación social y estándar de vida.

«Ahora el martes me cortan la luz, soy diabética, tengo que tener la insulina en la nevera, es que son muchas enfermedades, muchas medicaciones que tengo que tener en la nevera».

Grupo triangular - Persona en proceso de desahucio

«Te adaptas. Que cuando sales con la bolsita con los pantalones de 2€, la camiseta de 1€ y lo que puedas... "¿Y quién se habrá puesto esto...?" Te queda esa cosa. Vienes a casa, lo lavas, lo planchas y dices "¡Qué bonito! ¡Qué guapa voy a ir!"».

Grupo triangular - Persona en proceso de desahucio

Como personas especialmente afectadas se identifica a los hijos e hijas, observando una pérdida de amistades y empeoramiento del rendimiento escolar.

«Igual está más tenso, está más nervioso, también se junta con que le cuesta mucho estudiar, con lo cual, esto también agrava el tema de los estudios».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«Cuando tenía problemas, mis preguntas al profesor siempre eran: "Pero a ver ¿se negó a trabajar? ¿Se negó a hacer cosas? ¿Es conflictivo? ¿Es agresivo con los demás niños?" Me decía el profesor: "No, no, no. El niño simplemente llega, deja la cartera ahí y se cruza de brazos y no hace nada"».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

Además, se manifiesta la preocupación por el riesgo de la pérdida de vivienda de las personas avalistas, a menudo familiares mayores que ya habían pagado la hipoteca de su casa, y el impacto en su salud física y mental.

«Mi madre está con la tensión, que nunca ha tenido problemas de tensión, mi madre está con la tensión mal, muy, muy, muy mal. (...) Y mi padre es enfermo cardíaco, mi padre está alteradísimo».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

Respecto a la respuesta recibida por el Sistema Sanitario Público, las personas entrevistadas relatan diferentes vivencias. En caso de haber podido compartir la situación de desahucio, se describen respuestas de apoyo por parte de profesionales de

Atención Primaria, incluyendo una implicación personal, oferta de ayuda material y/o recomendación de contacto con las plataformas ciudadanas.

«Le conté la verdad, porque yo no tengo por qué ocultar nada, y dice: "Bueno, pues mañana ven que vamos a ir a un mandado", y me llevó a un supermercado y me hizo un mercado de cincuenta euros, sin conocerme de nada el médico».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«Pues yo he ido para que me recete algo y me ha mandado a que vea a la Ada Colau».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

Al mismo tiempo, se critica la reducción de la atención recibida en Salud Mental a una prescripción de psicofármacos y falta de servicios de apoyo psicológico.

«Realmente es que no te escuchan, ellos se dedican a mandarte pastillas, y pastillas, y pastillas, que realmente son pastillas que además enganchan muchísimo».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

En referencia a los Servicios Sociales y otras administraciones públicas, se refleja una frecuente vivencia de falta de ayuda, a excepción de algunas personas que describen experiencias de apoyo.

«El Ayuntamiento... El Ayuntamiento tiene una oficina, donde hay una persona, que lo único que hace es mandar una carta al banco y se la rechaza el banco. Aparte de eso... Los servicios sociales tampoco...».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«Sí, no, Servicios Sociales sí nos ha ayudado, y en ese aspecto, sí estamos muy contentos y nos ha ayudado mucho. A nosotros, sí».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

En cambio, el apoyo prestado por ONG recibe una valoración mayoritariamente positiva, al mismo tiempo que se critican los trámites exigidos.

«Yo tenía que ir a Cáritas y llegué a ir a Cruz Roja, que me han ayudado muchísimo».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«Los bancos de alimentos, la Cruz Roja, las ONG te ayudan, dentro de lo que cabe, pero te piden muchos papeles».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

Desde la observación de un empeoramiento de la salud física y mental de las personas afectadas durante el proceso de desahucio, un impacto del proceso en la situación social, la vida familiar y el estándar de vida, así como la constatación de diferentes experiencias respecto a la respuesta por parte del sistema sanitario o la administración pública, se plantea la pregunta por el lugar de la vivienda y del Sistema Sanitario Público en un modelo de determinantes de la salud.

En diferentes estudios recientes [11] [12] se cita el modelo de determinantes sociales de la salud como un marco teórico aplicable al análisis de las interrelaciones entre crisis económica, contexto sociopolítico, condiciones socioeconómicas, factores de riesgo, políticas socio-sanitarias y salud de la población.

La OMS, Organización Mundial de la Salud, propone un modelo de determinantes sociales de la salud<sup>4</sup> que ha encontrado múltiples revisiones y adaptaciones, entre ellas la versión realizada por la *Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España*<sup>5</sup>. En ambas versiones, se hace referencia a la temática de vivienda y el rol de los servicios sanitarios.

En el Informe de la *Comisión de Determinantes Sociales de la Salud* de la OMS, publicado en 2009, el «acceso a una vivienda y un alojamiento de calidad, agua salubre y a servicios de saneamiento» se define como «un derecho de todo ser humano y una condición indispensable para una vida sana». Entre las medidas que deben adoptarse, se nombra «[g]estionar el desarrollo urbano de forma que haya un mayor acceso a viviendas accesibles». En la *Resolución WHA62.14, del 22 de mayo de 2009*, la Asamblea Mundial de la Salud pide a los Estados miembros tener en cuenta el Informe y las recomendaciones desarrolladas en el mismo.

En el documento *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, publicado por la OMS en 2010, se identifica el marco de Derechos Humanos como el principio que sustenta el modelo de determinantes sociales de la salud, basado a su vez en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

En este modelo conceptual, la vivienda se nombra en diferentes niveles: por un lado, como determinante intermedio (deter-

---

4 Los documentos sobre el modelo de determinantes sociales de la salud publicados por la OMS, Organización Mundial de la Salud, se alistan en la *Tabla 2*.

5 La adaptación del modelo de determinantes sociales de la salud realizada por la Comisión para reducir las desigualdades en salud en España se cita en la *Tabla 1*.

minantes sociales de la salud), en el sentido de un aspecto relevante en las circunstancias materiales, entre las que se cuenta la vivienda, la calidad de la vecindad, la posibilidad de comprar alimentos y ropa, así como las condiciones de trabajo. Entre las condiciones de la vivienda se hace referencia a la disponibilidad de instalaciones sanitarias, agua corriente, aislamiento y calefacción adecuada, la evitación del hacinamiento, así como a las características del entorno de la vivienda. Por otro lado, la vivienda se incluye entre los determinantes estructurales (determinantes sociales de las desigualdades en salud), en el sentido de las políticas sociales, con relación a empleo, vivienda y tierra, que forman parte del contexto socioeconómico y político. Estos dos niveles se ven influidos por la posición socioeconómica, la clase social, el género, la pertenencia étnica, la educación, la ocupación y el nivel de ingreso. Además, el sistema sanitario se concibe como un determinante intermedio de la salud, desde su rol en la reducción de desigualdades en salud a través de la garantía de un acceso equitativo a la atención sanitaria, la promoción de acciones interseccionales para mejorar el estado de salud y la reducción de diferencias sociales en el abordaje de enfermedades crónicas.

En la adaptación del modelo realizado por la *Comisión para reducir las desigualdades en salud en España* (Tabla 1), que a su vez se basan en Solar e Irwin [39] y Navarro, ed. [40], así como en Borrell y Artazcoz [41], se nombra entre los "Determinantes intermedios": 1) Los "Recursos Materiales", entre los que se incluye la "Vivienda y situación material", así como el "Entorno residencial", que a su vez influyen en los "Factores psicosociales" y "Factores conductuales y biológicos"; así como 2) Los "Servicios de Salud". Además, las políticas de vivienda estarían incluidas indirectamente en "Políticas del estado de bienestar", dentro de las "De-

terminantes estructurales de desigualdades en salud". Tanto los determinantes estructurales como intermedios influyen en las "Desigualdades en Salud".

En el informe publicado por la *Comisión para reducir las desigualdades en salud en España* se señala que mientras que en 1994 el porcentaje del gasto de los hogares dedicado al pago de la vivienda y fuentes de energía era menor en el contexto español (23,5%) que en el promedio de la UE-15 (24,7%), en 2005 esta relación se invierte, con un 30,3% del gasto en caso del contexto español, frente a un 28,4% en la UE-15 y 28,1% en la UE-25. El informe recomienda «[c]onsolidar el compromiso político con la acción intersectorial sobre los determinantes de las desigualdades sociales en salud», bajo consideración del impacto de la falta de acceso a una vivienda digna en la salud de la población.

En ambos modelos se señala la influencia, tanto de los determinantes estructurales como intermedios, en la equidad en salud y el bienestar o las desigualdades en salud.

En diferentes trabajos recientes sobre desigualdades sociales en salud [6] [42] [43] se analiza el rol de la vivienda y de las condiciones de vecindad como determinantes sociales y socio-económicos relevantes de la salud, mediante tres aspectos: 1) Las condiciones internas de la vivienda; 2) Las características del área; y 3) La tenencia de la vivienda. Se detecta la necesidad de futuras investigaciones sobre la temática, especialmente con relación a la influencia de un cambio en las condiciones de tenencia de la vivienda y los desahucios [43].

En un trabajo publicado en 2011, Novoa, et al. [6] desarrollan un esquema explicativo de los determinantes sociales de la relación entre vivienda y salud, nombrando como determinantes estructurales las políticas del estado de bienestar, las políticas re-

distributivas y políticas del mercado laboral, así como el mercado y las políticas de vivienda. Como determinantes intermedios resaltan la asequibilidad de la vivienda, el vínculo emocional con la misma, las condiciones físicas de la vivienda, el entorno físico del barrio y las características sociales de la comunidad; analizando su influencia en la salud mental y física, mediada por otros ejes de desigualdad como la clase social, el género, la edad y la etnia.

## **Plataformas ciudadanas contra los desahucios: El activismo como determinante social de la salud**

De forma reiterada, las personas entrevistadas nombran la importancia que tuvo el contacto con la plataforma ciudadana en el abordaje de la situación de desahucio. Resaltan como aspectos positivos el apoyo emocional recibido, la función de información y asesoramiento, la ayuda en el proceso de negociación con las entidades bancarias, así como la posibilidad de movilización colectiva y lucha por el derecho a la vivienda.

«Ya te digo, ya cuando he llegado a la Plataforma, ya he empezado a ver las cosas de otra manera... Y ya, con todas las actividades que hemos hecho, pues... sí es verdad que se quita ese miedo. Porque el miedo, en la mayoría de los casos, es por desconocimiento».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«He estado en muchos grupos, pero nunca he estado tan arropada en un grupo como estoy aquí. Pero, ¿por qué? Porque todos tenemos el mismo problema. Entonces, entendemos».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«Mucho asesoramiento, eh... si hace falta ir al banco no vamos nunca solos, intentamos ir acompañados, que el banco sepa que... Porque cuando tú vas solo al banco, normalmente, te suelen tratar muy mal».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

En el contexto español, a lo largo de los últimos años, se ha formado un amplio movimiento ciudadano en diferentes comunidades autónomas, ciudades, barrios y pueblos en respuesta a la amenaza de desahucio de la primera vivienda.

La PAH, Plataforma de Afectados por la Hipoteca, se constituyó en 2009 en Barcelona, con el precedente del Movimiento V de Vivienda, surgido en mayo 2006 para demandar el derecho a la vivienda y denunciar los abusos en el mercado de alquiler [7] [8]. A lo largo de los últimos años se han creado asambleas PAH en diferentes comunidades autónomas, así como grupos Stop Desahucios vinculados al movimiento 15-M. Ambas plataformas se coordinan a nivel autonómico y estatal. Parten del objetivo de crear un espacio de apoyo colectivo entre personas en proceso de desahucio, así como de trabajar por sus derechos. Entre las demandas prioritarias se incluyen la paralización de los desahucios, la dación en pago y la creación de un parque social de vivienda [7] [8]. Además, se han desarrollado campañas específicas, entre ellas la *Iniciativa Legislativa Popular (ILP)*, promovida por la PAH [44], la *Campaña Stop Cortes de Suministros Básicos* y la demanda de declaración del estado de emergencia habitacional, ambas iniciativas impulsadas por el Movimiento Andaluz por la Vivienda [45], así como, más recientemente, la *Campaña Exigencias PAH* [10].

En sus páginas web, se encuentran disponibles amplias herramientas legales dirigidas a la defensa de los derechos de las per-

sonas en proceso de desahucio en la negociación con la entidad financiera, a través de manuales de actuación y formularios [46] [48]. Además, sus demandas se dirigen a la administración pública, los gobiernos autonómicos y el gobierno central, en el sentido de la reivindicación de una modificación de la legislación vigente y la reorientación de las políticas de viviendas actuales [7] [8].

«Los miembros activos en plataformas ciudadanas entrevistados en el proyecto de investigación *Procesos de desahucio y salud* [1] resaltan su organización asamblearia, así como el principio de apoyo mutuo y participación activa.

Llegamos a un consenso, y por consenso hacemos las cosas, luego sobre ese consenso de cada asamblea tenemos una asamblea, eh..., una coordinadora, que coordina todas las asambleas».

Grupo focal - Persona en proceso de desahucio

«Te toman tu ficha, te informan... También te lo dicen "No somos una asesoría jurídica gratuita. Pero si tú luchas con nosotros, nosotros lucharemos contigo"».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

Este carácter como herramienta de auto-organización colectiva y diferenciación de un servicio de asesoramiento o entidad caritativa también se nombra en el *Libro Verde* de la PAH [48].

«Es muy importante darnos cuenta que la PAH no es un servicio de asesoramiento "tradicional", donde generalmente una persona llega, cuenta su problema a otra más entendida, y espera que ésta sea la que resuelva el tema. Y es que hemos visto que necesitamos luchar juntas para conseguir resultados.

La PAH no es una asociación de consumidores ni una entidad caritativa: es un movimiento ciudadano para la defensa y conquista de nuestros derechos» [48].

El proceso de emergencia y difusión de las plataformas ciudadanas contra los desahucios plantea la pregunta por su lugar como determinante social de la salud.

Las personas entrevistadas en el proyecto de investigación *Procesos de desahucio y salud* describen a las plataformas ciudadanas contra los desahucios como el aspecto que más les ha ayudado en el proceso de negociación con las entidades bancarias.

«Me ha aportado más en salud mental, ahora mismo, en mi bienestar, de pensar mejor y quitarme malas ideas e historias, me ha aportado mucho más la Plataforma que el médico».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«Yo he cambiado mucho, yo a raíz de entrar en Stop Desahucios es cuando me han quitado todos los miedos y he cambiado».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«Y cuando vas conociendo más casos, vas conociendo más historias y vas conociendo todo dices "No soy culpable, no soy culpable. Soy otra víctima más del sistema"».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

Al mismo tiempo, algunas personas activas en las plataformas hacen referencia al impacto emocional de la participación en la plataforma que les obligaba a tomar distancia.

«Al cabo del tiempo, dijeron "Mira, yo no puedo continuar aquí. Me supera, no puedo"».

Grupo triangular - Persona en proceso de desahucio

«Hay muchos momentos de mucho subidón de energía, que son muy chulos porque no le sirven solo al movimiento en sí y a la situación en la que tú estás participando, sino que te dan vida a ti, vamos; y que le afectan al resto de tu vida. Pero los bajones también».

Grupo focal - Persona en proceso de desahucio

En la bibliografía reciente [49-51], se pueden encontrar trabajos que estudian el rol de los movimientos sociales en general [49] [50], y específicamente de las plataformas ciudadanas contra los desahucios [51] como determinantes sociales de la salud, desde su rol como espacio de contención, apoyo mutuo y empoderamiento, en el sentido de una recuperación de un "lugar de utilidad social" [51]. Además, se resalta su relevancia en el desarrollo de estrategias de acción en defensa de los derechos ciudadanos y mejora de la equidad en salud.

## **El rol del Estado: Medidas de protección contra los desahucios**

Aparte de resaltar la aportación de las plataformas ciudadanas, las personas entrevistadas en el estudio *Procesos de desahucio y salud* [1] expresan recomendaciones dirigidas a la administración pública, la Consejería de Salud y los cargos políticos.

Respecto a la administración pública, se expresa la demanda de una reducción del desempleo, la disponibilidad de ayudas so-

ciales, renta básica y alquileres sociales, transparencia en la gestión de dineros públicos y asesoría jurídica para garantizar el derecho constitucional a la vivienda.

«Un trabajo que puedas comer, que puedas pagar. No lujos, yo quiero un sueldo para comer y para pagar. Y que no me tenga que dar de comer nadie. Que sean mis manos».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«De hecho ahora estamos intentando pedir la renta básica, que es lo más lógico, creo, lo más lógico. Si no tienes trabajo, se te acaba... Porque el paro y la ayuda viene porque has trabajado, pero por lo menos, qué menos que den una ayuda. Si trabajas pues que la quiten».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«Que haya como en otros países, un buen librito donde se lista adónde va el dinero de los impuestos de los ciudadanos».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

A la Consejería de Salud, se pide, entre otras demandas, el mantenimiento del Sistema Sanitario Público, la reducción del copago de medicamentos, la elaboración de un protocolo de actuación para personas en proceso de desahucio, así como la disponibilidad de apoyo psicológico.

«No recortar tanto de la seguridad social, por el amor de Dios, que las personas se tienen que curar, ¿no? ¿Qué pasa, que ahora se van a dejar morir a la gente porque no pueden tener más gente metida, porque faltan médicos?».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«Y yo pienso que sí tenía que haber un protocolo de actuación, igual que hay para las mujeres maltratadas, o para los niños maltratados, debería haber para la gente que está así».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

«Más ayuda psicológica. Aparte de tratamiento, pues más ayuda psicológica a la persona».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

A dirigentes en el ámbito político, se demanda una escucha de las necesidades de la ciudadanía y responsabilización de la situación actual.

«Que se responsabilizaran un poco de la situación. Que aceptaran ellos que también ellos se han equivocado. Y que aquí hay que hacer cambios con profundidad».

Entrevista individual - Persona en proceso de desahucio

En diferentes publicaciones recientes [6-13] [24] [52-54], se identifican medidas institucionales de protección para prevenir o paliar el efecto de la crisis económica en la salud individual y colectiva. En este sentido, se observa un efecto positivo de políticas sociales, medidas de fomento de empleo, la inversión en sistemas sanitarios públicos y el fomento de la vivienda social [6-13] [24] [52-54]. Respecto a las políticas de vivienda y procesos de desahucio, se señala la importancia de facilitar la refinanciación de la deuda, la dación en pago, así como la creación de un parque de vivienda social y sistemas de ayuda al pago del alquiler [6-9].

En un estudio publicado en 2011 [54] se destaca el rol relevante del Estado en el trabajo hacia una mejora de la situación

de vivienda, prevención de problemas de salud relacionados con la misma y atención a las personas en proceso de desahucio. Además, se describen sistemas de prevención de los desahucios, incluyendo medidas de fomento de la vivienda social, apoyo económico, asesoramiento económico y procesos de resolución de conflicto [54]. Respecto al sistema sanitario, se destaca su rol relevante en la prevención de problemas de salud relacionados con la situación de vivienda y la atención a las personas en proceso de desahucio [54].

En el contexto español, a lo largo de los últimos dos años se han introducido varias medidas legislativas relacionadas con los desahucios, tanto a nivel estatal como autonómico (*Tabla 1*). Desde las plataformas ciudadanas se aporta una revisión crítica de los decretos y leyes, señalando sus limitaciones en la protección de los derechos de las personas en proceso de desahucio [10].

## **Construir políticas de vivienda basadas en un marco de Derechos Humanos y un modelo de determinantes sociales de la salud**

La actual situación en el contexto español revela la importancia de la vivienda como determinante social de la salud. En respuesta a esta situación, a lo largo de los últimos años ha surgido un movimiento ciudadano que demanda el cese de los desahucios, la garantía del acceso a una vivienda digna y los suministros básicos, haciendo referencia al derecho a la vivienda establecido en el marco internacional de Derechos Humanos. El rol que adquieren las plataformas ciudadanas para las personas en proceso de desahucio indica su relevancia como determinante social

de la salud. Las políticas estatales de protección de la vivienda se identifican como un determinante estructural relevante en el proceso de abordaje de los procesos actuales de desahucio y su impacto en la salud.

La aplicación del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud a la situación actual de desahucios en el contexto español posibilita un enfoque multidimensional desarrollado con el objetivo de mitigar el impacto en las condiciones de vida y la salud de las personas en proceso de desahucio. Desde la consideración de la atención a los determinantes sociales de la salud como mandato bioético [55] y principio de Derechos Humanos [56], la protección contra los desahucios se convierte en una prioridad ético-política en el momento actual de crisis económica y sistémica.

## **Agradecimientos**

Mis agradecimientos a los miembros del equipo de investigación del proyecto *Procesos de desahucio y salud* (Isabel Ruiz Pérez, Noelia García Toyos, Maribel Tamayo Velázquez, Ainhoa Ruiz Azarola, Manuela López Doblaz y Nuria Luque Martín), al Grupo Stop Desahucios Granada - 15M, a los grupos de PAH, Plataforma de Afectados por la Hipoteca y Stop Desahucios de todas las provincias andaluzas y a todas las personas participantes en las entrevistas individuales, grupos triangulares y grupos focales.

## Bibliografía

- [1] Suess-Schwend, A.; Ruiz-Azarola, A.; Tamayo-Velázquez, M. I.; García-Toyos, N.; López-Doblas, M.; Luque-Martin, N.; Ruiz-Pérez, I. (2015). "Mortgage-Related Eviction Processes, Self-Reported Health Status, Experiences of Discrimination and Civil Society Engagement: Analysis from a Social Determinants of Health Framework". *European Journal of Public Health* 25(suppl 3): 27.
- [2] Consejo General del Poder Judicial. *Datos sobre el efecto de la crisis en los órganos judiciales. Datos desde 2007 hasta el tercer trimestre de 2016*. Accesible en: <https://goo.gl/ADVxPR>
- [3] INE, Instituto Nacional de Estadística (2016). *Estadística sobre Ejecuciones Hipotecarias. Cuarto trimestre de 2015 y Año 2015*. Datos provisionales, 3 de marzo de 2016. Accesible en: <https://goo.gl/NUV9de>
- [4] Consejo General del Poder Judicial (2013). "Una aproximación a la conciliación de los datos sobre ejecuciones hipotecarias y desahucios". *Boletín Información Estadística* 35: 1-9. Accesible en: <https://goo.gl/9ua8Me>
- [5] Colau, A.; Alemany, A. (2013). *2007-2012: Retrospectiva sobre desahucios y ejecuciones hipotecarias en España, estadísticas oficiales e indicadores*. Barcelona: PAH, Plataforma de Afectados por la Hipoteca. Accesible en: <https://goo.gl/zVJPY8>
- [6] Novoa, A. M.; Bosch, J.; Díaz, F.; Malmusi, D.; Darnell, M.; Trilla, C. (2014). "El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda". *Gaceta Sanitaria* 28(1): 44-50.
- [7] Colau, A.; Alemany, A. (2012). *Vidas hipotecadas. De la burbuja inmobiliaria al derecho a la vivienda*. Barcelona: Angle Editorial.
- [8] Alemany, A.; Colau, A.; Escorihuela, I.; Odonia, A.; Pidemont, M.; Pisarello, G.; Vernia Trillo, S. (2013). *Emergencia habitacional en el Es-*

tado Español. Barcelona: Observatorio OESC, Plataforma de Afectados por la Hipoteca.

- [9] Trilla i Bellart, C. (2014). "Desigualdad y vivienda". *ACE Architecture, City, and Environment* 9(26): 95-128.
- [10] PAH, Plataforma de Afectados por la Hipoteca (2015). *Exigencias PAH entre en una nueva fase y decimos a los partidos políticos ¡Sin las 5 de la PAH, yo no os voto!*, 24/11/2015. Accesible en: <https://goo.gl/jWv4kL>
- [11] Dávila Quintana, C. D.; González López-Valcárcel, B. (2009). "Crisis económica y salud". *Gaceta Sanitaria* 23(4): 261-65.
- [12] Kaplan, G. A. (2012). "Economic crises: some thoughts on why, when and where they (might) matter for health –a tale of three countries". *Social Science & Medicine* 74(5): 643-6.
- [13] Suhrcke, M.; Stuckler, D. (2012). "Will the recession be bad for our health? It depends". *Social Science & Medicine* 74(5): 647-53.
- [14] WHO, World Health Organization (2009). *The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation*. Geneva: WHO.
- [15] Stuckler, D.; Basu, S.; Suhrcke, M et al. (2009). "The health implications of financial crisis: a review of the evidence". *The Ulster Medical Journal* 78(3): 142-5.
- [16] Zivin, K.; Paczkowski, M.; Galea, S. (2011). "Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities". *Psychological Medicine* 41(7): 1343-8.
- [17] Economou, M.; Madianos, M.; Peppou, L. E.; Patelakis, A.; Stefanis, C. N. (2013). "Major depression in the era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece". *Journal of Affective Disorders* 145(3): 308-314.
- [18] Kentikelenis, A.; Karanikolos, M.; Papanicolas, I.; Basu, S.; McKee, M.; Stuckler, D. (2011). "Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy". *The Lancet* 378: 1457-1458.

- [19] Ecomou, M.; Madianos, M.; Theleritis, C.; Peppou, L. E.; Stefanis, C. N. (2011). "Increased suicidality amid economic crisis in Greece". *The Lancet* 378:1459.
- [20] Winters, L.; McAteer, S.; Scott-Samuel, A. (2012). *Assessing the impact of the economic downturn on health and wellbeing*. Liverpool: Liverpool Public Health Observatory.
- [21] Pérez-Molina, J. A.; Pulido Ortega, F.; Comité de expertos del Grupo para el Estudio del Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) (2012). "Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana". *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 30(8): 472-478.
- [22] Semenza, J. C.; Tsolova, S.; Lim, T. A. (2011). "Economic crisis and infectious disease control: a public health predicament". *European Journal of Public Health* 22(1): 5-6.
- [23] Martin-Moreno, J. M.; Alfonso-Sanchez, J. L.; Harris, M. et al. (2010). "The effects of the financial crisis on primary prevention of cancer". *European Journal of Cancer* 46(14): 2525-33.
- [24] Mladovsky, P.; Srivastava, D.; Cylus, J. et al. (2012). "Health Policy in the Financial Crisis". *Eurohealth* 18(1): 3-6.
- [25] Houle, J. N. (2014). "Mental health in the foreclosure crisis". *Social Science & Medicine* 118: 1-8.
- [26] Cannuscio, C. C.; Alley, D. E.; Pagán, J. A. et al. (2012). "Housing strain, mortgage foreclosure, and health". *Nursing Outlook* 60: 134-142.
- [27] Pollak, C. E.; Lynch, J. (2009). "Health status of people undergoing foreclosure in the Philadelphia region". *American Journal of Public Health* 99(10): 1833-1839.

- [28] Burgard, S. A.; Seefeldt, K.; Zelner, S. (2012). "Housing instability and health: Findings from the Michigan recession and recovery study". *Social Science & Medicine* 75: 2215-2224.
- [29] Osypuk, T. L.; Caldwell, C. H.; Platt, R. W.; Misra, D. P. (2012). "The consequences of foreclosure for depressive symptomatology". *Annals of Epidemiology* 22(6): 379-387.
- [30] McLaughlin, K. A.; Nandi, A.; Keyes, K. M.; Uddin, M.; Aiello, A. E.; Galea, S.; Koenen, K. C. (2012). "Home foreclosure and risk of psychiatric morbidity during the recent financial crisis". *Psychological Medicine* 43(7): 1441-1448.
- [31] Cagney, K. A.; Browning, C. R.; Iveniuk, J.; English, N. (2014). "The Onset of Depression During the Great Recession: Foreclosure and Older Adult Mental Health". *American Journal of Public Health* 104(3): 498-505.
- [32] Gili, M. (2013). "The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary health care 2006-2010". *European Journal of Public Health* 23(1): 103-108.
- [33] Murphy, E.; Scott, M. (2013). "Mortgage-related issues in a crisis economy: Evidence from rural households in Ireland". *Geoforum*: in press.
- [34] Meltzer H.; Bebbington P.; Bruha T.; Jenkins R.; McManus S.; Dennis, M. S. (2011). "Personal debt and suicidal ideation". *Psychological Medicine* 41(4): 771-778.
- [35] Houle, J. N.; Light, M. T. (2014). "The Home Foreclosure Crisis and Rising Suicide Rates, 2005 to 2010". *American Journal of Public Health* 104(6): 1073-1079.
- [36] Lau, C.; Leung, L. A. (2014). "Mortgage debt as a moderator in the association between unemployment and health". *Public Health* 128(3): 239-245.

- [37] Arcaya, M.; Glymour, M. M.; Chakrabarti, P.; Christakis, N. A.; Kawachi, I.; Subramanian, S. V. (2013). "Effects of proximate foreclosed properties on individuals' weight gain in Massachusetts, 1987-2008". *American Journal of Public Health* 103(9): e50-56.
- [38] Pollack, C. E.; Kurd, S. K.; Livshits, A.; Weiner, M.; Lynch, J. (2011). "A case-control study of home foreclosure, health conditions, and health care utilization". *Journal of Urban Health* 88(3): 469-478.
- [39] Solar, O.; Irwin, A. (April 2007). "A conceptual framework for action on the social determinants of health". Discussion paper for the *Commission on Social Determinants of Health*.
- [40] Navarro, V. (ed.) (2004). *The political and social contexts of health*. Amityville: Baywood Publishing.
- [41] Borrell, C.; Artazcoz, L. (2008). "Las políticas para disminuir las desigualdades en salud". *Gaceta Sanitaria* 22(5): 465-473.
- [42] Dunn, J. R.; Hayes, M. V.; Hulchanski, J. D.; Hwang, S.; Potvin, L. (2006). "Housing as a Socio-Economic Determinant of Health. Findings of a National Needs, Gaps and Opportunities Assessment". *Canadian Journal of Public Health* 97(3): S11-S15.
- [43] Gibson, M.; Petticrew, M.; Bambra, C.; Sowden, A.; Wright, K.; Whitehead, M. (2011). "Housing and health inequalities: A synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health". *Health & Place* 17: 175-184.
- [44] PAH, Plataforma de Afectados por la Hipoteca (2014). *ILP, Iniciativa Legislativa Popular 2014*. Accesible en: <https://goo.gl/1Z6oBZ>
- [45] Movimiento Andaluz por la Vivienda. *Documento íntegro de la petición del Movimiento Andaluz por la Vivienda al Parlamento Andaluz, s.a.* Accesible en: <https://goo.gl/8bwTAz>
- [46] PAH, Plataforma de Afectados por la Hipoteca (2013). *Manual 'Obra Social La PAH'*. Accesible en: <https://goo.gl/hLRxk9>

- [47] PAH, Plataforma de Afectados por la Hipoteca (2017). *Documentos útiles*. Accesible en: <https://goo.gl/ktXAai>
- [48] PAH, Plataforma de Afectados por la Hipoteca (2014). *Libro Verde de la PAH*. Accesible en: <https://goo.gl/DgHxJi>
- [49] López Arellano, O.; Escudero, J. C.; Carmona, L. D. (2008). "Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde El Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de La Salud, ALAMES". *Medicina Social* 3(4): 323-335.
- [50] Blas, E.; Gilson, L.; Kelly, M. P.; Labonté, R.; Lapitan, J.; Muntaner, C. et al. (2008). "Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do?". *The Lancet* 372(9650): 1684-1689.
- [51] Ruiz Peralta, E. (2014). *Desahuciar, desalojar, ejecutar. Cuando la política callejera se convierte en medicina*. Accesible en: <https://goo.gl/TwQvSe>
- [52] Krieger, J.; Higgins, D. L. (2002). "Housing and health: Time Again for Public Health Action". *American Journal of Public Health* 92(5): 758-768.
- [53] Stuckler, D.; Basu, S.; Suhrcke, M.; Coutts, A.; McKee, M. (2009). "The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis". *The Lancet* 374: 315-323.
- [54] Stenberg, S. A.; van Doorn, L.; Gerull, S. (2011). "Locked out in Europe: A Comparative Analysis of Evictions Due to Rent Arrear in Germany, The Netherlands and Sweden". *European Journal of Homelessness* 5(2): 39-61.
- [55] Puyol, A. (2012). "Ética, equidad y determinantes sociales de la salud". *Gaceta Sanitaria* 36(2): 178-181.
- [56] Chapman, A. R. (2010). "The social determinants of health, health equity, and human rights". *Health and Human Rights* 15; 12(2): 17-30.

# CUIDADOS Y TRABAJOS INVISIBLES COMO TODO LO DOMÉSTICO

Carmen López Román · Vicky López Ruiz

**C**uesta trabajo escribir en el nombre de las cosas cuando se desconoce la carne de su matriz. Nombramos desconociendo los orígenes de los nombres, ¿qué queremos decir cuando hablamos de los cuidados y los trabajos, y cuando a estos les denominamos invisibles?

¿Por qué en este país son tan mágicas las connotaciones de la palabra cuidado y hogar y, sin embargo, a la vez están tan invisibles sus protagonistas y la realidad cotidiana que construyen los entresijos que la sustentan?

Significa doméstico: de la casa. Significa trabajar: sufrir, esforzarse para luego derivar en cepo de tortura. Significa cuidados: prestar atención. Todo ello según el diccionario etimológico de Joan Corominas [1].

Por lo tanto las tareas que ocurren en el ámbito de lo doméstico no se podían realizar sin un poco, al menos un poco, de dedicación al cuidado.

Somos seres interdependientes. ¿No es la dependencia un tema de la modernidad? Desde siempre hemos necesitado ayuda para nacer o para morir, ayuda para nuestra crianza, ayuda para

mantener nuestros espacios vitales, ayudas para nuestro Estar en Bien estar.

Y siempre se da por hecho que alguien se va a encargar espontáneamente de ello y, aún más, siempre se da por hecho que lo vamos a hacer las mujeres.

## **Del trabajo por amor a la precariedad laboral**

En el siglo XIX la aristocracia de este país fue amamantada con la leche de las campesinas que se trasladaron a la ciudad para "buscarse la vida". Muchas gentes somos una auténtica hermandad de leche, que ha generado unas relaciones pseudo-amorosas, serviles y desiguales entre los/as hermanos/as de leche...

No se sabe las repercusiones que para ellas tuvieron el desvincularse de sus hijos mayores, de su entorno, de sus vínculos, ni hasta dónde llegó la producción láctea de su vida, ni las consecuencias de su internamiento. En fin, se desconocen las repercusiones de su servicio. Y decimos servicio porque no estaban aún consideradas como trabajo estas tareas de criar a los hijos ajenos, o limpiar la plata de señoras palaciegas, o almidonar las puñetas de camisas blancas de señores públicos, o habilitar la nutricia caliente para el instante en que fuera demandada una cena o un almuerzo.

Se desconoce qué sentían, quiénes eran, qué saberes ocultaban, solo se sabe que algunas mujeres ya mayores tienen sus huesos molidos de tanto trabajar y surcos en la cara, gesto agrio y eso que de niña nos asustaba cuando nos obligaban a darles besos, "cara de amargá".

Otras no estaban internas, echaban horas, y en su DNI como profesión siempre ponía sus labores, que es el oficio que a las mu-

jeros nos correspondía, nuestras labores, las labores del hogar. Seguir este hilo nos llevaría muy lejos, solo son entremeses del tema que nos ocupa.

En los últimos 30 años las mujeres se han incorporado al mundo del empleo casi masivamente. Sin embargo esto ocurre sin que los hombres hayan asumido más responsabilidades en el seno del hogar y de los cuidados, y sin que existan servicios públicos que sustituyan las tareas de las amas de casa, perverso nombre, por cierto, que te hace dueña y heredera de una compleja tarea por los siglos de los siglos.

El mundo del empleo está diseñado dando por hecho que todo sigue igual en el ámbito doméstico. Que "alguien" va a seguir ejerciendo las tareas sin contraprestación económica alguna. Ese "alguien" suele ser en muchos casos la "trabajadora del hogar".

La mayoría de ellas están destinadas en la actualidad al cuidado de las personas mayores dependientes, realizando atención permanente a las necesidades materiales de las personas y al sostén emocional y mental de ellas y de la familia con la que convive.

Están sometidas a unos largos horarios, son testigas de grandes conflictos, de esa cosa llamada "secretos de familia". La mayoría están semi internas porque las necesidades de cuidado abarcan casi 16 horas diarias con un gran esfuerzo físico y mental.

Voz 1: A las 8 de la mañana, se levanta la persiana de una habitación oscura y que huele a pañal lleno. Comienza la faena, de aseo y compostura al son de un mantra: ¡ay, ay, ay! Ignoramos el origen de tanto dolor acumulado, de tanta rabia en cuerpo tan inmóvil, tan desgastado, que nos supone hacer un esfuerzo enorme para sacar de nuestra piel, el olor a pañal lleno y el incisivo y cansino ¡¡¡ay, ay, ay!!! Prefiero no pensar, no mirar

atrás, ¿quién me va a mí a cuidar? Me distraigo de mis propios pensamientos, disimulo la hartura sin un día de respiro y sigo porque de mí depende y solo de mí, ella y mi pan.

Voz 2: Es una niña encantadora, se parece tanto a mi chica. Me gusta hacerle la cena antes de que venga su madre de trabajar, la pobre no tiene con quién hablar...

Está muy sola esta niña, me recuerda mucho a mi chica... ¿Cómo estará? Dice mi madre que bien, que es un trasto pero que no me preocupe, que por las noches llora pensando en mí, que me echa de menos... pero que se le pasará.

Hoy la señora me ha dicho que no es bueno que me encariñe con la niña, que me lo agradece pero que no, que no me encariñe con la niña... ¿Qué querrá que haga? Si me paso el día aquí, con la niña y la abuela.

La mayoría de ellas son mujeres, madres de tres o cuatro hijos y cabeza de familia, la mayoría de ellas como las nodrizas del s. XIX han abandonado su tierra, su espacio, su país para convertirse en sustentadoras y sostén de su familia, pero para ello han tenido que abandonar su propio cuidado.

Solo dos de cada diez cuentan con contrato laboral y dos horas de respiro, mantienen migrañas y penas, acidez en el carácter y el aparato digestivo, dolor de espalda y fatiga.

Hay mujeres que trabajan por horas y por días, son las conocidas como "la mujer que nos echa una mano en casa". Ni agradecido el trabajo ni pagado, una ayudita... "apariciencia de más cómodo" tiene, el llegar a una casa a primera hora de la mañana y encontrarte con caóticas cocinas, endiablados cuartos de adolescentes con un desorden enorme, una nota encima de la mesa de la cocina que te dice:

María, ayer tuvimos invitados y a la cocina habría que darle una manita a los azulejos. No se preocupe por la plancha, ya la hace el próximo día.

Tres horas al día por tres casas, tres cestas de la plancha, tres cocinas grasientas, tres lavadoras por tres casas, tres salones con calcetines debajo del sofá y pelos de gato, "miajas" de pan por todas partes; y a ese chiquillo que no se le puede quitar, ni nadie lo intenta, la manía de mear fuera del tiesto.

Lejía para los baños, amoniacal y desengrasante son los aromas profundos que se suele respirar, guantes de goma de los baratos que se rompen a cada tres y que te dicen que no los cuidas. Últimamente te ahogas y te pica la garganta. Dicen que a lo mejor estás desarrollando una alergia o es del tabaco, eso va a ser "tabaco, ya te digo".

El aumento de desempleo, la pérdida de la vivienda, han hecho que muchas mujeres hayan escogido esta vía para sumar ingresos en sus familias. Los precios de una hora de trabajo oscilan entre 5 y 12 euros, concretamente en el entorno de Andalucía el precio más estable son 6 euros la hora con mucha suerte, pero nunca por este camino van a encontrar estabilidad laboral.

Nos protegen, hacen que nuestro espacio sea confortable a la vuelta de nuestra jornada laboral, se chupan las rabetas de nuestros hijos y los delirios y neurosis de nuestros mayores, mueven cuerpos pesados y doblan nuestras bragas, nos oyen cantar en la ducha y saben de nuestros secretos, saben bien dónde guardamos el orfidal, no tienen derechos laborales, ni posibilidad de adquirirlos y solo cobran entre 600 y 1100 euros por su jornada laboral.

¿Cómo estamos resolviendo las necesidades de cuidado? Las cadenas globales de cuidados<sup>1</sup>, mujeres que cuidan para que otras puedan trabajar cuidando, permitiendo así que otras mujeres y hombres puedan acceder a otros empleos...

¿Hasta cuándo vamos a seguir pagando caro lo que no tiene valor y no dándole valor a lo que importa, pagándolo a precios ridículos y sin abordar ninguna de las complejidades que conlleva, con total ausencia de derechos?

## La salud pública y el trabajo invisible

«Cuidar es “hacerse cargo de los cuerpos sexuados” y de las relaciones que los atraviesan».

*Precarias a la deriva, 2005*

Desde el principio de los tiempos, la condición biológica del ser mujer le ha atribuido la responsabilidad del trabajo de cuidados. Este trabajo presenta una doble dimensión “material”, corporal –realizar tareas concretas con resultados tangibles, atender al cuerpo y sus necesidades fisiológicas– e “inmaterial”, afectivo-relacional –relativa al bienestar emocional– [1]. El hecho de que las mujeres sean capaces de dar vida les atribuyó automáticamente la facultad no solo de crearla sino también la obligación de mantenerla y de ser testigo de otras vidas. De esta manera, con la división sexual del trabajo (véase el capítulo de género y salud) a la mujer se le atribuye

---

1 Arlie Hochschild definió las cadenas globales de cuidado como «una serie de vínculos personales entre seres que está en distintos lugares del globo basado en el trabajo asalariado y no asalariado de cuidados».

el ámbito de lo doméstico, generando unas pautas de socialización que tienen que ver con la relación hacia el "otro". La socióloga Ann Oackley [2] realizó unos de los primeros estudios que analizan de manera integral las repercusiones en el bienestar de las mujeres de esta asunción del trabajo doméstico como algo propio de su rol. Puso de manifiesto cómo el trabajo doméstico se relacionaba con insatisfacción, monotonía, aislamiento, mínima interacción social e, incluso, con patologías de salud mental como la depresión.

Hoy día no encontramos demasiados estudios que valoren el impacto en la salud del trabajo doméstico y de cuidados. Al ser un trabajo invisibilizado y asumido dentro de los roles de género, al que además se le acompaña un significado relacionado con la expresión del amor, históricamente no se ha tenido en cuenta a la hora de estudiar determinantes de salud. Con el nacimiento de la Nueva Salud Pública y la superación del concepto de salud como la ausencia de enfermedad, se ponían en relieve el papel del empleo, el apoyo social, la clase social... en la salud de las personas. La toma de conciencia de la importancia de los determinantes sociales de la salud, traía consigo la revalorización de la capacidad de la comunidad y el entorno de generar salud. Sin embargo, factores como el trabajo doméstico y los cuidados no fueron introducidos hasta más tarde. Concretamente en España, los cuidados fueron añadidos como determinante intermedio por el documento *Avanzando en Equidad*<sup>2</sup>. Aún hoy, modelos de de-

---

2 El documento «*Avanzando en Equidad*» fue realizado en 2010 por la *Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. En él mediante el marco conceptual del modelo de determinantes sociales se elaboraban una serie de propuestas políticas e intervenciones con el objeto de reducir las desigualdades sociales en salud en España.

terminantes como el de la OMS aún no contemplan los cuidados como un determinante social de la salud.

Si analizamos el estudio del impacto en salud de todo lo anteriormente expuesto, cabe distinguir tres tipos de situaciones analizadas, que tienen que ver con toda la evolución del modelo de explotación del trabajo femenino:

- El del trabajo doméstico asumido por las amas de casas y el sistema de cuidados informal<sup>3</sup>.
- La doble jornada: el impacto en la salud de soportar los dos tipos de trabajo, el remunerado y el de cuidados.
- El trabajo doméstico asalariado (cadenas globales de cuidados): al ya depender de una relación contractual y ser mediado por dinero, no solo hay una subordinación de género sino también de clase y etnia.

## Familia, trabajo y género

«El ámbito familiar es el reducto más oculto y desrregulado donde se ejercen el poder, la autoridad y el control en la extracción del esfuerzo de trabajo».

Moss, N. E. Et al. (2002)

---

3 Aunque utilizamos este término por ser el otorgado en la mayoría de artículos científicos y de leyes, hemos de señalar que la separación entre los saberes formales y los informales nos parece un reducto de la jerarquización de saberes y de la expropiación de los saberes ancestrales de las mujeres por parte de la ciencia hegemónica.

Esta invisibilidad y olvido ante la sociedad general comporta que la familia sea donde se sufren las mayores relaciones de desigualdad. No podemos obviar que los países mediterráneos constituyen el paradigma del modelo familista, es decir, que asumen que la familia debe ocuparse de la provisión de bienestar para sus miembros [3]. El trabajo de cuidado y de mantenimiento de la vida sigue recayendo de forma mayoritaria en las mujeres. Sistema sanitario y demás instituciones implicadas en el cuidado (Servicios Sociales o el Estado en general) asumen una parte mínima, de manera que el cuidado informal sigue siendo una fuente principal de sostenimiento de la vida en la sociedad actual (según estudios recientes en más del 80% de los casos [4]). Con el neoliberalismo y la supremacía de lo individual frente a lo colectivo, los cuidados, que siempre tuvieron ese lugar subalterno propio de la sociedad patriarcal, se desplazan cada más vez a la marginalidad<sup>4</sup> (Figura 1). Y con ello, asistimos al deterioro inminente de las condiciones de unas cuidadoras ahogadas por la convivencia entre los nuevos modelos de familia, el romanticismo del cuidado y una respuesta institucional vaga [5].

En los últimos años hemos visto aumentar las investigaciones sobre el cuidado informal<sup>5</sup> y la repercusión de este en la salud de

---

4 En palabras de Amaia Pérez Orozco, la crisis de los cuidados es el proceso actual de reorganización de la forma de cobertura de la necesidad de cuidados de la población que implica una reestructuración del conjunto del sistema socioeconómico en el Estado español. Los cambios en los modelos de familia, la incorporación de la mujer al empleo remunerado y la supremacía de los mercados frente a la vida, han hecho que nos encontremos en un momento en el que todo el colchón de cuidados que sostienen el sistema se tambalea.

5 El cuidado informal ha sido definido en el *Libro blanco de la dependencia* (2005) [3] como «el que se presta por parientes, amigos o vecinos. Este con-

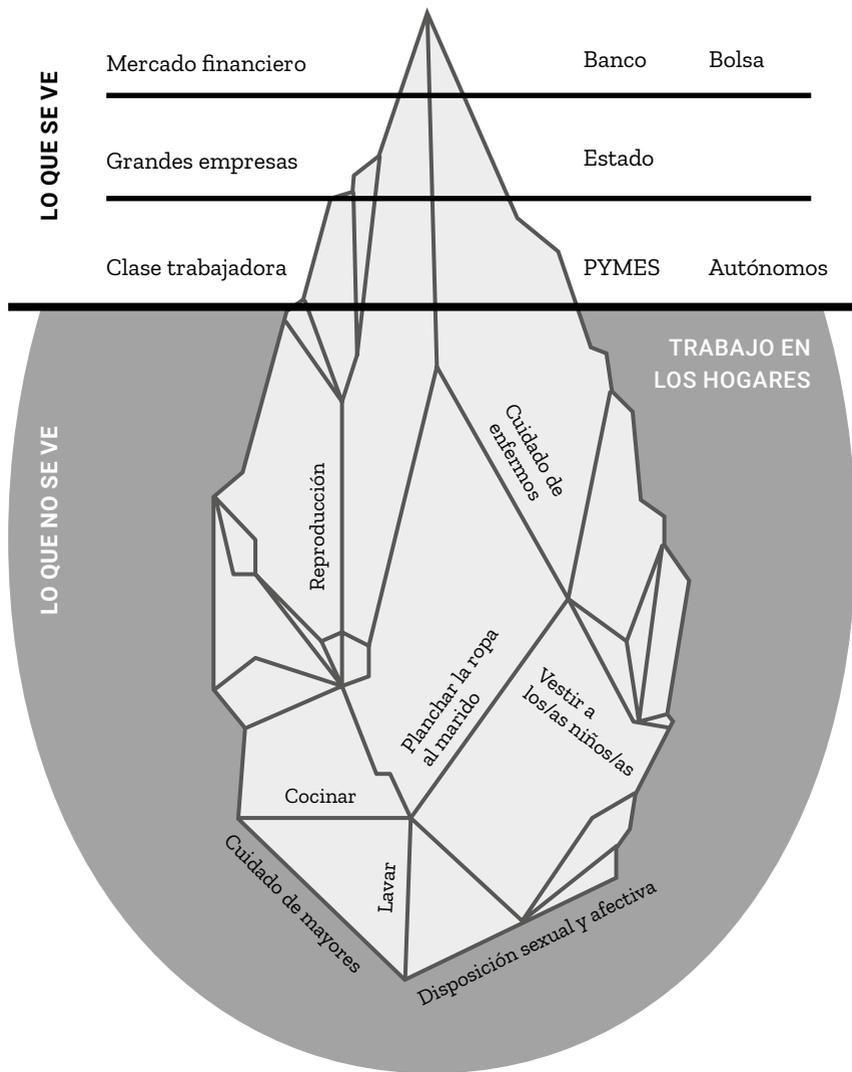


Figura 1. ICEBERG DE LA ECONOMÍA FEMINISTA  
 Adaptado de Durán, M. A. (2009)

las personas cuidadoras. La mayoría de las investigaciones están centradas en la sobrecarga de cuidado informal que según Zarit [6] es «el grado en que las cuidadoras perciben que su salud, su vida social y personal, y su situación económica, cambia por el hecho de ser responsable del cuidado de alguien». Ésta responde a múltiples factores, entre ellos la subjetividad construida en base a nuestro género. Estudios demuestran que la sobrecarga en mujeres es el doble que la sobrecarga en hombres, aumentando aún más en el caso de las personas jóvenes. También se ha señalado el deterioro de la salud mental de las personas cuidadoras a medida que las cargas familiares son mayores, siendo esto más llamativo en clases bajas (donde inevitablemente se intersecciona con otras situaciones de vida) [7]. El perfil sociodemográfico de la mujer cuidadora sería el de una persona usualmente sin empleo, con un bajo nivel educativo, responsable de las tareas domésticas, de clase social baja, familiar directo de la persona dependiente y que convive con éste [8]. El olvido por parte de las instituciones de la red de cuidados, dentro o fuera del hogar, fortalece además una visión de indivisibilidad del trabajo que no promueve el reparto de tareas. Por lo que en la mayoría de los casos todo recae sobre la figura del cuidador/a principal, de manera que estas personas tienen que dedicar aproximadamente unas 10 horas al día, haciendo muy difícil la compatibilización de esto con ninguna otra actividad. De esta manera, encontramos una peor salud de las personas cuidadoras en todo tipo de patologías, desde una mayor prevalencia en patología cardiovascular

---

junto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración».

hasta cefalea, dorsalgia, dolores articulares, etc., pero también en una situación de dependencia económica y aislamiento social que repercutirá en su salud [9].

Con la llegada del tan vendido “progreso”, las mujeres se incorporan progresivamente al ámbito laboral pero con una incorporación de los hombres del todo insuficiente al trabajo doméstico o al de cuidados. Del modelo de familia con un sustentador principal, se pasa al modelo de dos sueldos, siendo en la mayoría de los casos el sueldo de las mujeres un complemento y ostentando éstas las situaciones de precariedad y de jornadas reducidas (según el INE, en 2015 un 27,6% de mujeres empleadas con 1 hijo trabaja a tiempo parcial frente al 5,8% de hombres, proporción que aumenta a mayor número de carga de cuidados). A esta figura de la mujer cuidadora a tiempo completo, tendremos que incorporar la figura de la mujer que intenta compatibilizar la esfera laboral con la esfera del cuidado.

Llamamos doble presencia [10] a «la experiencia reciente de las mujeres de combinar sistemáticamente el trabajo en el hogar con el trabajo para el mercado». Como ya adelantábamos en el capítulo de género y salud, las estadísticas nos dicen que la salud mental mejora con la existencia de un empleo remunerado para las mujeres, lo cual puede explicarse desde la mejora de las relaciones sociales, la salida del ámbito de lo privado, la mejora de la situación económica y el reconocimiento social. Sin embargo, esto se ve ensombrecido por un estrés físico y psíquico provocado por una sobrecarga de trabajo y la culpabilidad del abandono de las funciones reproductivas para las que fuimos cultural y socialmente programadas, viéndose claramente una peor salud en el caso de trabajadoras con hijos y de clases más bajas. De nuevo, encontramos la interseccionalidad y la necesidad de medir indi-

cadores de clase social y género como la clave de un análisis de la situación en salud de las mujeres [11]. Sin embargo, la mayoría de los estudios se centran en medir las consecuencias de la sobrecarga de cuidados en la salud en función de las características de la persona cuidada (su grado de dependencia o el tipo de problemas que presente), lo cual hace difícil la creación de intervenciones de Salud Pública sobre las propias personas cuidadoras y coloca en el centro solo a los receptores de cuidados [12].

## La cuestión feminista y sus respuestas

Como podemos ir viendo a lo largo de este capítulo, es imposible hablar de cuidados sin poner sobre la mesa la cuestión de género. A mediados de los 70 las luchas de las mujeres contra la división sexual del trabajo y todas sus consecuencias comienzan a hacerse visibles. Mujeres de todo el mundo se alzan en contra de su dependencia económica, su invisibilidad y contra un cuerpo y una sexualidad controlados por el Estado. Campañas como la de "Salario para el trabajo doméstico" del *International Feminist Collective* en los años 70, o la lucha por la aprobación y ratificación del Convenio 189<sup>6</sup>, que reconoce los derechos de las empleadas domésticas, han puesto en lo alto de la mesa el debate político [13].

Desde el punto de vista feminista, se plantean tres nudos en estas cuestiones:

---

6 Convenio sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos. Ha establecido normas laborales para los trabajadores domésticos. Se trata del convenio 189 de la OIT y fue adoptado históricamente durante la 100<sup>a</sup> reunión de la Organización Internacional del Trabajo el 16 de junio de 2011.

1. El debate público-privado y en quién recaer la responsabilidad de los cuidados: si debe hacerse cargo el Estado, la familia o las redes de proximidad.
2. El conflicto de roles de las mujeres como principal proveedoras de cuidados en el ámbito familiar.
3. La remuneración o no del trabajo de cuidados: poner el foco en el cambio de modelo de organización capitalista que depende del trabajo asalariado y que pone en el centro el mercado y no la vida; o monetarizar los cuidados para que puedan ser regulados e incluidos en el sistema económicos actual [5].

Ante la apertura de este debate y la necesidad de dar respuesta a la "crisis de los cuidados", el Sistema del Bienestar se ve empujado a promover leyes que pongan de manifiesto la imposibilidad de sostener un sistema sin unos cuidados que sustenten la vida. Con ello surgen leyes como la *Ley de Atención a la Autonomía personal y a la Dependencia* y la *Ley de conciliación de la vida familiar y laboral*.

En esta última se intentan adaptar jornadas laborales al trabajo reproductivo pero amparándose en un mandato de género en el que la crianza es tarea de las mujeres, perpetuando un modelo económico de corte monetarista (frente a los postulados de la economía de cuidados) y retornando de nuevo a un modelo de familia retrógrado que no tiene en cuenta la existencia de redes de apoyo o de solidaridad, que poco tienen que ver con lazos de sangre [14]. Así, la existencia de esta posible "conciliación familiar", término que no aceptamos porque se trata de una conciliación de cuidados, va a depender de tener una capacidad económica que te permita contratar este trabajo aunque sí va a

dar una cierta flexibilidad para poder elegir jornada laboral, la cual muchas veces acarrea la disminución de las prestaciones sociales.

Son importantes, sin duda, aquellas leyes que nacen con la voluntad de mejorar cierta calidad de vida, sin embargo su puesta en marcha y su falta de visión integral dificulta los objetivos para los que fueron legisladas, la *Ley de conciliación de la vida familiar y laboral* es una de ellas, en las que no todas las mujeres pueden acceder porque no todas forman parte de un mercado laboral que les permita, sin añadirle obstáculos, acogerse a ese supuesto derecho. No se pueden acoger a ese derecho ni las repartidoras de pizza, ni las empleadas del hogar, ni las cuidadoras de personas mayores, ni las limpiadoras de comunidades de propietarios, etc., porque cualquier reducción de jornada está vinculada a una pérdida de ingresos que llevaría a la deriva su maltrecha economía, y que estamos convencidas que las pone en la contradicción de ejercer su derecho al cuidado sin pan suficiente o darles de comer a los suyos sin cuidarlos suficiente... ¿Qué repercusiones tiene para su bienestar psíquico y social esa contradicción entre las mujeres? Son leyes hechas para las demás.

Pero la ley estrella para paliar esta situación ha sido la *Ley de Atención a la Dependencia y de Autonomía Personal*. Esta ley se ha denominado como "el cuarto pilar del bienestar" y generó muchas expectativas en cuanto al reconocimiento y revalorización de los trabajos invisibles. Sin embargo, aunque es innegable que esta ley ha sido un gran paso para el reconocimiento del trabajo doméstico y de cuidados, se ha convertido en una forma de perpetuar desigualdades de género y de ahondar en la diferencia entre dependientes e independientes. Esta ley, que en términos absolutos resulta del todo insuficiente [15] para la

“crisis de cuidados” que estamos viviendo<sup>7</sup>, no rompe con la división sexual del trabajo y afianza desigualdades por varios motivos:

- La aparición de una prestación económica para cuidados en el entorno familiar constituye, no solo una perpetuación de las mujeres en su rol adjudicado, sino que además la coloca en una situación de absoluta vulnerabilidad, ya que no tendrá ningún derecho sobre su situación laboral, ni estará sujeta a ningún convenio ni negociación colectiva [16].
- Solo llega al llamado “núcleo duro de las personas dependientes”, es decir, aquellas que necesitan ayuda para realizar actividades básicas de la vida y hay además una distribución desigual entre zonas rurales y urbanas.
- La llegada de un nicho de mercado que va siendo progresivamente ocupado por multinacionales del “cuidado” (véase CLECE), que precariza y explota a mujeres de clase baja, migrantes, etc., sin ninguna restricción.

---

7 El cuidado formal mayoritario es el que proviene de empleados de hogar: casi dos de cada tres mayores que reciben cuidado formal lo pagan ellos mismos o sus familias en su totalidad (64,4%), y aproximadamente uno de cada tres recibe cuidado financiado públicamente (34,4%). De este modo, el cuidado formal sustituye al cuidado informal únicamente en el 9,6% de los casos. Esta relación de complementariedad se da fundamentalmente entre mayores que viven solos, tal y como han apuntado investigaciones en el ámbito europeo (Bolin, 2007). La proporción de quienes reciben únicamente cuidado formal es muy escasa no solo en España, sino también en países como Inglaterra y Estados Unidos (Davey & Patsios, 1999).

## A modo de conclusión

«Somos un espacio de encuentro, relación, cuidado y lucha de mujeres, la mayoría migrantes, por nuestros derechos. La reivindicación inicial que nos ha convocado es el reconocimiento por nuestros derechos como trabajadoras del hogar, la dignidad y la valoración de nuestro trabajo en un sistema que devalúa los cuidados, los invisibiliza y precariza, pero que son imprescindibles en el sostenimiento de todas nuestras sociedades, por eso nuestro lema es "PORQUE SIN NOSOTRAS NO SE MUEVE EL MUNDO" y nuestro logo una mujer moviendo un complejo engranaje».

*Manifiesto del colectivo Territorio Doméstico*

Como dice Amaia Pérez Orozco, la pregunta radica en «cómo se están organizando las necesidades de satisfacción de cuidados, en el marco de un sistema que no prioriza las necesidades de las personas sino de los mercados». Ante el nuevo escenario neoliberal en el que la división sexual del trabajo tiene que readaptarse, han surgido desigualdades interseccionales que dejan a su paso deudas de cuidados [17] Norte-Sur, clase alta-clase baja, y que esconden realidades de trasvase de cuidados en donde operan las relaciones de poder (*Figura 2*).

Las condiciones de invisibilidad mutan (se pasa del trabajo no remunerado al trabajo precarizado y sin derechos laborales), pero no desaparecen. Muy pocos estudios miden las diferencias entre cuidadoras formales e informales, y los que lo hacen, no contemplan otras dimensiones como son clase social o etnia. Conocer el impacto en salud que tiene esta migración de cuidados (en las poblaciones de origen y en las de destino) y contemplarlo además

desde la mirada transcultural del fenómeno migratorio, es un paso crucial para entender estas nuevas formas de discriminaciones múltiples: mujeres internas, sin protección, sin derechos... Al otro lado nos queda la construcción de nuevas prácticas que generen lo "común" y que conviertan los cuidados no en el origen de una discriminación atravesada por el género, la raza o el origen geográfico, sino en la base de esas nuevas formas colectivas de reproducción social. Espacios como los bancos del tiempo o las economías colaborativas crecen entre los ladrillos de una economía cimentada bajo el yugo de la explotación de trabajos reproductivos.

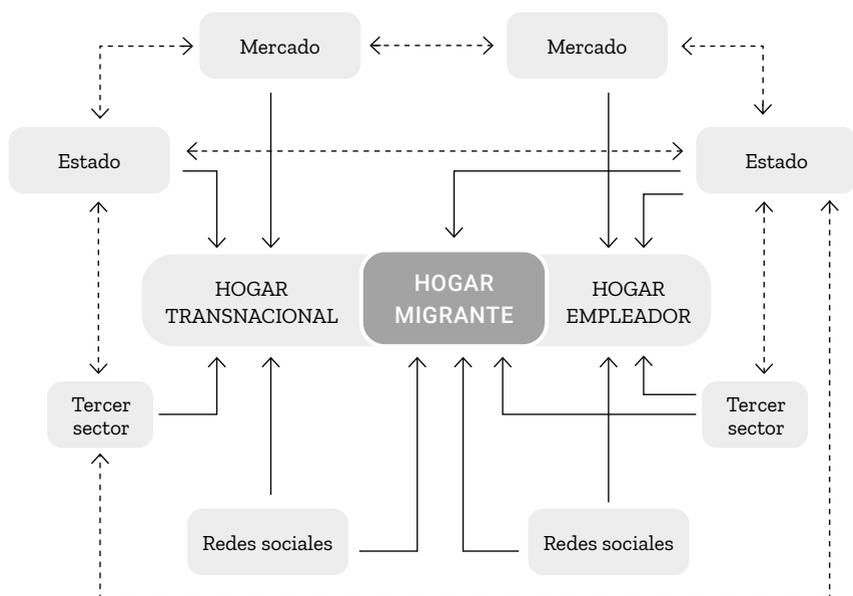


Figura 2. CADENAS INSERTAS EN REDES  
Adaptado de Pérez Orozco, A. (2010)

## Bibliografía

- [1] Coraminas, Joan (1990). *Breve diccionario etimológico de la lengua Castellana*. ED. Gredos.
- [2] Oakley, Ann (1985). *The Sociology of Housework*. Londres: Basil Blackwell.
- [3] Esping-Andersen, Gosta (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.
- [4] Rogero-García, Jesús (2009). "Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia". *Revista española de salud pública* 83.3(2009): 393-405.
- [5] Perez Orozco, Amaia. *Subversión feminista de la economía*. Traficantes de sueños.
- [6] Zarit, S. H. (2002). "Caregiver's Burden". En S. Andrieu y J.P. Aquino: *Family and professional carers: findings lead to action*. Paris: Serdi Edition y Fondation Médéric Alzheimer.
- [7] (2005) *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: IMSERSO.
- [8] Larrañaga, I.; Martín, U.; Bacigalupe, A.; Begiristáin, J. M.; Valde-rrama, M. J.; Arregi, B. (2008). "Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género". *Gaceta Sanitaria* 22(5): 443-50. 4. 9.
- [9] García-Calvente, M.; Mateo, I.; Maroto, G. (2004). "El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres". *Gaceta sanitaria* 18(2). 83-92.
- [10] Grupo de Estudios Feminismo y Cambio Social (2001). "La domesticación del trabajo. Trabajos, afectos y vida cotidiana". *Feminismo es y será*.

- [11] Artazcoz, L.; Borell, C.; Benach, J.; Cortés, I.; Rohlf, I. (2004). "Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position". *Social Science & Medicine* 59, n° 2: 263-74.
- [12] Rogero García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. EST. Colección estudios. Serie Dependencia. IMSERSO.
- [13] Federici, S. (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Traficantes de Sueños.
- [14] Esteban, M. L.; Otxoa, I. (2010). "El debate feminista en torno al concepto de cuidados". *Fuhem Ecosocial. Boletín ECOS* n° 10, enero-marzo 2010.
- [15] (2006). "La ley de dependencia ante la crisis de cuidados". *Cuadernos feministas* n° 2. Asamblea Feminista de Madrid Amaranta.
- [16] Martín Cano, M. C.; Ruiz Seisdedos, S. (2010). "Ley de dependencia. Una mirada con perspectiva de género". *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social* 48: 84-97.
- [17] Pérez Orozco, A. (2009). "Miradas globales a la organización social de los cuidados en tiempos de crisis I: ¿qué está ocurriendo?". *Serie Género, migración y Desarrollo, Documento de trabajo* n° 5. Santo Domingo, República Dominicana: UN-INSTRAW.

# LA PSIQUIATRÍA COMO DISPOSITIVO EN SALUD PÚBLICA: PELIGROS Y OPORTUNIDADES

Marta Carmona Osorio · Jose García-Valdecasas Campelo

**Y**a desde Foucault [1] [2] quedó clara la relación entre la historia de la locura y la del conjunto de discursos y dispositivos desarrollados para controlarla, es decir, la psiquiatría. Sin embargo, el pensador francés murió en 1984 y nos dejó sin saber qué hubiera pensado acerca de la evolución posterior de los acontecimientos. Desde los años 80 y 90 del siglo XX hasta la actualidad asistimos a un auge sin precedentes de un constructo llamado "salud mental", que ha desplazado al antiguo y menos elegante de "psiquiatría". Sin entrar en las diversas definiciones de salud mental, sí queda claro que a nivel pragmático es un concepto en íntima relación con otros tales como "eficacia", "alegría", "auto-realización" e incluso "felicidad". Es decir, en nuestros días, la atención sanitaria en el campo de la salud mental ha visto configurada su función mucho menos en el aspecto clásico de cuidado y control del "loco" y mucho más en el consuelo del "triste" y del "ansioso", especialmente si está de baja laboral.

La situación de crisis económica y política que atravesamos y que nos atraviesa está poniendo de manifiesto una situación en la psiquiatría actual (como en tantas otras cosas y casos en los

que confiábamos más o menos acríticamente) que de hecho ya se venía produciendo desde hacía tiempo: la atención psiquiátrica/psicológica funciona (para lo cual es indiferente que los y las profesionales sean o no conscientes de ello) como dispositivo de control del malestar, que es desviado así de su origen social hacia aspectos individuales, donde no podrá ser solucionado y provocará daños en forma de iatrogenias y dependencias diversas. Así mismo, este dispositivo se sostiene y fomenta también gracias a la óptica capitalista de obtención de beneficios por encima de toda ética, que aplican las industrias farmacéuticas (como tantas otras) promocionando enfermedades que no son tales, sobrediagnosticando otras y logrando una medicalización global de la población desconocida hasta finales del siglo XX y principios del XXI. Todo ello con la colaboración imprescindible y siempre atenta de las administraciones sanitarias, que olvidan su función de control, y de los/las profesionales sanitarios/as, que olvidan su función de cuidado [3] [4].

Existen datos [5] de que las cifras de depresión aumentaron 1.000 veces en 30 años, lo que, incomprensiblemente, se produjo junto con el hecho de considerar a la depresión una enfermedad de naturaleza neuroquímica. Y no solo la tristeza se convirtió en depresión. La timidez pasó a ser "fobia social" [6], la distracción y las travesuras pasaron a ser TDAH [7], la psicosis maniaco-depresiva pasó a ser trastorno bipolar, lo cual a su vez ha ido logrando que cualquier alteración emocional (muchas veces provocadas por los mismos antidepresivos de eficacia dudosa [8-10] que usamos) sea a su vez también trastorno bipolar. Las personas, que suelen ser diferentes unas de otras y casi nunca perfectas, se convirtieron en definitiva en trastornos de personalidad. El DSM-5 ha culminado, hasta ahora, esta carrera absurda determinando

que un duelo por un ser querido superior a dos semanas es una enfermedad mental necesitada de tratamiento.

Todo ello conlleva consecuencias a distintos niveles. La más inmediata es que nuestra red pública de salud mental, creada para atender personas con problemas serios de salud mental (lo que llamábamos, intentando emular a los clásicos, "esquizofrenias", "paranoias", "melancolías", "locuras circulares" y poco más) está completamente saturada atendiendo a personas que sufren por malestares vitales, consustanciales a la vida y que, y esto es lo más triste, no solo no se benefician realmente de dicha atención sino que caen en iatrogenias farmacológicas a veces terribles [11] y en dependencias psicológicas no menos preocupantes. Por no hablar de que cuando tu sufrimiento aparece porque te quedas en paro, pierdes la casa y no tienes dinero para alimentar a tus hijos, el hecho de que te sientes a esperar que se regule tu serotonina, o elabores tu complejo de Edipo, o corrijas tus cogniciones, o cualquier otra terapia que se nos ocurra a los profesionales, no va a hacer que te sientas mejor. Pero sí evitará que busques las soluciones donde están los problemas.

Sin mucho temor a equivocarnos, podríamos plantear que el dispositivo que conocemos como "salud mental" es una construcción de naturaleza ideológica que desempeña una función social básica (aparte de las más inmediatas de obtención de beneficios para la industria y prestigio para los profesionales), que no es otra que el "adormecimiento". Un nuevo opio del pueblo, pero esta vez bajo receta médica o indicación psicoterapéutica. Imagínense si todas las personas paradas de este pobre país, engañadas y estafadas muchas de ellas en una burbuja inmobiliaria que no crearon pero pagan (mientras que las que sí la crearon siguen cobrando lo mismo o más que antes), decidieran dejar sus

pastillas y sus terapias y marcharan juntos sobre el Congreso o la Moncloa. Pero claro, el/la doctor/a dice lo que el gran experto/a a sueldo de la farmacéutica repite, es decir, que esto va a ser la serotonina desregulada, así que tranquilito/a en casa sin tomar decisiones hasta que uno esté bien. Y a lo mejor, como nos hizo ver Rendueles [12], para llegar a estar bien, habría que empezar a tomar decisiones (o la Bastilla, ya puestos).

La psicoterapia no está exenta de sus propias iatrogenias [13] [14] y forma parte del mismo dispositivo de control social que estamos describiendo. Nuestra cultura occidental, hace ya algunas décadas, cuenta con un meme fundamental que podríamos definir como: «hablar de tus problemas con un/a profesional psi es bueno/necesario/imprescindible para superarlos». Como tal meme, se repite a múltiples niveles y se acepta de forma casi acrítica por gran parte de la población. El problema es que nadie ha demostrado que tal aseveración sea cierta. Y aunque no dudamos de que muchas veces la psicoterapia puede ser útil a nivel individual, nos tememos que a nivel social termina por crear una sociedad donde uno/a olvida su propia capacidad de superar los problemas por sí mismo, o con el apoyo de su familia y amigos/as, siendo capaz de desarrollar una red social que lo fortalezca en los momentos difíciles y le haga sentirse parte de algo. No como un/a pobre traumatizado/a que tiene que ir a consulta cada dos semanas porque no es capaz de superar que su pareja le dejó. Los/as buenos/as terapeutas insisten en “devolver la responsabilidad al paciente”. Pero tal vez no deberían empezar por quitársela definiéndole como “paciente” en el acto mismo de iniciar la terapia.

En nuestra opinión y como profesionales de la psiquiatría, deberíamos abandonar esta función en que la sociedad, algunos/as de nuestros/as supuestos/as expertos/as y muchas veces noso-

tros/as mismos/as también, nos colocamos, porque nos conduce a, y nos perpetúa en, una cultura en la que no solo todo malestar es interpretado como patológico, sino que toda ausencia de felicidad absoluta es vista como enfermedad. Una psiquiatría así termina por impedir a los seres humanos buscar su felicidad aceptando que nunca la encontrarán por completo, y lleva a creer y caer en falsos remedios y a buscar muletas diversas, condenando a muchas personas a iatrogenias terribles y a cronificaciones sin salida. Esta crítica supone tener que trabajar en una frontera difusa y fácil de cruzar sin darse cuenta, pero de intentar fijarla de forma adecuada depende que nuestra disciplina pueda efectivamente ser un instrumento social de ayuda o, en lugar de ello, una herramienta más del poder, que usa a la gente siempre como un medio (para ganar dinero o prestigio, o bien para limitar y controlar sus deseos de libertad y solidaridad) y nunca como un fin en sí misma.

Y, como sabemos desde el imperativo categórico kantiano [15], considerar a toda persona como un fin en sí misma y no únicamente como un medio para algo, es la esencia de la ética que, al fin y al cabo, es de lo que debería ir todo esto.

Por otra parte llama la atención lo escasamente tematizado que está el concepto "prevención primaria" para la salud mental. Con "escasamente tematizado" no queremos decir que no haya diez mil textos tratando de perfilarlo, que los hay [16], sino que brilla por su ausencia en la cabeza de los/as profesionales. En ninguno de los paradigmas que tratan de explicar quiénes y cómo son los/as locos/as, desde los/as biologicistas más acérrimos a los/as psicoanalistas más ortodoxos/as, se plantea la posibilidad de eliminar las causas de la locura. Para palpar algo análogo a esa prevención primaria hay que remontarse a los intentos de

“eliminar el gen rojo” y demás sandeces eugenésicas realizadas en contexto de regímenes totalitarios y que vienen a mostrar, en su forma más exacerbada, la cara más represiva de ese constructo llamado psiquiatría. O bien una persona puede buscar en los estantes de las librerías generalistas libros de autoayuda, máximo exponente de la conversión de la felicidad en un producto de consumo, entendiendo “felicidad” como “docilidad del obrero/a contemporáneo y afección a su rol de consumidor/a”. A su vez perfecto ejemplo de que sigue existiendo una vertiente represora en la salud mental, si bien esta vez se cimenta en poder blando, harto más eficaz que el totalitarismo (citaríamos, pero tienen toda la Historia del s. XX para valorar los resultados de dicho ensayo-error).

La dudosa efectividad a nivel poblacional de las distintas psicoterapias aplicadas a nivel individual no justifica el nulo intento de aplicar el conocimiento adquirido tras dos siglos de estudio del subjetivismo a prevenir el sufrimiento humano generado por otros/as humanos/as. La enfermedad mental (y en esto hay consenso entre las ramas) siempre surge en la relación con el Otro/a. ¿Por qué no aplicar aquello que muestran los/as locos/as y/o vaporeados/as en cada consulta para entender y después erradicar la crueldad inherente al sistema?

Cualquier epidemiólogo/a que se tome su trabajo en serio sabe que el concepto “enfermedades no transmisibles” tal y como se concibe a día de hoy es una burla a toda perspectiva social de la salud [17]. Que no solo los microorganismos deben “contagiar”, cuando las probabilidades de tener diabetes, cardiopatías, EPOC y el resto de la ristra presentan una asociación difícilmente casual al estrato social al que se pertenece. Que eso de *non-communicable disease* cuando uno/a vive al lado de una fábrica con

vertidos tóxicos y se le pudren los pulmones a continuación es un intento torpe de poner el énfasis en el diagnóstico-tratamiento individual de problemas determinados socialmente que solo así pueden ser resueltos. ¿Por qué cuesta tanto extender este concepto a la salud mental y en particular al trastorno mental grave? Si uno, desde su perspectiva social, plantea el binomio "enfermedad mental vs. sociedad" pensará rápidamente en el estigma entorno al trastorno mental grave, en la psiquiatría-psicologización de la vida cotidiana y en la imposición de lo que el DSM-5 entiende como normalidad. Sin embargo sabemos (y no solo desde la teoría psicoanalítica) la relación entre experiencias traumáticas en la infancia y el trastorno mental grave [18]. Sabemos que al hablar con una enferma mental es nauseabundantemente probable que haya sufrido abusos sexuales en algún momento de su vida. Sabemos, gracias a los sistémicos<sup>1</sup>, que el sufrimiento se propaga a lo largo de las generaciones [19]. Que en el proceso de individuación de cada sujeto, para el cual es preciso el medio familiar (o lo que quiera que lo supla) se acusa ese sufrimiento heredado. Que la parentalidad se desarrolla ante cada nuevo hijo soportando la carga de todas las generaciones anteriores; que la infancia de cada hijo se condiciona por la infancia que tuvieron

---

1 Disciplina terapéutica surgida en los 70 a partir de los trabajos de, entre otros, Bateson, Minuchin y Selvini. Si bien inicialmente se desarrolla en torno a la terapia familiar, este abordaje se ha extendido a otro tipo de encuadres. La característica fundamental es que no se centra en el conflicto interno de un individuo sino en las interacciones de un grupo (sistema), que se retroalimentan entre sí y generan dinámicas patológicas. De este modo no se considera que haya un enfermo y un entorno del enfermo, sino un sistema en el que se ha designado como paciente a x individuo y en el que hay dinámicas patológicas que mantienen dicha designación.

sus padres y cómo fueron criados por sus propios padres... y así eslabón por eslabón, en columnas entrecruzadas que se retraen a la noche de los tiempos, cimentando las culturas y las sociedades [20]. Muchas de estas columnas, sanas y vivas, van creciendo sólidas. Otras sin embargo, dañadas y vapuleadas, se sostienen clavándose contra cada generación nueva, arrastrando sufrimiento. Esas columnas, cuya carga vertical se hace insoportable, acusan como ninguna los golpes laterales que les proporciona lo social. Crezcan allá donde "derecho" solo significa "estribor" o crezcan donde "felicidad" es el nombre de la rueda de hámster neoliberal trabaja-para-consumir, hay columnas que aguantan sólidas y otras que se quiebran. Entender cuáles y cómo pasa por entender cómo esa violencia se convierte en agente de transmisión. Pero eso, y por desgracia solo contamos con conjeturas para sustentarlo, implicaría saber cómo detenerla. Parece difícil que un sistema que se sostiene sobre la imposición y el expolio de unos/as pocos/as sobre los demás, vaya a tener interés en que se conozcan los engranajes de una de sus patas.

Pero, se dirá el lector, teorías acerca de la violencia hay *chopocientasmil*. De hecho los medios de comunicación mayoritarios suelen dar pábulo a las más endebles/hilarantes (la culpa es de los videojuegos, desde que no apedreamos a –todos– los homosexuales la gente ha perdido sus valores, etc.), y además uno/a puede encontrar teorización seria a mansalva acerca del mal y su naturaleza. Esa, querido lector, es la principal característica del poder blando. No prohíbe, solo inunda e inutiliza. Que haya miles de teorías pero ninguna se busque/ensaye/aplique en la atención clínica a una de las consecuencias más accesibles y extremas de la violencia, como es el cuidado a los vapuleados extremos por esa violencia (los/as locos/as), es el ejemplo perfecto de cómo funciona el poder blando.

Para entender las aplicaciones de este planteamiento, salga un segundo del ejemplo del móvil-hecho-de-coltán-sangriento (no porque no sea válido sino porque muchos otros factores complejizan el abordaje) y piense, por ejemplo, en el patriarcado. Concretamente en esa parte del patriarcado que precisa de la imposición violenta. Aunque sea un término originario de los 70, ha hecho falta llegar prácticamente a la segunda década del s. XXI para que se popularice el concepto *Rape culture* o cultura de la violación [21]. Para que se empiece a plantear fuera de los ámbitos académico-militantes (levemente fuera) que el concepto social/manejo de las violaciones, incluso desde la perspectiva del cuidado a la víctima, sea el principal propagador de ese método de imposición de poder. Nos consta que muchas mujeres con trastorno mental grave (y muchos hombres a los que ha tocado el rol sometido, lo que a efectos prácticos viene a ser igual) han sufrido abusos sexuales o violencia sexual en algún momento de su vida [22] [23]. Se postula que las experiencias traumáticas, muchas de ellas de esta índole, condicionen con muchos de estos trastornos mentales graves. Sin embargo, la sola idea de que el abordaje clínico del trastorno mental grave se efectúe entendiéndolo como una herramienta para luchar contra la *Rape culture* y el luchar a nivel poblacional contra la *Rape culture* como una forma de abordaje clínico de la enfermedad mental, despertará carcajadas en la inmensa mayoría de los profesionales de la salud mental, y no solo del sector biologicista.

Quizá no sea tan ridículo. En una psiquiatría hecha para algo distinto a atar al agitado, sedar al incómodo y recauchutar al temporalmente incapaz de producir; en la que no se buscaran criterios diagnósticos para justificar la introducción de tratamiento farmacológico (escúchese la máquina registradora facturando)

sino el comprender al ser dañado que pide ayuda para seguir en el mundo que le expulsa, se harían otras cosas. Martín Garzo coge una escena de *La novia de Frankenstein* para ilustrar la buena atención a la salud mental [24]. En esa escena el monstruo llega a la casa de un anacoreta ciego que, al no ver su aspecto, le acoge con respeto y le da de comer, de beber y de fumar. El monstruo, atónito, encuentra en ese lugar la paz y la dignidad que nunca se le ha permitido. Entender la atención clínica de la locura como la garantía de un espacio de paz y dignidad para la gente extraña, para la gente vapuleada, para la gente con el pensamiento roto sobre un vacío *lovecraftiano*, en vez de entenderla como la vorá-gine de diagnóstico-ingreso-pastillas actual, proporcionaría otra manera de abordar/entender/combatar el sufrimiento.

Y en ese espacio de paz y dignidad donde se escuche sin ver al monstruo, donde se entienda qué violencia le ha llevado a empe-lones hasta allí, en esa visión en crudo de las fallas del sistema en que vivimos, ahí quizá no sea tan absurdo combatir la violencia y el sometimiento social en vez de las particularidades de la gente extraña. Quizá esa sea la prevención primaria en la salud mental, y por eso quizá todavía resulte inconcebible.

## Bibliografía

- [1] Foucault, Michel (2006). *Historia de la locura en la época clásica, tomos I y II*. Fondo de Cultura Económica de España.
- [2] Foucault, Michel (2005). *El poder psiquiátrico*. Ediciones Akal.
- [3] Goldacre, Ben (2013). *Mala Farma*. Paidós Ibérica.
- [4] Gøtzsche, Peter (2014). *Medicamentos que matan y crimen organiza-do*. Los libros del lince.

- [5] González Pardo, Héctor y Pérez Álvarez, Marino (2007). *La invención de trastornos mentales*. Alianza Editorial.
- [6] Lane, Christopher (2011). *La timidez*. Zimerman Ediciones.
- [7] García de Vinuesa, Fernando; González Pardo, Héctor y Pérez Álvarez, Marino (2014). *Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Alianza Editorial.
- [8] Kirsch, I.; Deacon, B. J.; Huedo-Medina, T. B.; Scoboria, A.; Moore T. J.; et al. (2008). "Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration". *PLoS Medicine* 5(2): e45. doi:10.1371/journal.pmed.0050045
- [9] Barbui, C.; Cipriani, A.; Patel, V.; Ayuso-Mateos, J.; Van Ommeren, M. (2011). "Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis". *British Journal of Psychiatry* 198: 11-16. doi:10.1192/bjp.bp.109.076448
- [10] Fournier, J. C.; DeRubeis, R. J.; Hollon, S. D.; Dimidjian, S.; Amsterdam, J. D.; et al. (2010). "Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-analysis". *JAMA* 303(1): 47-53. doi:10.1001/jama.2009.1943
- [11] Moncrieff, Joana (2013). *Hablando claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Herder Editorial.
- [12] Rendueles, Guillermo (1998). "La psiquiatría como mano invisible del desorden neoliberal", en AA.VV., *Neoliberalismo vs. Democracia*. Madrid: La Piqueta.
- [13] Rose, S.; Bisson, J.; Wessely, S. (2002). "Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)". *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2(CD000560). doi: 10.1002/14651858.CD000560
- [14] Lilienfeld, S. O. (2007). "Psychological Treatments That Cause Harm". *Perspectives on Psychological Science* 2(1): 53-70. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029

- [15] Kant, Immanuel. (2006). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Editorial Tecnos.
- [16] Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones políticas*. Disponible en [tal\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://tal_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf) [consultado marzo 2016].
- [17] Glass, Thomas A.; Matthew, J. McAtee. (2006). "Behavioral science at the crossroads in public health: Extending horizons, envisioning the future". *Social Science and Medicine* 62(7): 1650-1671.
- [18] Spataro, Josie et al. (2004). "Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females". *The British Journal of Psychiatry* 184: 416-421.
- [19] Minuchin, Salvador (1979). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- [20] Espasa, Francisco Palacio (2004). "Parent-infant psychotherapy, the transition to parenthood and parental narcissism: Implications for treatment". *Journal of Child Psychotherapy*, 155-171.
- [21] E. Suarez, T. M. (2010). "Gadalla". *Journal of interpersonal violence* 25: 2010-2035.
- [22] González Cases, J. et al. (2014). "Prevalence and Characteristics of Intimate Partner Violence Against Women with Severe Mental Illness: A Prevalence Study in Spain". *Community Mental Health Journal* 1-7.
- [23] Gonzalez Aguado, F. et al. (2013). "Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave". *Norte de salud mental* vol. XI, nº 45: 23-32. Disponible en <http://www.revistanorte.es/index.php/revista/article/view/19/18> [consultado marzo 2016].
- [24] Martín Garzo, Gustavo (2011). "El anacoreta y el psicótico". *El País*. Disponible en [http://elpais.com/diario/2011/02/20/opinion/1298156411\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2011/02/20/opinion/1298156411_850215.html) [consultado marzo 2016].

# ORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS HACIA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA SALUD COMUNITARIA

Marta Sastre Paz · Rafael Cofiño Fernández

## ¿Qué es la Salud Comunitaria?

Como Halfdan Mahler expuso en 1978: «la salud empieza en el hogar, en la escuela, en los campos y en las fábricas. Es ahí, en los lugares donde las personas viven y trabajan, donde la salud se forja o se rompe» [1]. El marco de los determinantes sociales de la salud expresa la importancia que el contexto y las condiciones de vida tienen en la salud colectiva y, por otro lado, refuerza la importancia de las desigualdades sociales en salud, que son las diferencias en salud injustas y evitables entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

El objetivo de la Promoción de la Salud es político: generar –y velar por que se cumplan– condiciones y entornos favorables para que las personas puedan tomar opciones saludables y ser ellas mismas las que puedan actuar sobre los determinantes que influyen en su salud [2]. Obviamente, estos determinantes, siguiendo a Mahler o siguiendo a la Comisión de la Organización Mundial de la Salud de Determinantes Sociales, tienen relación con las conductas individuales, pero sobre todo con las condiciones de vida. Por ello mismo, los tres objetivos fundamentales de dicha Comisión son: mejorar las condiciones de vida cotidianas,

luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y la medición y el análisis del problema [3].

Un elemento fundamental en la Promoción de la Salud es la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud [3]. La primera conferencia de Promoción de la Salud (Ottawa, 1986) ya otorga importancia a la participación de la comunidad en la toma de decisiones sobre la salud, como palanca que logra girar el engranaje para llevar a cabo la Promoción de la Salud.

Así, la Comunidad, según Ander Egg [4], es una «agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo

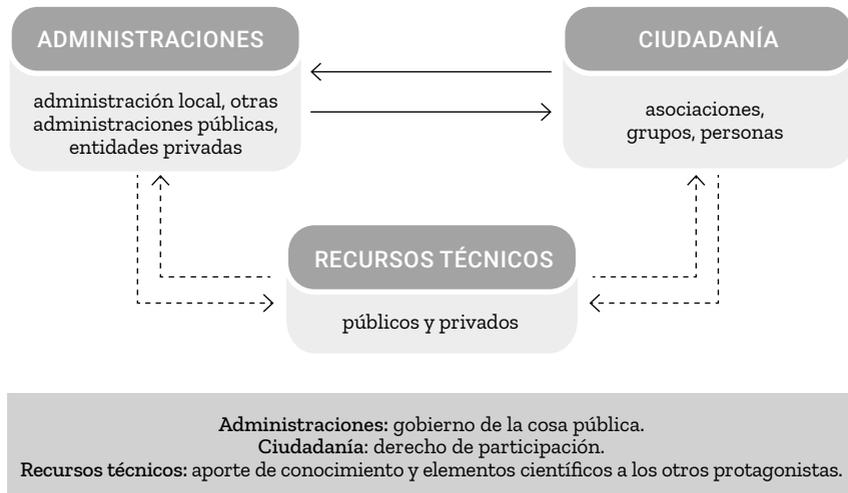
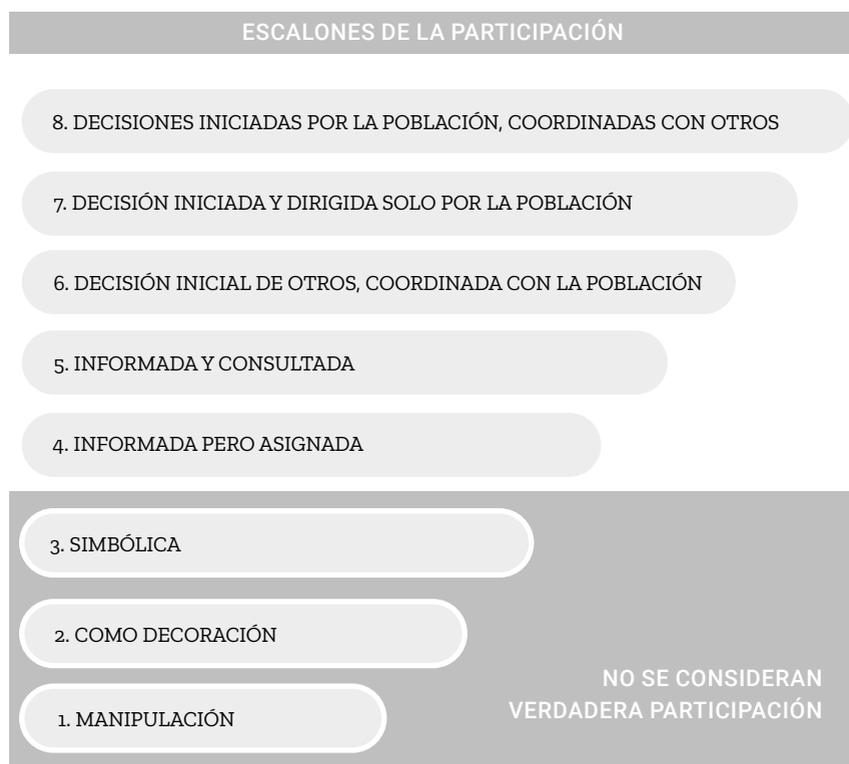


Figura 1. Basado en Marchioni, M.; Morin, L.; Candelaria, J. A. (2013)

o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto». La Comunidad la conforman diversos agentes, según la comunidad variarán pero podríamos sistematizar tres categorías: administración, recursos y ciudadanía, que aparecen reflejadas en la *Figura 1* siguiendo la sistematización de Marchioni y Morín [5].



*Figura 2.* ESCALERA DE LA PARTICIPACIÓN  
Modificado de Anstein, S. (1969)

La Comunidad establece prioridades, planifica estrategias y las implementa, tomando así más control sobre su entorno, su vida. La participación es un proceso, es un itinerario de reflexión y construcción, como ilustra Roger Hart en la Escalera de la Participación de la *Figura 2* [6], que aprendemos y recuperamos, ya que en la sociedad que vivimos la participación está obstaculizada, se puede ir ascendiendo en la Escalera, sobre todo si logramos afianzar el peldaño previo. La participación en salud no debe centrarse exclusivamente en la promoción desde los servicios sanitarios, sino también en otros sectores directamente relacionados con el estado de salud de la población y sus condiciones de vida.

En ocasiones se utiliza de forma indistinta el término Promoción de la Salud y Salud Comunitaria. Existe una conexión muy estrecha ya que no hay Promoción de la Salud sin acción o participación comunitaria. Desde un punto de vista muy operativo, y desde la visión de los propios autores, señalamos en la *Tabla 1* lo que consideramos elementos claves de la Salud Comunitaria.

*Tabla 1. ¿QUÉ DEFINE A LA SALUD COMUNITARIA Y A LAS INTERVENCIONES DE SALUD COMUNITARIA?*

Visión amplia de salud, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud. No trabajando desde el sector sanitario exclusivamente.

En las intervenciones de Salud Comunitaria participan los diferentes agentes de salud de un territorio (*Figura 1*), en el marco de los determinantes sociales de la salud y entendiendo que el protagonismo de la vecindad es central.

El trabajo colaborativo entre los diferentes agentes de salud supone: espacios para trabajar en red y trabajar con objetivos comunes, como es la mejora de la salud de la población (o aumentar la capacidad de control de la Comunidad sobre su salud).

Trabajar con una orientación hacia la salud positiva (salutogénica y no patogénica): identificar las riquezas/activos para la salud que tiene un territorio, conectarlos, dinamizarlos y generar objetivos de trabajo comunes.

Se trabaja para lograr la promoción de conocimientos, capacidades y habilidades presentes en las personas y en las poblaciones, orientándolos fundamentalmente a que las personas conozcan cuáles son las condiciones de vida que influyen en su salud y puedan modificarlos.

Como vamos viendo, las soluciones para la salud y el bienestar no están únicamente en el sector sanitario. En 2010, en la Declaración de Adelaida (OMS), se estableció que para avanzar hacia mejores resultados en la salud de las poblaciones precisamos un liderazgo conjunto entre todos los sectores y niveles de gobierno. Así, en todos los sectores, se incluirá la salud y el bienestar como componentes de la formulación de políticas. Esta orientación se conoce como Salud en Todas las Políticas. La nueva Salud Pública tiene que colaborar sistemáticamente con todos los niveles de gobierno y con otros sectores para abordar aquellas dimensiones de sus actividades que están relacionadas con la salud y el bienestar. El sector sanitario tiene que tener claro que otros sectores (educación, empleo, cultura...) pueden tener un impacto mayor en la salud de la población que el propio sector sanitario. Para aprovechar la salud y el bienestar, los gobiernos tienen que institucionalizar procesos que valoren la solución intersectorial de los problemas, generar espacios de planificación conjunta entre diferentes departamentos, evitando planes múltiples (juventud, mujer, empleo, infancia, salud...) y, evitando evaluaciones múltiples y fragmentadas, generar evaluaciones con perspectivas conjuntas [7].

## Pero entonces, ¿qué supone trabajar con una orientación comunitaria desde los Servicios Sanitarios?

Cuando hablamos de Servicios Sanitarios con orientación comunitaria nos referimos a equipos de atención primaria, atención especializada de segundo nivel y una red asistencial hospitalaria interrelacionados, con comunicación y coordinación adecuadas entre ellos, que faciliten la continuidad de cuidados y la asistencia en el nivel más adecuado y conectados con servicios de salud pública y promoción de la salud, y con otros sectores de salud del territorio incluyendo la población y el tejido social.

*Tabla 2. PROPUESTAS DE VÍAS DE DESARROLLO DE NUESTRO SISTEMA NACIONAL DE SALUD (según Oliva, Ruiz-Giménez y Segura)*

<b>Misión y visión del Sistema Nacional de Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Planificar nuestro sistema sanitario en función de los principales problemas de salud y sus determinantes sociales.</li><li>• Introducir salud en todas las políticas públicas.</li><li>• Establecer dentro (y fuera) del sistema sanitario estrategias de "universalismo proporcional" que dando cobertura a toda la población intervengan de forma prioritaria en colectivos más desfavorecidos.</li></ul>
<b>Universalidad en el acceso a los servicios sanitarios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recuperar la condición de universalidad de nuestro SNS.</li></ul>
<b>Financiación de prestaciones y servicios sanitarios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desarrollo de una Agencia de Evaluación de Servicios Sanitarios y Políticas de Salud.</li></ul>

<p><b>Organización y gestión del sistema sanitario</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificar hacia objetivos comunes de salud de un territorio.</li> <li>• Preservar el carácter público e integrado.</li> <li>• Facilitar el trabajo de equipos multidisciplinares y un papel más activo de los ciudadanos-pacientes.</li> <li>• Reforzar la Atención Primaria y las Estructuras de Salud Pública, su coordinación con Servicios Sociales.</li> <li>• Avanzar en modelos de financiación basada en resultados.</li> <li>• Gestión pública de los servicios sanitarios públicos, coherente con la misión y visión del SNS antes mencionados.</li> </ul>
<p><b>Copagos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El mejor copago es el que menos recauda.</li> <li>• Debe modularse en función de la renta y el estado de salud de las personas.</li> <li>• Debe guardar relación inversa con el valor del tratamiento.</li> </ul>
<p><b>Servicios de salud pública y el abordaje de las desigualdades sociales en salud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Son bisagra entre los dispositivos asistencias y el nivel de planificación.</li> <li>• Coordinan el sector sanitario con los sectores no sanitarios.</li> <li>• Organizados como Consorcios entre servicios municipales y autonómicos.</li> </ul>
<p><b>Coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación entre ambos.</li> <li>• Planificación de Estrategias y Políticas de salud desde óptica común.</li> <li>• Sistema de financiación conjunta.</li> </ul>

<p><b>Sobre profesionales sanitarios</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avanzar en modelos tipo Facultades de Ciencias de la Salud (favorecer la integración multidisciplinar).</li> <li>• Facilitar la consideración de profesionales de la salud otras que trabajan en el sector.</li> <li>• Crear sistema de evaluación objetiva del desempeño profesional del empleado público.</li> <li>• Mayor vinculación de todos los trabajadores a los Equipos.</li> <li>• Mayor participación de los Equipos en la fijación de metas y evaluación de las mismas.</li> </ul>
<p><b>Participación ciudadana</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar la participación en todo el proceso de políticas de salud y de centros sanitarios (carácter ejecutivo de órganos de participación y mayor empoderamiento comunitario e individual).</li> </ul>
<p><b>Salud en todas las políticas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las medidas de mayor impacto para la salud de la población pasan por decisiones en el ámbito laboral, medioambiental, urbanístico, educativo...</li> <li>• La salud debe estar presente en todas las políticas.</li> <li>• Estrategias transversales que cuenten con actuaciones en el medio educativo, laboral, fiscal...</li> </ul>
<p><b>Buen gobierno</b></p>	<p>Apoyado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los Derechos Humanos.</li> <li>• La democracia.</li> </ul>

## Buen gobierno

- Los principios rectores de la sanidad pública:
  - universalidad
  - equidad
  - solidaridad
- Justificación de las políticas, estrategias o medidas, según efectividad, eficiencia y equidad - por parte de los decisores.
- Transparencia de información a profesionales y ciudadanía.
- Fórmulas que permitan la participación ciudadana en la toma de decisiones.
- Evaluación de estrategias, programas y políticas (como rendición de cuentas y control democrático).
- Promover y defender: cultura de integridad, conciencia de servicio público, buenas práctica, ética profesional, atención a los conflictos de interés y prevención y detección de fraude y corrupción.

Esta orientación es compleja. Compleja pero necesaria. Consideramos de suma importancia que esta orientación ha de realizarse en el seno de un sistema público de salud. Sería erróneo plantear una orientación comunitaria, de base poblacional, con una perspectiva de equidad en un sistema sanitario que generara desigualdad. Oliva, Ruiz-Gimenez y Segura resumen de forma magistral en su libro *¿Qué hacemos por la sanidad pública?* algunos elementos claves de análisis y propuestas para mantener y cuidar nuestro Sistema Nacional de Salud [8]. Las propuestas han de ser multinivel. En la *Tabla 2* se enuncian algunas de las tareas propuestas por los autores.

Para tratar de describirla vamos a referenciar varios artículos o textos que, además del libro citado, amplían los puntos que señalaremos.

Los aspectos que consideramos fundamentales para esta reorientación de los Servicios Sanitarios hacia la Promoción de la Salud y la Salud Comunitaria son los siguientes:

### ***Punto 1. Orientación comunitaria desde la consulta, desde el equipo asistencial y desde los equipos directivos***

Es necesario que desde el acto fundamental de la práctica clínica, la consulta, se realice un abordaje biopsicosocial o profundizando en el modelo de Turabián y Pérez Franco en un abordaje individual con orientación comunitaria [9]: «La actividad clínica-educativa siempre puede (debe) tener una dimensión comunitaria aunque se trabaje con individuos o pacientes. Los pacientes están en contextos (familias, grupos sociales, barrios) e inmersos en redes sociales que suponen: recursos, influjos, conexiones». Esta intervención también supone incorporar la perspectiva de equidad en la práctica clínica cotidiana y evaluar en qué medida las intervenciones están siendo destinadas a aquellos que más lo necesitan. Un ejemplo a través de una historia de consulta de Atención Primaria es lo que muestra el blog APXII «El centro de salud no es el único centro de la salud» [10].

Hablar de “abordaje biopsicosocial” supone incidir en uno de los elementos claves de trabajo en Atención Primaria y que en muchos encuentros clínicos ha sido olvidado por diferentes motivos. Un buen punto de partida para la reflexión sería que los propios equipos reflexionaran y evaluaran en qué medida la prác-

tica cotidiana incorpora estas actuaciones. Así mismo, esta reflexión debería ser conjunta con los propios equipos directivos de Atención Primaria y valorar en qué medida desde las gerencias, los contratos programa o derivados se trabaja con orientación comunitaria [11].

Por algunos elementos que se señalan en la *Tabla 3* esta orientación es una de las bases para garantizar una correcta salud poblacional y para responder a por qué la Atención Primaria es nuclear en el Sistema Nacional de Salud.

*Tabla 3.* ELEMENTOS PARA TRABAJAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA CON ORIENTACIÓN Y PERSPECTIVA DE EQUIDAD (9 y 11 modificados)

ACTUACIONES	REQUISITOS
Orientación de los problemas de salud desde la esfera biológica, psicológica y conociendo los contextos familiares, sociales, culturales donde vive, crece, trabaja, se educa y se relaciona esa persona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación de los profesionales sanitarios en estas competencias (entrevista clínica, abordaje familiar, atención individual con orientación comunitaria, educación para la salud...).</li> </ul>
Realización de intervenciones educativas de diferentes niveles: consejo/asesoramiento y educación para la salud individual y grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos de trabajo que integren el trabajo conjunto entre Medicina-Enfermería-Trabajo Social (definir tareas, sesiones de caso...).</li> </ul>
Trabajar con códigos Z	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agendas que faciliten este trabajo para abordar gestión de procesos complejos.</li> </ul>

<p><b>Realizar prescripción social: consejo sobre diferentes actividades comunitarias o activos en salud de la comunidad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización y coordinación interna del Centro y coordinación con la estructura directiva del Área.</li> </ul>
<p><b>Trabajar de forma planificada con objetivos de salud desde el Equipo de Atención Primaria e incluir la perspectiva de equidad en dichos objetivos de salud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponer de sistemas de información de base poblacional y estratificación de la población de acuerdo a estas variables socioeconómicas.</li> </ul>
<p><b>Participación en Plataformas/ Mesas de trabajo intersectorial y de Participación en Salud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapa de recursos/activos para la salud de la comunidad en donde se trabaja.</li> </ul>
<p><b>Orientación de los Equipos Directivos hacia una Atención Primaria de orientación comunitaria</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo de equipo técnico con formación en salud pública al Equipo de Atención Primaria.</li> </ul>

Un ejemplo reciente de reorientación de servicios hacia el trabajo comunitario en salud es el del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid). En el año 2008 se inició este proceso de reorientación de los Centros Madrid Salud para profundizar en acciones de promoción de la salud, prevención poblacional, en detrimento de otras de carácter más clínico-asistenciales. Se han reforzado las actividades comunitarias, grupales y de asesoría, compaginadas con las consultas y actividades individuales. El proceso contó con la participación de sus profesionales [12].

Siguiendo también la propuesta de Turabían y Pérez Franco [13], se podrían utilizar algunas preguntas clave para reflexionar

sobre este primer punto: ¿Se utilizan entrevistas centradas en el paciente y en el contexto?, ¿se utilizan de forma habitual genogramas o algún sistema equivalente de conocimiento de los miembros familiares y sus relaciones?, ¿se realiza una práctica biopsicosocial?, ¿se utilizan herramientas para la incorporación de la perspectiva de equidad en consulta?

## ***Punto 2. Pensar poblacionalmente, actuar individualmente (y viceversa). Pasar consulta mirando a la calle***

Aunque dentro del sistema sanitario las actuaciones clínicas sean mayoritariamente individuales, es necesario pensar en términos poblacionales. Los equipos clínicos y sobre todo los equipos directivos de las Áreas de Salud deben trabajar conociendo los indicadores de determinantes (de conductas, sanitarios, socioeconómicos, ambientales) y los resultados de salud del territorio, y planificar actuaciones y objetivos de salud conforme a esto. Para ello es necesario que Salud Pública y Servicios Sanitarios Asistenciales compartan información detallada y sencilla sobre la situación de salud y de los determinantes de ésta, y que evalúen los resultados de salud de las prestaciones de ambos servicios para generar acciones de mejora [14].

La información aportada incluirá los recursos/activos que tiene esta comunidad, así como los déficits o problemas [15] [16].

*Preguntas clave en este apartado:*

¿Tienes acceso desde tu área de salud a indicadores de determinantes y resultados de salud de tu población? ¿Conoces la población de referencia de tu puesto de trabajo? ¿Se planifican

objetivos de salud locales según esta valoración? ¿Tienes acceso a información sobre los recursos/activos para la salud que tiene tu comunidad? (¡incluyéndote a ti!).

### ***Punto 3. Trabajo intersectorial a nivel local***

Los servicios que trabajan por la mejora de la salud de una población determinada, conformando con la vecindad una Comunidad, lo harán de manera más eficaz y eficiente en cuanto participen en espacios de trabajo comunes, ya que tienen una tarea común.

Los Servicios Sanitarios han de formar parte de espacios de participación con el resto de agentes de salud: A nivel micro a través de espacios de participación local en salud y a nivel macro con políticas intersectoriales y salud en todas las políticas. Habitualmente en estos espacios de trabajo, donde están representados recursos y administración, se utiliza la metodología del trabajo en red

El trabajo en red posibilita articular fuerzas en torno a un objetivo común, mayor probabilidad de éxito y sostenibilidad de los proyectos, optimización de recursos/activos y enriquecimiento de cada uno de los miembros de la red al compartir saberes. Esta metodología se utiliza en proyectos de intervención comunitaria.

Como un paso más en el trabajo comunitario tendríamos el trabajo con la población, asociada o a título individual, donde la población está representada con capacidad para la toma de decisiones. Ejemplos de este nivel serían las Mesas de salud o mesas de Participación Comunitaria en Salud de Madrid como órganos de participación comunitaria en salud, anteriormente denominados Consejos de Salud. El objetivo por el que se crean estas Mesas es dar el protagonismo imprescindible a los vecinos y las vecinas,

condición indispensable para una buena gestión y cumplimiento de los objetivos en salud, representada en este caso en el movimiento asociativo vecinal y de otros ámbitos. En estas Mesas no solo participan los servicios sanitarios y la población, también forman parte de ella otros servicios que trabajan para la mejora de la salud de la población, y la Administración, es decir, la Comunidad en su conjunto. En Asturias, desde la *Estrategia Personas Sanas, Poblaciones Sanas* se plantea la dinamización de Sistemas de Gobernanza Local de Salud que revitalicen antiguos o generen nuevos espacios de participación en salud entre los diferentes agentes sanitarios y no sanitarios del ámbito local [17].

Teniendo en cuenta que este es un aspecto básico en la orientación de la Atención Primaria hacia la Salud Comunitaria, deberían incluirse, dentro de la Cartera de Servicios, tareas relacionadas con la intervención comunitaria para su ejecución, planificación y evaluación.

En este apartado los Servicios de Salud Pública facilitarían y promoverían la coordinación entre estos diferentes sectores, la dinamización de los espacios de participación o aportar información de base poblacional [18] integrando el conocimiento del Punto 2. En algunas ciudades, los servicios de salud pública municipal desarrollan proyectos y actividades concretas directamente con la población, en el marco de la prevención y la promoción de la salud [12].

La consecución de alianzas, que vayan más allá de coordinación y colaboración entre recursos de la comunidad es un medio y un fin para lograr que los servicios tengan una orientación comunitaria, y sean más permeables a las necesidades y demandas de la población, así como más flexibles en cuanto a las intervenciones, logrando respuestas más eficaces, con mayor impacto en la salud de la población.

*Preguntas clave:*

¿Existen espacios de participación local donde estén trabajando los agentes de salud del territorio? ¿Participa de forma activa en este espacio el Sistema Sanitario? ¿Existen planes locales de salud con objetivos y acciones comunes y con coordinación entre los diferentes agentes (por ejemplo, con participación de Servicios Sanitarios, Municipio, Educación)? ¿Participa la vecindad en estos espacios? ¿a título individual o desde asociaciones vecinales?

#### ***Punto 4. Desarrollar modelos de continuidad asistencial donde se incluya coordinación entre niveles asistenciales e integración del escenario sociosanitario***

Las personas deberían ser cuidadas a lo largo de su vida, con continuidad por parte de equipos estables de profesionales y con continuidad en los diferentes niveles de atención que precisen. El trabajo coordinado tiene una repercusión importante en la mejor atención de cuidados pero también en la mejor eficiencia del sistema y en la satisfacción del personal sanitario. En esta reorientación de los cuidados asistenciales se debe mantener el centro en la Atención Primaria con un apoyo complementario de otros niveles, una reorientación hacia los cuidados domiciliarios.

Así mismo, hay que destinar un especial cuidado a la atención de aquellas personas que por situaciones específicas de vulnerabilidad sanitaria y social, personas con enfermedades –crónicas o no– complejas, necesitan una actuación complementaria de servicios sociales y de actuaciones sanitarias.

La incorporación de la valoración social es un elemento clave en la atención clínica que desarrollamos brevemente en el Punto 1

(abordaje biopsicosocial). Así mismo, aquellos modelos de planificación o de estratificación poblacional (muy en boga actualmente por las Estrategias de Atención a Población con Enfermedad Crónica) han de tener incorporados determinantes sociales y no solo clínicos en especificar los sectores con enfermedades complejas. La complejidad no viene solo determinada por la existencia de una serie de patologías o la situación de las mismas sino por la existencia de estas en un contexto social, económico y biográfico de las personas.

*Preguntas clave:*

¿Existen procesos/espacios de coordinación entre niveles asistenciales? ¿Existen procesos de coordinación con el espacio sociosanitario? ¿Existen procesos en marcha en tu zona de trabajo donde se refleja y se realiza correctamente la continuidad asistencial de pacientes con enfermedades complejas? ¿Se garantiza una correcta atención domiciliaria? ¿Qué podrías hacer para que mejore la coordinación entre niveles? ¿Qué facilitaría / qué necesitarías que hubiera para que se llevara a cabo dicha coordinación? ¿Existe una valoración de las personas con enfermedades complejas teniendo en cuenta aspectos clínicos y sociales? ¿La estratificación de población con enfermedad crónica –si existiera– incluye variables socioeconómicas y de contexto social?

### ***Punto 5. Trabajar en entornos sanitarios saludables y promotores de salud***

De la misma forma que un principio clave de la Promoción de la Salud señala la importancia de generar entornos saludables para

que las personas puedan tener más fácil optar por conductas saludables, nuestro sistema sanitario necesita tener entornos favorables, y una serie de condiciones indispensables, para trabajar de forma adecuada y que se pueda trabajar con esta reorientación comunitaria. Se trata de diferentes condiciones, algunas más directas y otras más indirectas, pero todas imprescindibles para trabajar de esta forma. Señalamos algunas de las que, en nuestra opinión, nos parecen más relevantes:

- Dejar de hacer. Evitar actuaciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas innecesarias, ineficientes y poco seguras. En este sentido existen diferentes iniciativas internacionales como el *Do not do recommendations* [19] o el *Choosing wisely* [20]. En nuestro país, coordinado desde el Ministerio, se está desarrollando un proyecto de "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España" [21] que puede orientar inicialmente a qué tenemos que dejar de hacer para poder hacer otras cosas.
- Formación. Es complicado pensar en términos de importancia de Promoción de la Salud y de abordaje biopsicosocial si solo son palabras extrañas a las que no se les dedica apenas formación pregrado ni postgrado. Es necesario equiparar esta formación a otras áreas de competencias que sí están sobrevaloradas y visibilizadas en el terreno sanitario.
- Alfabetización en salud con la comunidad. Necesitamos procesos de reflexión y aprendizaje con la comunidad sobre qué es la salud y el bienestar, qué factores son los que intervienen en esta salud, cómo se puede mejorar desde el ámbito local y cuál es el papel de la propia ciudadanía en la salud poblacional.

- Abogacía para la salud comunitaria. La abogacía por la salud de aquellas intervenciones que desde el escenario no sanitario apoyan la autonomía y la participación de la ciudadanía es clave en Promoción de la Salud. Apoyar intervenciones poblacionales de liderazgo no sanitario que se estén desarrollando en el territorio y que apoyen el trabajo de la población hacia el control de sus determinantes sociales de la salud.

## Reflexiones finales

La salud de la comunidad no depende exclusivamente del sector sanitario, por ello es necesario que éste trabaje en red con el resto de sectores implicados y lo haga teniendo a la comunidad como centro y favoreciendo su participación en la toma de decisiones. Debemos trabajar con la mirada, la escucha y la bota en la calle, donde se forja o se rompe la salud (H. Mahler).

Aun siendo compleja, la reorientación de los servicios sanitarios hacia la Promoción de la Salud es más necesaria que nunca. Algunos elementos a considerar en esta orientación serían: revitalizar el abordaje biopsicosocial en la práctica clínica cotidiana, reanimar o impulsar espacios de participación comunitaria en salud orientados a trabajar en proyectos comunes de salud, dejar de hacer cosas poco seguras e ineficientes en la práctica cotidiana, establecer procesos de continuidad asistencial donde lo clínico no oculte los contextos sociales y donde la coordinación sociosanitaria sea un elemento clave, trabajar desde la consulta hasta la planificación de las áreas sanitarias con una perspectiva de equidad y de participación, revitalizar una formación en salud

comunitaria y en promoción de la salud de los equipos sanitarios comenzando por los equipos directivos y políticos, contar con información poblacional local desde una perspectiva de problemas de salud pero también de activos para la salud con metodologías cuantitativas y cualitativas que, de forma sencilla, ágil y práctica, puedan generar proyectos comunes para actuar en salud con la coordinación de todos los sectores que viven y trabajan en un espacio concreto.

## **Conflicto de interés**

Marta Sastre Paz es Médica Familiar y Comunitaria y trabaja desde 2011 en un Centro Municipal de Salud Comunitaria (Ayuntamiento de Madrid).

Rafa Cofiño es Médico de Familia y Comunitaria aunque trabaja ya desde el año 2000 en Salud Pública. Actualmente es Jefe del Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas en la Dirección General de Salud Pública de Asturias. Entre otros proyectos, desde este Servicio, se coordina el Observatorio de la Salud en Asturias.

## **Agradecimientos**

A Vicky y Javi por meternos en esta aventura.

A todas y todos los que creemos en la salud comunitaria y trabajamos desde donde podemos hacia ella, especialmente a Juan Luis Ruiz-Giménez, integrantes del EAP Vicente Soldevilla y grupo PACAP Madrid y compañeras y compañeros del CMS Vi-

llaverde (en especial a Carmen Ramos) y todas las personas que han rotado por allí por las enseñanzas-aprendizajes mutuos, y a Luis Bravo, Carmen Cepeda, Arantxa Santa María por la docencia compartida.

A todas las personas que a lo largo de estos años, desde diferentes espacios, han ayudado a generar preguntas, respuestas, conocimientos e inquietudes. Muy especialmente a los compañeros y compañeras de la Dirección General de Salud Pública en Asturias.

A todas las personas, que son muchas, que ponen nombres y apellidos a la Salud Comunitaria en esta parte del mundo. A Gelman por las palabras imprescindibles.

## Bibliografía

- [1] Mahler, H. (2009). "El sentido de 'la salud para todos en el año 2000'". *Revista Cubana de Salud Pública* 35(4): 2-28. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400002)
- [2] OMS (1986). *Carta de Ottawa de Promoción de la Salud* [cited 2015 Jan 26]. Available from: [http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=16&Itemid=&lang=es](http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16&Itemid=&lang=es)
- [3] OMS. *Determinantes sociales de la salud*. Available from: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
- [4] Egg, Ander. *Salud Comunitaria: La construcción de un campo interdisciplinar. Aproximaciones desde la formación de Técnicos en Salud*. Universidad Patagonia.

- [5] Marchioni, M.; Morín, L.; Candelaria, J. A. (2013). "Metodología de la intervención comunitaria. Los procesos comunitarios". En: Josep Buades Fuster y Carlos Giménez Romero (Coordinadores). *Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable. Manual de intervención comunitaria en barrios*. Valencia: IMEDES. p 59-73.
- [6] Hart, Roger A. (1992). *Children's participation. From tokenism to citizenship*. Escalera de Participación (UNICEF). Consultado el 4 de mayo de 2014.
- [7] *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas*, OMS, Gobierno de Australia Meridional, Adelaida 2010. [http://www.who.int/social\\_determinants/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf)
- [8] Oliva, J; Ruiz-Gimenez, J. L.; Segura del Pozo, J. (2014). *¿Qué hacemos contra recortes y privatizaciones por un modelo universal y equitativo de la sanidad pública?* Akal.
- [9] Turabián, J.; Pérez-Franco, B. "Atención médica individual con orientación comunitaria-atención contextualizada: la figura es el fondo". *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. Disponible en: <http://goo.gl/knafa>
- [10] Benedicto Subirá, C.; Poblet Calaf, C.; Balsells Olivé, C.; Cofiño Fernández, R. (2013). "Atención Primaria: 12 meses, 12 causas. Septiembre: 'El centro de salud no es el único centro de la salud'". *Comunidad* 15(1): 65-66.
- [11] Ruiz-Giménez, J. L.; Peñalva, D.; Hernández-Gil, A. (2013). "¿Cómo convertir mi trabajo en promotor de salud?". *AMF* 9(3): 134-142.
- [12] Segura del Pozo, J.; Martínez Cortés, M. et cols. (2011). "El proceso de reorientación comunitaria de los Centros Madrid Salud". *Comunidad* 13: 23-26. PACAP. Disponible en: [http://www.madridsalud.es/prev\\_prom\\_saludambiental/pdfs/Comunidad13-CMS.pdf](http://www.madridsalud.es/prev_prom_saludambiental/pdfs/Comunidad13-CMS.pdf)
- [13] Turabián, J. L.; Franco, B. P. (2014). "Reflexiones sobre el presente y el futuro de la medicina de familia". *Gaceta Sanitaria* 28(3): 259. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911113001660>

- [14] Buck, D. (2013). *Improving the public's health: a resource for local authorities*. London: The King's Fund. 60 p.
- [15] Cofiño, R.; Pasarín, M. I.; Segura, A. (2012). "How should population health be approached? SESPAS Report 2012". *Gaceta Sanitaria* 26 Suppl 1: 88-93.
- [16] Hernán, M.; Morgan, A.; Mena, A. L. *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social; Available from: <http://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
- [17] (2014). *Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias*. Disponible en: [https://www.asturias.es/Astur-salud/Ficheros/AS\\_Salud%20Publica/Estrategias/Estrategia%20Cronicidad/ESAPCA\\_V3VD.pdf](https://www.asturias.es/Astur-salud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Estrategias/Estrategia%20Cronicidad/ESAPCA_V3VD.pdf)
- [18] Dirección General de Salud Pública. Observatorio de Salud en Asturias. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/>
- [19] National Institute for Health and Care Excellence. *Do not do recommendations*. [Consultado en marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/>
- [20] *Choosing Wisely*. [Consultado en marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2013/02/Choosing-Wisely-Master-List.pdf>
- [21] *Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Abril 2013. [Consultado en marzo de 2015]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal\\_sssc.htm](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sssc.htm)
- [22] Uriarte, Ángela; Ruiz-Gimenez, J. L. (1993). "Organización de un centro de salud a partir de la participación ciudadana. El Ejemplo del Centro de Salud Vicente Soldevilla". *Atención Primaria* vol. 11, 5, 253-257.



# ACTIVOS PARA LA SALUD. A VUELTAS CON EL PODER, LA DEPENDENCIA Y LA SALUD COMUNITARIA

Mariano Hernán García · Blanca Botello Díaz

«Por un mundo donde seamos socialmente iguales,  
humanamente diferentes y totalmente libres».

Rosa de Luxemburgo

## Consumir, depender, vivir

**P**odríamos afirmar, aun a riesgo de equivocarnos, que las políticas públicas de salud que identifican al paciente como cliente fomentan la dependencia y la demanda de servicios. Esas políticas públicas se caracterizan también por potenciar la mirada hacia los riesgos de la vida, concentrarse en el déficit de salud y poner el énfasis en la prevención. Para alcanzar su objetivo precisan informar sobre "qué no hacer" y "qué hacer" y culpan a la víctima-paciente [1] que no cumple las normas, consejos o pautas de conducta ideados por las personas expertas, asesoradas por los avances e intereses que la industria va promocionando.

El mantenimiento a ultranza de esa cultura, obsesionada por la prevención y la disminución sistemática de la autonomía personal, facilita el consumo de servicios o productos sanitarios y utiliza la educación sanitaria como herramienta de persuasión. Desde este enfoque, alinear al paciente o alienarlo es parte de

una estrategia de las corporaciones sanitarias, profesionales y comerciales.

La escenografía descrita cuenta con apoyos institucionales y profesionales, aunque ya ha demostrado sobradamente su incapacidad para abordar las causas de las causas [2] de la enfermedad y la salud. Esta visión se encuentra en las antípodas de otras formas de pensar y hacer que entienden la salud como un medio para la vida y se centran en buscar la coproducción de salud [3]; aprovecha las maneras de hacer más sociales, contemplando las riquezas o activos para la salud de las personas y las comunidades. Identificar la participación y ayuda entre los vecinos y los profesionales y aprender a manejar las riquezas o recursos disponibles para la propia salud, es crucial para esta forma alternativa de ver la coproducción de salud.

Conviene saber que la salud como un fin en sí mismo, es una idea propia de la sociedad de consumo [4] y se puede relacionar con el derroche, el gasto y la desigualdad en el acceso. En contraposición al consumismo, hay visiones que entienden la salud como un medio para una vida, en paz y equilibrio con el medio, orientada al bienestar. Así es como la manera salutogénica (explicado más adelante) de mirar a la vida y de responder a los retos del ambiente [5] entiende la relación entre los servicios y las personas.

Es justo reconocer que desde la salud pública se están generando periódicamente recomendaciones [6] de las comisiones nacionales para reducir las desigualdades sociales y para intervenir sobre las causas de las causas de la salud [7]. *Health 2020* en la región europea [8] analiza las limitaciones que tenemos para que las intervenciones se dirijan hacia los propios determinantes sociales de la salud, ya sean estructurales o intermedios, y tengan

capacidad de actuación sobre las múltiples causas sociales. Se pretende generar capacidad para mantener una estrategia efectiva a largo plazo que se oriente hacia la equidad en el curso de la vida de las personas en el mundo en el que viven [9].

El enfoque del riesgo, visto como medida de la probabilidad estadística de que en el futuro se produzca un acontecimiento negativo para la salud, posiciona a las personas como demandantes de recursos para cubrir sus propias necesidades; los servicios de salud son los verdaderos proveedores de las soluciones para crear y mantener la salud [10]. Los sistemas de salud, en su empeño de establecer estrategias centradas en contener los fracasos de los individuos para vivir con mejor salud y de las propias comunidades para responder con eficiencia a los retos del ambiente, tratan de potenciar la exposición a estilos de vida no nocivos para prevenir las enfermedades y la cronicidad. Pero, la relación está viciada en un bucle que conecta las necesidades (sentidas y no sentidas) con las respuestas centradas en el consumo de servicios sanitarios, manejados por expertos externos a las comunidades. Por otro lado, una salud pública que no haya desarrollado competencias para su integración en los procesos de gobernanza del mundo y en el bienestar de toda la sociedad, puede que no sea útil para las personas y abra el camino a la barbarie que ve e interpreta la salud como un objetivo más del mercadeo sociosanitario y la burocracia. El dogmatismo positivista de esas teorías del déficit, centradas en la respuesta objetiva, nos conduce a la dependencia sin límite y al fracaso como comunidad en la búsqueda de la redistribución del bienestar colectivo.

La salud pública, como salud del público, se ha definido desde Wislow a innumerables salubristas posteriores, como «el esfuer-

zo organizado de la comunidad, centrada en el contexto y en el medio ambiente, el control de las enfermedades, la educación, la organización de los servicios médicos y de enfermería; y el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado, libre de desigualdades injustas para la conservación de la salud».

Por eso debe entenderse que hay alternativas para vivir comprendiendo y manejando lo que nos ocurre como sociedad, ya que esto puede atentar contra nuestra salud individual y colectiva, y que eso no se debe solo a leyes de la naturaleza. Por un lado sabemos que el estrés es el resultado de decisiones de estructuras sociales y culturales que potencian la no equidad y que las desigualdades sociales perjudican a la salud. Por otro lado, disponemos de suficientes evidencias para afirmar que el control sobre los mecanismos personales, grupales y sociales puede mejorar la manera de comprender, manejar y encontrar significado a la vida; que no es otra cosa que lo que Antonovsky llamó Sentido de Coherencia, *Sense of Coherence* (SOC) [11].

Ahora es el tiempo de las personas que, sin renunciar a los avances de la medicina y otras ciencias afines a la salud y el bienestar, se orientan a dar respuesta a los retos del ambiente con un pensamiento alternativo, autónomo, cooperativo y sustentado en los recursos sociales y sanitarios del vecindario y del Estado; atendiendo a nuestra función como miembros de una familia, de un barrio y de un Estado democrático de derecho en un país concreto. La respuesta a los retos para la salud puede estar en las soluciones efectivas de la medicina y las ciencias de la salud, pero también está, en gran medida, en el manejo y administración que hacen las personas y las comunidades de sus propias riquezas, talentos y recursos.

## Promoción de la salud, salutogénesis y activos para la salud

La primera conferencia internacional de Promoción de Salud en 1986 fue la respuesta de un movimiento con nuevas expectativas en Salud Pública, de cuya asamblea aparece como hito la carta de Ottawa [12], que define a la promoción de la salud como el proceso de empoderamiento para incrementar el control de las poblaciones sobre su salud. Los campos de acción de la promoción de la salud muestran un recorrido por la creación de ambientes favorables para la salud, la elaboración de políticas públicas saludables, la reorientación de los servicios, el reforzamiento de la acción comunitaria y el desarrollo de habilidades personales para tener salud y bienestar; avanzando en el conocimiento y la puesta en práctica de lo que es sano y fácil de hacer para los individuos y las comunidades. En este sentido, las personas participantes en Ottawa estaban convencidas de que la introducción de estas acciones, junto con los valores morales y sociales, podía conducir a la salud para todos en el año 2000.

Entre las teorías subyacentes a la promoción de salud aparece la salutogénesis [13], que comienza a fraguarse a través de las investigaciones de Antonovsky, al preguntarse cómo mujeres que habían pasado por una violencia extrema en campos de concentración durante el Holocausto lograron mantenerse con buena salud mental a pesar de esa vivencia. Los factores estresantes, para Antonovsky, pueden tener consecuencias beneficiosas dependiendo de las capacidades de las personas para resolverlos, el estado de las personas es un continuum entre la salud y la enfermedad, que forma parte de la vida del mundo, y de las personas como un proceso dinámico [13].

La teoría de la salutogénesis se centra en capacidades y habilidades hacia lo que genera salud, colocando el foco de atención en la búsqueda de soluciones [14] [15]. Es clave identificar recursos que ayudan a las personas a moverse en esa dirección, sus Recursos Generales de Resistencia y la capacidad de los individuos o grupos para obtener resultados favorables de las situaciones en su vida según su propio SOC [16], aprendiendo a comprender, manejar y encontrar el significado a los acontecimientos de la vida.

Los activos para la salud se relacionan con la teoría salutogénica, que plantea como pregunta principal ¿qué hace que unas personas prosperen en situaciones difíciles y otras no? Un Activo en Salud se puede definir como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar [10]. Desde esa visión de la salutogénesis, los activos operarían como recursos generales de resistencia.

En 2007 Morgan y Ziglio [10] presentan el modelo de activos para la salud en un intento de revitalizar la base de la evidencia para la salud pública y ayudar a superar las dificultades para la acción comunitaria frente a las desigualdades. El planteamiento de este modelo reconoce los tres grandes elementos operantes en el proceso para desarrollar el modelo de activos (*Figura 1*).

El Modelo de Activos para la Salud no es una nueva teoría ya que, como vemos su base, se encuentra en las conexiones e influencias mutuas entre la teoría de la salutogénesis [16] y el paradigma de promoción de salud [10] [13] [15] [17].

De manera que ahora es el momento de darle valor al papel de la promoción de la salud con un enfoque sistemático para crear conocimiento que invierta en los activos de personas y comuni-

dades para colaborar a reducir el vacío (gap) entre los más desfavorecidos y los que tienen un mejor estado de salud [10] [17].

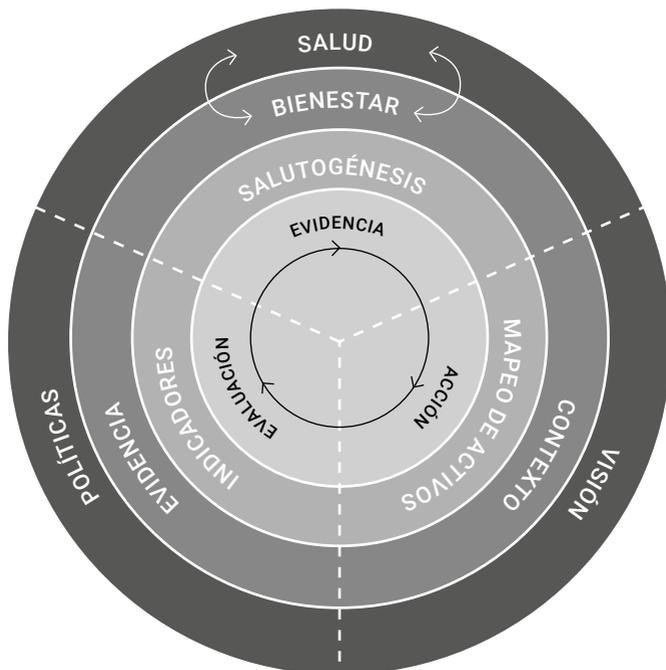


Figura 1. UN MODELO DE ACTIVOS PARA LA SALUD PÚBLICA

Fuente: Morgan, Hernán y Ziglio (2011)

## El río de la vida y el transcurso del mundo

Si aceptamos que el estado de salud y bienestar de las personas es dinámico (continuum entre salud-enfermedad) el río de nuestras vidas a veces corre por aguas tranquilas y otras veces embrave-

cidas, lo cual plantea la necesidad de comprender cuáles son las condiciones para la vida y cómo determinar el proceso para adquirir la habilidad de nadar bien y de modo salutogénico [14]. El río está lleno de riesgos y de recursos; nuestra travesía obtendrá una mayor calidad en el nado y en la vida si somos capaces de identificar y utilizar los recursos necesarios para mejorar las opciones de salud. Bengt Lindström ha desarrollado una gran parte de sus enseñanzas hacia cómo reorientar las formas de aprender habilidades para la salud como base del proceso salutogénico. Lo cual nos conduce a pensar que para evitar la barbarie sería necesario educar para aprender a vivir saludablemente e invertir nuestros esfuerzos y recursos en las fases iniciales de la vida.

En esta misma línea Kelly [18] explica cómo a lo largo de la vida de un individuo-comunidad existen distintos vectores que intervienen determinando su estado de salud y sus propios resultados en salud. Estas fuerzas residen en 4 estructuras entrelazadas: la población, la sociedad, las organizaciones civiles y el entorno ambiental. ¿Serán estas las fuerzas que remueven el río de la vida? Si esto fuera así, se requiere conocer los mecanismos a través de los cuales los determinantes sociales de la salud producen resultados en salud en los individuos y comunidades y, por tanto, en la generación de desigualdades injustas. Estos mecanismos se pueden articular en el curso de la vida (*lifecourse*) y en la experiencia del mundo (*lifeworld*). El curso de la vida ofrece una secuencia de eventos y roles que hacen que el individuo se desenvuelva a lo largo del tiempo. Así van acumulando ganancias o pérdidas para la salud y decisiones en situaciones críticas que ayudan a acumular experiencias y saberes útiles para nuestro mundo.

Desde el nacimiento hasta la muerte, la persona en una comunidad vive experiencias de aprendizaje y maneja recursos o fac-

tores que favorecen su propia salud. Los clínicos y los salubristas tenemos que recapacitar sobre nuestra potencialidad para prescribir consejo, tecnología, medicamentos y normas de vida; la tarea profesional también tiene que ver con el cómo fomentar esos recursos para nadar, en busca de la unión entre los resultados en salud y las riquezas de la estructura social y de cada persona o familia. Replantear nuestra tarea para no seguir camino de la barbarie y centrar los esfuerzos en etapas críticas del crecimiento es crucial para poder mejorar el desarrollo desde la infancia y la adolescencia [19] y sustentar las acciones en las riquezas del contexto.

## **Desarrollo comunitario e identificación de activos para la salud**

La estrategia *Health 2020* [8] liga el desarrollo comunitario con los activos para la salud y la equidad. El desarrollo comunitario basado en activos [20], reflexiona sobre la comunidad persona a persona, sobre lo asociativo e institucional, así como sobre los recursos ambientales o contextuales o de cómo se pueden desarrollar las potencialidades generadoras de salud de nuestras comunidades. Un instrumento para desarrollar las habilidades existentes en individuos y comunidades es el mapeo de activos para la salud. El mapeo es un proceso en que la ciudadanía comienza a descubrir factores positivos de su comunidad y a tejer una red de relaciones y de apoyos mutuos, lo cual tiene conexión con el proceso de empoderamiento, de forma que se desemboca en proyectos que mejoran la calidad de vida y promocionan la salud [21].

Los activos se exploran a través de metodologías de desarrollo comunitario y se suelen categorizar en distintos bloques [22]. No

obstante, se establecen categorizaciones a nivel teórico como de edificios primarios (activos ubicados dentro de la comunidad y bajo el control del barrio), secundarios (activos ubicados dentro de la comunidad y controlados por agentes externos) y de edificios potenciales (recursos originados fuera del barrio controlados por agentes externos).

El trabajo para el mapeo de activos para la salud [21] requiere saber cuál será el cambio transformador para la salud o el bienestar para el que se hace el mapeo, sometiendo el proceso a varias etapas:

- a) conocer qué personas son el motor comunitario de estas tareas y si están disponibles para realizarlo,
- b) qué zona se delimita,
- c) qué seguirá después del trabajo de identificación de activos,
- d) como se creará el grupo que guía el proceso,
- e) con qué informantes que conocen la comunidad y sus riquezas haremos el trabajo,
- f) cómo se establecerá, cómo lo haremos,
- g) cuáles serán las técnicas adecuadas de investigación ciudadana,
- h) cómo visibilizar los activos de la comunidad para que puedan intercambiarse y ser útiles para iniciativas transformadoras,
- i) cómo lo consignaremos y publicaremos a través de mapas que puedan ser útiles y accesibles,
- j) qué haremos para transferir los mapas a los agentes locales a través de metodologías (sesiones, reuniones, foros, publicaciones...).

Sin embargo, tal y como expone Morgan [23], los mapas no provocarán un cambio a menos que la comunidad tenga una visión predeterminada, los activos se conecten hacia un objetivo o existan determinadas conexiones positivas entre comunidades y los gobiernos locales. Para ello nuestro punto de partida es muy importante, tener objetivos es fundamental y que existan herramientas y método para ayudarnos a la acción [24].

## Modelo de activos en acción

En nuestro país pueden observarse proyectos que utilizan estas herramientas de identificación de activos para la salud. El proyecto RIU en Valencia [25], el Observatorio de Salud de Asturias [21], la estrategia de *Redes de Aragón* [26], experiencias locales como *Mapeando Carabanchel* [27] o las del centro de salud de Oliver en Aragón [28]. Un barrio lleno de vidas en el Polígono de Cartuja de Granada [29] ha puesto en marcha acciones que se suman a la iniciada desde la Escuela Andaluza de Salud Pública [20] en el año 2011 en colaboración con la Glasgow Caledonian University (GCU) por medio de seminarios y múltiples cursos o postgrados en la materia, potenciando proyectos en la geografía andaluza sustentados en una política de salud pública que ha generado la línea de activos para la salud dentro del Plan Andaluz de Salud [30]. Lo que ha permitido desarrollar distintas experiencias como la *Formación en salutogénesis y activos para la salud* [20], experiencias formativas de activos para la salud y promoción de la salud mental [31], desarrollo de estrategias para potenciar activos en mujeres [32], estudios sobre activos para la salud en Internet [33] y otros para la infancia, adolescencia y juventud [34].

Tabla 1. ALGUNAS TÉCNICAS PARA REALIZAR EL MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD

ACTIVOS de	TÉCNICAS							
	Entrevistas en profundidad	Grupo focal	Base de datos/Web/Redes sociales 2.0	Conversación	Mapping party	Photovoice	Investigación narrativa storytelling	Tertulia del café
Individuos	+++	+++	+	+++	++	++	+++	+++
Asociaciones formales	+	+	+++	+	++	++	+	+
Asociaciones informales	++	++	+	++	+++	+++	++	++
Físicos del área	+	++	+++	++	+++	++	++	++
Económicos	++	++	+++	++	+	++	++	++
Culturales	++	++	++	++	++	++	++	++
Organizaciones	++	+	++	+	+	++	+	+

Gradación orientativa de la utilidad de cada técnica: +++ muy adecuada ++ adecuada + puede ser adecuada  
 Adaptación de: Botello, B.; Palacio, S.; García, M.; Margolles, M.; Fernández, F.; Hernán, M. et al. (2013).  
 "Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad". *Gaceta Sanitaria* 27: 180-3.

En nuestro país se está fortaleciendo el conocimiento en la materia a partir de una alianza formativa que ha hecho confluír a muchos de estos equipos en el desarrollo, diseminación e intercambio del conocimiento desde lugares diversos como la Universidad de Alicante, Baleares, Rey Juan Carlos, Jaén, Almería, Sevilla, Pablo de Olavide, Escuela de Verano de Salud Pública de Menorca, Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología y otros muchos eventos formativos y científicos que, desarrollados y en marcha, están potenciando esta línea.

## **Retos actuales**

El Modelo de Activos para la Salud tiene como retos actuales el rigor en las actuaciones que deben contener elementos fundamentales como la transparencia, la sistematicidad y la relevancia [17]. Se trata de conseguir una lógica rigurosa sobre la investigación sustentada en la evaluación narrativa y la complementariedad de distintas metodologías y disciplinas como punto de partida.

Poner el foco en la población concreta, la localización, las estructuras sociales y el contexto facilitará la evidencia para potenciar la aplicabilidad y transferibilidad de los resultados [35], que sean comprensibles para la ciudadanía y den pistas para la acción.

Las experiencias con resultados concretos, la investigación ligada a la evidencia y a una evaluación rigurosa con un planteamiento de calado en las políticas y en el sistema de salud pública puede reorientar las prácticas [36]. Por eso entendemos que parar la barbarie implica abrir las puertas a actuaciones rigurosas

basadas en la coproducción de salud y potenciar experiencias solventes como algunas de las que se están desarrollando en nuestro país y fuera de él.

El principal valor del Modelo de Activos para la Salud procede de explicar las vías para la generación de salud con un enfoque positivo, basado en evidencias, por eso es necesario crear procesos explicativos que permitan visibilizar la manera efectiva de mejorar la salud conectada con la persona, a la persona con la salud de la comunidad y a la comunidad con las estrategias de las instituciones responsables de la salud pública [23].

## Bibliografía

- [1] Tones, K.; Tilford, S. (2001). *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*. Cheltenham, UK: Nelson Thornes.
- [2] Marmot, M.; Allen, J. J. (2014). "Social Determinants of Health Equity". *American Journal of Public Health* 104(S4): S517-9.
- [3] Loeffler, E.; Power, G.; Bovaird, T.; Hine-Hughes, F. (2013). *Co-Production of Health and Wellbeing in Scotland* [Internet]. Governance International. Disponible en: [http://www.govint.org/fileadmin/user\\_upload/publications/Co-Production\\_of\\_Health\\_and\\_Wellbeing\\_in\\_Scotland.pdf](http://www.govint.org/fileadmin/user_upload/publications/Co-Production_of_Health_and_Wellbeing_in_Scotland.pdf)
- [4] Baudrillard, J.; Bixio, A.; Álvarez, L. E. (2009). *La sociedad de consumo: sus mitos, sus estructuras*. Madrid: Siglo XXI de España.
- [5] Dubos, R. J. (1987). *Mirage of Health: Utopias, Progress, and Biological Chang*. Rutgers, New Jersey: Rutgers University Press.
- [6] Marmot, M.; Allen, J.; Bell, R.; Bloomer, E.; Goldblatt, P. (2012). "Consortium for the European Review of Social Determinants of Health

- and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide". *The Lancet* 380: 1011-29.
- [7] Cofiño, R. (2015). "Las causas de las causas: Tu código postal puede modificar tu código genético (III)". *Salud comunitaria* [Internet Blog]. [Citado 2 de abril de 2015]. Disponible en: <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2014/08/25/causasdelascausas/>
- [8] Who Regional Office For Europe (2013). *Governance for health equity in the WHO European Region* [Internet]. Copenhagen, Denmark: World Health Organization/Regional Office for Europe; 63 p. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/235712/e96954.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/235712/e96954.pdf?ua=1)
- [9] Morgan, A.; Davies, M.; Ziglio, E. (2010). *A Theoretical Model of Assets: The link between biology and the social structure. Health assets in a global context : theory, methods, action*. New York: Springer, p. 41-58.
- [10] Morgan, A.; Ziglio, E. (2007). "Revitalising the evidence base for public health: an assets model". *Promotion & Education*, Suppl 2: 17-22.
- [11] Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- [12] Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Disponible en: [http://www.paho.org/salud-yescuelas/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=191:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=337&lang=es](http://www.paho.org/salud-yescuelas/index.php?option=com_k2&view=item&id=191:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=337&lang=es)
- [13] Rivera de los Santos, F.; Ramos Valverde, P.; Moreno Rodríguez, C.; Hernán García, M. (2011). "Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud". *Revista Española de Salud Pública* 85: 129-39.
- [14] Lindström, B.; Eriksson, M. (2010). *The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis : Salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki: Folkhälsan.

- [15] Eriksson, M.; Lindström, B. (2008). "A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter". *Health Promotion International* 23: 190-9.
- [16] Antonovsky, A. (1996). "The salutogenic model as a theory to guide health promotion". *Health Promotion International* 11: 11-8.
- [17] Morgan, A.; Hernán, M. (2013). "Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 15: 78-86.
- [18] Morgan, A.; Davies, M.; Ziglio, E. (2010). *Health assets in a global context : theory, methods, action*. New York: Springer.
- [19] Palacios González, J. (2011). *Paradojas del desarrollo humano: Lección Inaugural de la Universidad de Sevilla*. Curso Académico 2011/2012. Sevilla: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- [20] Hernán, M.; Morgan, A.; Mena, A. *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; Disponible en: <http://www.easp.es/?wpdmact=process&did=Mí5ob3RsaW5r>
- [21] Botello, B.; Palacio, S.; García, M.; Margolles, M.; Fernández, F.; Hernán, M. et al. (2013). "Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad". *Gaceta Sanitaria* 27: 180-3.
- [22] McKnight, J. *A Basic Guide to ABCD Community Organizing*. Disponible en: <http://www.abcdinstitute.org/docs/A%20Basic%20Guide%20to%20ABCD%20Community%20Organizing-1.pdf>
- [23] Morgan, A. (2014). "Revisar el Modelo de los Activos: aclaración de ideas y términos". *Global Health Promotion* 21: 91-4.
- [24] *Caja de Herramientas Comunitarias*. [Internet]. Kansas; University of Kansas. CommunityToolbox - [Actualizado 24 abr 2010; Citado 1 jun 2015]. Disponible en: <http://ctb.ku.edu/es/>
- [25] Aviñó, D.; Paredes-Carbonell, J. J.; Peiró-Pérez, R.; La Parra Casado, D.; Álvarez-Dardet, C. (2014). "Proyecto RIU: cambios percibidos por

agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad". *Atención Primaria* 46: 531-40.

- [26] Granizo, C.; Gallego, J. *Criterios de calidad de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud*. [Internet]. [Citado 1 jun 2015]. Aragón: Gobierno de Aragón Departamento de Salud y Consumo; Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/SaludPublica/Promoci%C3%B3nSalud/RedAragProyectosPromoSalud/CRITERIOS+RAPPS.PDF>
- [27] "Mapeando por Carabanchel alto. Objetivos". [Internet Blog]. *Mapeando por Carabanchel Alto*. [citado 3 de abril de 2015]. Disponible en: <http://mapeandoporcarabanchelalto.blogspot.com.es/p/objetivos.html>
- [28] March, S.; Jordán Martín, M.; Montaner Gomis, I.; Benedé Azagra, C. B.; Elizalde Soto, L.; Ramos, M.; grupo del proyecto frAC (2014). "¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC". *Gaceta Sanitaria* 28: 267-273.
- [29] Calderón, S.; Alquézar, L. (2014). "Un barrio lleno de vida(s). Salud comunitaria". *Salud Comunitaria* [Internet Blog] [citado 3 de abril de 2015]. Disponible en: <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2014/11/12/un-barrio-lleno-de-vidas/>
- [30] *IV Plan Andaluz de Salud* [Internet]. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2013. Disponible en: [http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV\\_PAS\\_v9.pdf](http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf)
- [31] Hernán García, M.; Mena Jiménez, A.; Lineros González, C.; Boteillo Díaz, B.; García-Cubillana de la Cruz, P.; Huertas Povedano, A. (2011). *Activos para la salud y promoción de la salud mental. Experiencia formativa*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 54 p. Disponible en: [http://www.easp.es/project/activos\\_para\\_la\\_salud\\_y\\_promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental/](http://www.easp.es/project/activos_para_la_salud_y_promocion_de_la_salud_mental/)

- [32] Mateo Rodríguez, I. (coord.); García-Cubillana de la Cruz, P.; Conde Gil de Montes, P.; grupo de trabajo: María del Consuelo Beato Sánchez, M. C. et al. (2011). *Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE). Anexos y Argumentario*. [citado 3 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodetalle.asp?idp=484>
- [33] Hernán-García, M.; Botello-Díaz, B.; Marcos-Marcos, J.; Toro-Cárdenas, S.; Gil-García, E. (2015). "Understanding children: a qualitative study on health assets of the Internet in Spain". *International Journal of Public Health* 60: 239-47.
- [34] Pérez-Wilson, P.; Hernán, M.; Morgan, A. R.; Mena, A. (2013). "Health assets for adolescents: opinions from a neighbourhood in Spain". *Health Promotion International* dato81.
- [35] Buffet, C.; Ciliska, D.; Thomas, H. *It worked there. Will it work here? Tool for Assessing Applicability and Transferability of Evidence (A: When considering starting a new program)*. [Internet]. Disponible en: <http://www.nccmt.ca/pubs/A&Trevised-startEN.pdf>
- [36] Alvarez-Dardet, C.; Morgan, A.; Cantero, M. T. R.; Hernán, M. (2015). "Improving the evidence base on public health assets-the way ahead: a proposed research agenda". *Journal of Epidemiology Community Health*.

# ¿DÓNDE VAMOS?

Alberto Fernández Ajuria

## ¿Cómo seguir después de leer las aportaciones de los capítulos de este libro?

**E**n la introducción de este libro se expresa la esperanza de que su lectura «sirva para que confluyan visiones que compartan destinos, aunque no procedencias, para poder conformar una realidad más amplia que la que ahora tenemos». Para ello, se han presentado una gama de temas que pueden aportar puntos de partida para una reflexión compartida que permitiera orientar desarrollos posteriores.

Del conjunto de los diferentes capítulos se extraen aportaciones, reflexiones y retos que pueden ordenarse de acuerdo a una serie de dimensiones. La idea es que estas dimensiones puedan constituir ejes de un debate, así como eventuales rutas para el desarrollo de conceptos y de dimensiones que pudieran contribuir a una mejor comprensión del fenómeno que denominamos salud colectiva y a la tarea del salubrismo.

Entendiendo que el salubrismo pretende la mejora de la salud colectiva mediante la puesta en marcha de intervenciones esencialmente colectivas y con la creación, desarrollo y ajuste de diversos sistemas sociales que interactúan de forma más o menos funcional para la finalidad que se propone, que sería la mejora de

la salud y su distribución con valores de justicia social. De esta manera, se pretendería la reducción de la barbarie.

## Una tarea previa

De la polisemia y de la necesidad de acordar de qué hablamos cuando hablamos de salubrisimo.

## De qué hablamos cuando hablamos de...

En las *Analectas de Confucio*, en el libro 13, capítulo 3, se cuenta que

«cuando se le preguntó a Confucio cuál sería su primer acto si lo dejaran gobernar un país, dijo: —Ciertamente sería corregir el lenguaje. ¿Por qué? le preguntaron, y Confucio respondió: —Porque si el lenguaje no es correcto, entonces lo que se dice no es lo que se quiere decir, si no se quiere decir lo que se dice, entonces lo que se debe hacer queda sin hacerse. Si esto queda por hacerse, entonces se deterioran la moral y las artes. Si la moral y las artes se deterioran se pierde la justicia y la gente cae en la más completa confusión. Por lo tanto no debe existir arbitrariedad en lo que se dice. Esto es más importante que todo lo demás»<sup>1</sup>.

En algunos de los capítulos se agradece el abordaje de la cuestión de la polisemia de algunos términos fundamentales (público, privado, justicia, equidad...) que se vienen utilizando frecuente-

---

1 *Analectas de Confucio*, libro 13, capítulo 3.

mente sin aclarar, o acordar, previamente su significado. Queda todavía algún esfuerzo por hacer en este sentido y podría ser uno de los primeros para entender el camino que se pretende recorrer. Desde la propia definición de salud, que estaría en base de otras derivadas de la misma, o como lo que se entiende por salubrismo, salud pública, o por determinantes sociales de la salud. Hay evidencias de que algunas diferencias en el abordaje de las prácticas salubristas se derivan de variaciones epistemológicas y de diferentes conceptualizaciones e interpretaciones de términos de uso común, como salud, o determinantes sociales de la salud [1].

La propia definición de salud se conceptualiza de manera individual, cuando podría considerarse que el entorno social significativo de cada persona repercute en su propia salud. No ya tanto que los factores sociales o culturales más significativos y proximales repercutan en la salud individual como agentes externos causales, sino que ésta es inseparable e interactúa con las circunstancias del entorno [2].

Por lo tanto, una tarea prioritaria sería la de identificar las variaciones epistemológicas que conllevan a diferentes concepciones y prácticas del salubrismo. Incluso, como se menciona en alguno de los capítulos, acordar lo que se entiende por salubrismo para compartir un debate con mayor claridad y precisión de los significados de los conceptos fundamentales. En este sentido, podría no estar de más considerar lo que comentan Brassolotto et al., mencionando a D. Raphael, sobre que quizás más importante que las barreras epistemológicas, o las paradigmáticas, sean las relacionadas con los, más o menos conscientes, discursos Foucaultianos, del poder, la supuesta legitimidad, los intereses, las conveniencias, o la coerción, las que dificulten un avance de la salud pública [1].

Las aportaciones realizadas a lo largo de los diferentes capítulos ofrecen un excelente material para que se pueda proceder a la elaboración de un glosario "vivo" para acordar el uso y los significados de conceptos como comunidad, vecindad, participación, emancipación, clase social...

## **Dimensiones esenciales**

### **Género:**

Es un acierto comenzar con un capítulo dedicado al tema del género porque impregna toda la mirada del quehacer del salubrisimo. En este sentido, una perspectiva de género debe estar en la esencia de la conceptualización de lo que entendemos por salud pública, porque es preciso desprenderse de la carga de conocimiento acumulada –de limitado y sesgado carácter androcéntrico– y corregir y ampliar la perspectiva de salud en la generación de conocimiento y en las prácticas destinadas a su consecución.

Como se menciona en dicho capítulo, la incorporación de este concepto al ámbito científico debería permitir no solo una ruptura epistemológica en el conocimiento de la realidad social, sino una nueva construcción del conocimiento.

Dada la relevancia fundamental del tema, las aportaciones del capítulo son altamente valiosas para seguir avanzando en el tema. Una vez más, emerge la necesidad de compartir significados de los conceptos que se utilizan en salud pública. Bajo el término género, Hammarström A, et al. identifican al menos seis conceptualizaciones teóricas, que aunque interrelacionadas, muestran la necesidad de desambiguación. Parece necesario en-

tender las relaciones entre sexo y género, y cómo se operativizan y utilizan, y hasta dónde pueden aportar. En un marco más complejo, se abordan las relaciones entre género y otros factores, lo que puede servir para operativizar las relaciones entre género y poder, o para profundizar en el concepto de "interseccionalidad" como interacción o sinergia de efectos, no solo con "la raza" como propuso inicialmente Crenshaw, sino con otros factores de la estructura social, que combinados con las del género muestran efectos que van más allá de la mera suma de vulnerabilidades. Además, los diferentes enfoques: fenomenológico, social y ecosocial del *embodiment*<sup>2</sup> suponen también propuestas muy ricas para su incorporación en el estudio y la comprensión de los procesos de salud-enfermedad. El glosario de Nancy Krieger, referido en el capítulo referido al género, es, sin duda, un valioso punto de partida que podría ser completado con su posterior publicación más monográfica sobre el tema: *Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology* [3].

### **Salubrismo y acción:**

Del conjunto de capítulos, en algunos de ellos de manera muy clara, se desprenden retos, caminos o escenarios a abordar en el próximo futuro. La mayoría de estos retos son de carácter profesional y en algunos de los casos obedecen a acciones para afrontar problemas locales. El abordaje de estos retos podría beneficiarse de una visión más amplia, ligada con la función social del salubrismo.

---

2 Un concepto que refiere cómo, literalmente, incorporamos biológicamente el mundo social y material en el que vivimos desde el útero a la muerte.

Varios capítulos aportan valiosas reflexiones y propuestas sobre el carácter político del salubrismo. Estas aportaciones, junto con las derivadas de lo que los estudios empíricos sobre la influencia de las políticas en la salud, y las de lo que se viene denominando epidemiología política –que aunque esté en sus inicios, proporciona evidencias de la importancia de los factores políticos sobre la salud [4]–, pueden suponer un buen comienzo para integrar algunos de los elementos que aparecen problematizados a largo del libro (lo biológico, lo psicológico, lo mental, lo social..., y lo contextual, desde la dimensión local del barrio hasta lo global), con lo político como determinante esencial de la salud.

En este sentido, además de las aportaciones presentadas en los capítulos referidos a la vivienda, clase social, urbanismo, movimientos sociales, etc., podría ser interesante tomar de la epidemiología política aquellos desarrollos y resultados que ayuden a comprender mejor el papel que las políticas económicas, o de bienestar, desempeñan para conformar las características de los determinantes de la salud, y como derivada, el carácter más o menos equitativo de las condiciones de vida relacionadas con la salud de la población. Esto podría permitir una conceptualización más integrada de las temáticas de vivienda, urbanismo, empleo y precariedad, desahucios... y realizar propuestas de acción estructurales y coherentes. En relación con ello, las aportaciones de Muntaner et al. [5] pueden resultar también valiosas para complementar las propuestas relacionadas con las de clase social, poder, empleo y movimientos sociales.

Por otra parte, si como se afirma: «La salud pública es una estrategia de poder» y mantener a las poblaciones sanas, independientemente de lo que se quiera entender por ello, es siempre una

decisión política, un acto de poder<sup>3</sup>, podría resultar relevante preguntarse por qué las evidencias que se aportan en los diferentes capítulos tienen tan poca capacidad para generar cambios.

Como indica Ilona Kickbush [4] los temas de salud son, cada vez más, parte de los debates de los líderes de gobiernos, del empresariado, de los estrategas militares, de los innovadores sociales, de las negociaciones de los tratados de comercio y de los diferentes defensores de los modelos de desarrollo.

Sin embargo, Kickbush identifica una crisis de competencias en el salubrismo para abordar los procesos sociales y políticos hacia la creación de una sociedad más saludable.

Todo ello nos lleva a la necesidad de considerar que sería beneficioso para el salubrismo el abordaje de las políticas públicas con una perspectiva de ciencia política, y no solo con la perspectiva de la investigación y evaluación de las intervenciones. Y ello porque, como dice Leeuw [6], aunque las políticas no son intervenciones de salud, sí orientan su diseño y condicionan su ejecución. Por lo tanto, resulta necesario entender mejor los procesos políticos y las teorías en las que se sustentan, para poder influir en el cambio de las políticas. El conocimiento de las ciencias y de la práctica política parece necesario para que el salubrismo pueda abordar mejor los sistemas complejos en los que se producen los problemas de salud de la población.

En consecuencia, sería interesante analizar si desde una perspectiva salubrista habría formas de proceder que tuvieran mayor capacidad de influencia y de cambio en la situación y distribución de la salud. Probablemente, y aunque no bastase, la audiencia del

---

3 Ver el capítulo "Relaciones de poder y salud pública" de Juan Manuel Jiménez Martín.

discurso debería ampliarse del ámbito profesional –acordando cuál es éste– y del académico, al de los que tienen capacidad de toma de decisiones políticas. No solo para informarles, sino para influir o cuestionar sus proyectos y decisiones. Eso supone un trabajo de capacitación en las claves que influyen o determinan las decisiones políticas. Lo que supone comprender los problemas de los decisores desde su punto de vista. Tener capacidad para interactuar de forma estrecha en la presentación de propuestas que recojan las aportaciones derivadas de procesos participativos para que sean consideradas por los decisores en términos que tengan significado social y permitan ser transformados en acciones colectivas.

Probablemente fuera interesante continuar las propuestas de este libro incluyendo una dimensión que analizase la necesidad de capacitación de los/as salubristas para una acción política más efectiva, y valorar así si ésta debe incorporarse como una competencia y un quehacer profesional exigible a cualquier salubrista.

Un debate similar aconteció con la reconsideración de la epidemiología social en 1989. Nancy Krieger revisa esta situación y recoge la opinión de renombrados epidemiólogos, que aceptando que el propósito moral de la epidemiología es aliviar la carga humana de la enfermedad, consideran que dicha tarea se podría realizar limitándose a la generación de conocimiento *per se*, sin estar concernido/a por las consecuencias prácticas de su trabajo. Por el contrario, ella propone una definición de epidemiología que tendría como finalidad la generación de conocimiento relevante y válido para mejorar la salud de la población, actuando sobre su distribución para prevenir el sufrimiento innecesario, incluyendo la eliminación de las inequidades en salud [7].

Este enfoque permitiría reorientar las posibilidades de liderazgo comunitario y de abogacía por la salud mediante un rol social

más reconocible, influyente en el diseño y aplicación de políticas que afecten a los diferentes determinantes sociales de la salud.

## **Lo individual y lo colectivo (individuo, barrio, población, comunidad...)**

En diferentes capítulos se menciona expresamente, o se desprende, una cierta tensión entre la concepción colectiva formal del salubrismo y la presencia de una visión individual, tanto en la definición de la salud como en la generación de conocimiento sobre sumas de individuos, o en el enfoque individual de algunas intervenciones.

La influencia de la clínica y de la deriva de las corrientes más poderosas e influyentes de la epidemiología de los últimos años en el salubrismo, así como la asunción del individualismo como pensamiento dominante, pueden estar en el origen de la dificultad para enfocar la generación del conocimiento y las propuestas de acción con enfoque primordialmente colectivo. Se tiende a entender la comunidad, el barrio, la población, como una suma de individualidades. Quizás por una necesidad de incorporación de metodologías sociales poderosas, se desarrolla un sesgo de conceptualización de lo que constituye el objeto de la acción del salubrismo: la población. Muchas intervenciones vuelven a traducirse en recomendaciones individuales o en acciones sobre los individuos. Con frecuencia, responsabilizando a la víctima de su condición de "enferma".

Como se apunta en el libro, la presión individualizadora del contexto actual es muy intensa, influyendo hasta el extremo de conceptualizar la salud como una condición o estado individual;

por ello se podría trabajar para que el salubrismo reforzase la visión colectiva de su cometido. En este esfuerzo, una mayor aportación de otras disciplinas, fundamentalmente de las ciencias sociales, podría contribuir a articular los conceptos de comunidad, barrio, población, de forma más coherente. Las aportaciones de Popay et al. [8], aunque aplicadas al problema de la inequidad en salud, pueden resultar de interés para profundizar en las relaciones entre lo individual y su contexto social, y plantearlo con metodologías y aportaciones más amplias (p. ej.: narrativa del saber popular, epidemiología popular, análisis sistémico... [9]), que las habitualmente utilizadas.

Probablemente así, podría desarrollarse una relación del salubrismo con las actividades clínicas menos confusa. Iona Heath en una reciente publicación analiza las diferentes concepciones de la medicina o el cuidado individual y la salud pública, y delimita los campos de cada una de ellas. La equivocación que tanto la clínica como el salubrismo pueden cometer al aplicar conceptos colectivos a los individuos, y viceversa, podrían comenzar a solventarse con una reflexión más clara sobre este tema, que hoy está dominado por el discurso individualizante [10]. De esta reflexión podría beneficiarse una elaboración más coherente con el salubrismo de la visión salutogénica, un sentido de la coherencia más social que individual, y un desarrollo de activos comunitarios y/o colectivos.

## **Complementos o sugerencias de futuro**

Para finalizar, podría ser interesante abordar el tema de la Historia del Salubrismo. Podría ser útil para saber de dónde venimos, entender mejor dónde estamos, y quizás aportar elementos que

nos guíen hacia el futuro. Reflexionar sobre cómo han evolucionado las diversas formas de enfermar, cómo se distribuyen, cómo aparecen o reaparecen las epidemias y cómo van cambiando sus abordajes aportaría conocimiento sobre cómo interpretamos los nuevos fenómenos epidémicos, desde el SARS hasta la depresión o la obesidad. En este sentido, y sobre todo para las epidemias no infecciosas, las Ciencias Sociales pueden aportar una mirada y una metodología que supere la centrada exclusivamente en la teoría infecciosa.

Con objeto de ubicar estas aportaciones con una descripción del contexto más amplia y explícita, podría ser de utilidad una reflexión sobre salubrisimo, desarrollo, globalización y salud global. Creo que esta visión podría complementar la visión local de la comunidad y de la acción de los barrios, o de la salud urbana. Permitiría abordar el fenómeno de las diferentes migraciones, de la previsible influencia de los tratados internacionales de comercio sobre la salud de las poblaciones. Además, una referencia contextual amplia compatible con un "ecosalubrismo" permitiría una visión más rica de algunos temas, como el de la ética en la salud pública; el abordaje del cambio climático, el derecho a la salud y/o la salud como producto de consumo, el incremento de los costes de la sanidad y los factores que lo provocan. Finalmente, proporcionaría una visión más amplia de la inequidad en salud y una aplicación más universal de los principios de justicia.

Para acabar, una pregunta con referencia a la cuestión demográfica. La población mundial está aumentando, aunque en nuestro entorno un número creciente de personas, una parte importante de la población, afronta la muerte con alto riesgo de que no sea lo suficientemente digna y significativa. Como consecuencia de una construcción social que adora la salud eterna y encumbra

una medicina de la inmortalidad, las desigualdades en salud tienen un alto riesgo de reproducirse en desigualdades para afrontar el final de la vida en condiciones de dignidad mínimamente exigible. ¿Debería el salubrismo plantear aportaciones para garantizar equidad para una muerte digna?

## Bibliografía

- [1] Brassolotto, J.; Raphael, D.; Baldeo, N. (2014). "Epistemological barriers to addressing the social determinants of health among public health professionals in Ontario, Canada: a qualitative inquiry". *Critical Public Health* 24(3): 321-36. Available from: <http://10.0.4.56/09581596.2013.820256%5Cnhttp://ez-scv.statsbiblioteket.dk:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=96193063&site=ehost-live>
- [2] Richmond, C. A. M.; Ross, N. A.; Bernier, J. (2013). "Exploring Indigenous Concepts of Health: The Dimensions of Métis and Inuit Health". *Aboriginal Policy Research Consortium International (APRCi)* 4(20): 3-15.
- [3] Krieger, N. (2005). "Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology". *Journal of Epidemiology and Community Health* 59(5): 350-5.
- [4] Kickbusch, I. (2015). "The political determinants of health – 10 years on". *BMJ* 350(jan 08 2): h81-h81. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.h81>
- [5] O'Campo, P.; Dunn, J. R. (2012). *Rethinking Social Epidemiology*. O'Campo, P.; Dunn, J. R., editors. Dordrecht: Springer Netherlands. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-94-007-2138-8>

- [6] de Leeuw, E.; Clavier, C.; Breton, E. (2014). "Health policy – why research it and how: health political science". *Health Research Policy and System* 12(1): 55. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84907952223&partnerID=tZOtx3y1>
- [7] Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health: theory and context*. Oxford University Press.
- [8] Popay, J.; Williams, G.; Thomas, C.; Gatrell, T. (1998). "Theorising Inequalities in Health: The Place of Lay Knowledge". *Sociology of Health and Illness* 20(5): 619-644. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00122/abstract%5C-nhttp://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/1467-9566.00122/asset/1467-9566.00122pdf?v=1&t=hqlelbei&s=809db85b-6403298b343ecfc51ee6df26a39c9eea>
- [9] Orton, L.; Halliday, E.; Collins, M.; Egan, M.; Lewis, S.; Ponsford, R. et al. (2016). "Putting context centre stage: evidence from a systems evaluation of an area based empowerment initiative in England". *Critical Public Health*. Taylor & Francis 1596: 1-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09581596.2016.1250868>
- [10] Heath, I. (2016). "How medicine has exploited rationality at the expense of humanity: an essay by Iona Heath". *BMJ* 5705: i5705. Available from: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.i5705>



## BIOGRAFÍAS

**Vicky López Ruiz:** Feminista, activista convencida, médica de familias y comunidades, salubrista y aprendiz de socióloga. Tejiendo salud en lo social y lo político, ando enredada en la aventura del Municipalismo con Ganemos Córdoba. Miembro del Área de salud de Podemos Andalucía. Co-fundadora de Colectivo Silesia y colaboradora de Médico Crítico. Colaboradora docente de la Escuela de Salud Pública. Parte del PACAP. Hablando de y construyendo participación y salud comunitaria, allí donde me dejan.

**Maite Cruz Piqueras:** Estudió sociología a la vez que colaboraba en la producción del Espárrago Rock. Al final ganó la salud pública frente al rock'n'roll pero aún tiene sus dudas. Trabaja en la Escuela Andaluza de Salud Pública en (bio)ética y cualitativa, lo que cuenta es lo que cuentas. De mayor quiere ser narrativa.

**Joaquín Hortal Carmona:** Granada, 1978, pero de un pueblo chico. Médico de familia con ínfulas de médico de cabecera. Exiliado en el Mordor de unas urgencias hospitalarias. Convencido de que todos los juicios diagnósticos y terapéuticos son ante todo juicios morales. Cuando leo #LET pienso en una praxis médica adecuada antes que en los *fanboys* del Juan de Mariana.

**Javier Padilla Bernáldez:** Madrileño de ida y vuelta (ahora en fase de vuelta), feminista. Médico de familia y comunidad, salubrista y con filias relacionadas con la economía de la salud. Co-editor del blog medicocrítico y co-fundador del Colectivo Silesia. Miembro del Consejo Asesor Editorial de Agenda Pública y de NoGracias. Colaborador ocasional en Periódico Diagonal (donde se publica también el blog medicocritico). Colaborador Docente con la Escuela Andaluza de Salud Pública. Miembro del Área Estatal de Salud/Sanidad de Podemos.

**Elena Ruiz Peralta:** Feminista y agroecologista. Con participación en espacios socio-políticos como La Casa Azul, La Rehuerta, Red de Consumo de Córdoba, ASACO, Quién debe a quién, AteuLibertariÀloma, 15M, Stop Desahucios de Córdoba. Máster de Antropología Médica y Salud Internacional. Trabajo de Fin de Máster: "Desahuciar, desalojar, ejecutar. Cuando la política callejera se convierte en medicina". Médica de Familia, Comunidades y Poblaciones en Santiago de la Espada (Jaén).

Blog: [vidasvivibles.wordpress.com](http://vidasvivibles.wordpress.com)

**Sergio Minué:** Es ante todo médico de familia, aunque lleva 16 años trabajando de profesor en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Hace más de 8 años empezó a publicar el blog El Gerente de Mediado para compartir información complementaria con los alumnos del Master de Salud Pública. Tiene una Cara Ve (otro blog) para dar salida a la música y literatura que frecuenta. En el fondo le hubiera gustado ser el segundo guitarra de Wilco.

**Patricia Escartín Lasierra:** Médica de familia y comunitaria. Parte del PACAP. Zaragoza. Aragón. De pequeña quería ser libre y

acabé siendo médica de familia y comunitaria; a veces más lo segundo que lo primero. Precaria a la deriva. Creo en la Atención Primaria y la Sanidad Pública. Objetora al RDL 16/2012. Crítica, con tendencia sincericida. De "sí" fácil, lo que me lleva a embarcarme en proyectos colectivos increíbles.

**Luis Gimeno Feliu:** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor Asociado de la Universidad de Zaragoza. Grupo Inmigración y Salud Sociedad Española Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Zaragoza. Grupo EpiChron de Investigación en Enfermedades Crónicas. IACS. IIS Aragón. REDISSEC ISCII. Cada día con más preguntas y menos respuestas. Años en Vallecas, en la República Democrática del Congo y en el Casco Histórico de Zaragoza me van transformando. Intento ser experto en personas. Amo el tiempo de los intentos y la hora que nunca brilla ya que solo el amor engendra la maravilla y consigue encender lo muerto. Optimista compulsivo.

**Javier Segura del Pozo:** es un veterano médico salubrista empeñado en demostrar que se puede ser funcionario y rebelde a la vez, es decir abordar las desigualdades sociales en salud empujando procesos de cambio en las administraciones. Actualmente dirige la red municipal de centros de promoción de la salud de Madrid. Ha combinado este trabajo con la docencia, el activismo y la edición de los blogs "Salud Pública y algo más", y "Salud Pública y otras dudas".

**Juan Manuel Jiménez Martín:** Nacido en 1966. Granadino y nazarí. Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología. Profesor de sociología de la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública.

**Pablo Padilla Estrada:** Licenciado en Sociología. Becario en Gid-Atenea e Integra Local. Repartidor de publicidad, camarero, encuestador, montador de escenarios y en la actualidad articulista en Público y diputado autonómico en la Comunidad de Madrid por Podemos. Antes en Juventud Sin Futuro, Patio Maravillas y Oficina Precaria.

**Usama Bilal:** Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland, USA. Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá, Madrid, España. Nacido en Gijón, Asturias. Médico de formación, Salubrista de vocación. Actualmente resido en Baltimore (EEUU) donde realizo mi doctorado en Epidemiología Cardiovascular en la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Centro mi investigación en los efectos macrosociales en la enfermedad cardiovascular, especialmente las consecuencias del cambio económico de los barrios en factores de riesgo.

**Amets Suess Schwend:** Doctor en Antropología Social, académico, activista y artista trans no binarie. Trabaja en investigación y docencia en la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada. Profesor colaborador de la Universidad de Granada. Coordinador del proyecto de investigación "Procesos de desahucio y salud". Participa en redes y grupos de trabajo internacionales y regionales por la despatologización trans, así como en asociaciones profesionales relacionadas con la salud trans. Líneas temáticas: Derechos humanos, crisis económica y salud, determinantes sociales de la salud, despatologización trans e intersex, diversidad sexual, corporal y de género, epistemología y ética de la investigación cualitativa.

**Carmen López Román:** Nacida en Córdoba en 1963. Observadora Polivalente, con los ojitos apaisados de mirar y generar pensamiento periférico. Investigadora de vocación, autodidacta: tengo un Master en exploración humana, procedo de la Universidad de la vida cotidiana. En la actualidad ejerzo la profesión de limpieaterapeuta que combino con cualidades clownescas.

**Jose García-Valdecasas Campelo:** Leonés, residente la mayor parte de sus 43 años en Canarias. Psiquiatra de profesión, padre de tres hijos por vocación. Fundador y autor del blog postPsiquiatría ([www.postpsiquiatria.blogspot.com](http://www.postpsiquiatria.blogspot.com)) junto a su inseparable Amaia Vispe, con varias publicaciones en revistas sin impacto. Casi graduado en Filosofía. Madridista irredento obsesionado con los superhéroes.

**Marta Carmona Osorio:** Nació en 1984, por eso le fascinan las distopías. No sabe si es más *steampunk*, psiquiatra o feminista. Por el camino de todo eso, estudiar medicina le permitió colaborar en medicocritico y descubrir el activismo de retaguardia, del que no tiene intención de salirse. Mientras dinamitamos el poder blando intenta escribir ficción, que es un explosivo como otro cualquiera.

**Marta Sastre Paz:** es médica de profesión; en concreto médica de familias y comunidades. Está agradecida a los barrios de Madrid donde ha trabajado hasta el momento, Vallecas y Villaverde y a sus gentes por el crecimiento personal y profesional que le han permitido, así como a la os grupos de los que se siente parte. Está de acuerdo con que "para cuidar a una persona hace falta una comunidad".

**Rafael Cofiño Fernández:** Miope desde los siete años. Erudito en gorriones y charcos. Exiliado. Padre de Martín y Lucía. Miembro del Comité Académico Escuela Salud Pública de Menorca. Vecino de Olissipo. Juega, mal, en Fútbol de Poetas. Profesor asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Funambulista. Torpe pero constante. Débito de Gelman. Escribe sobre salud comunitaria y contemporáneos. Coordinador del Observatorio Salud en Asturias. Se mudó cinco veces de casa y todas sin salir nunca de Gijón. Hagiógrafo de Artemio Rulán.

**Blanca Botello Díaz:** natural de Huelva (Andalucía) y médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Trabaja como epidemióloga de Atención Primaria. Colabora en investigaciones y publicaciones relacionadas con salud comunitaria y activos para la salud Realizó su formación como especialista en Sevilla y Granada; concretamente en la escuela Andaluza de Salud Pública hizo el máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria.

**Mariano Hernán García:** Profesor en la Escuela Andaluza de Salud Pública. Aprendo con mis alumnos y alumnas sobre el bienestar o la salud infantil y adolescente. Utilizo metodologías de aprendizaje e investigación cualitativa. Participo en cursos sobre Salutogénesis y Activos para la Salud y Salud Comunitaria, con énfasis en la infancia y la adolescencia. Me interesan los métodos de innovación educativa. Investigo sobre salud comunitaria y activos para la salud y coordino el postgrado de Promoción de la salud. Soy maestro de escuela; los estudios de psicopedagogía, un master en e-learning y otro en Salud Pública fueron de gran utilidad. Fui director en el Observatorio de la Infancia, también trabajé en la dirección de servicios de salud y en escuelas infanti-

les; colaboré en reformas educativas y sanitarias en España y en América. He escrito algunos libros y artículos científicos y de vez en cuando lo hago en periódicos y otros medios de comunicación.

**Alberto Fernández Ajuria:** Médico, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública EASP, donde coordina el Máster de Salud Pública desde 2004, lo que le estimula y permite seguir aprendiendo.



Nos sobran fotos y nos faltan mapas.

Así podría resumirse el porqué de este libro. En un momento en el que "la salud" y su papel en el día a día de las personas y las sociedades es más central que nunca, es necesario construir mapas que ayuden a conectar todos los factores que interaccionan para influir sobre las saluds, las individuales, las colectivas y las concepciones que cada uno/a tiene de ellas.

Este libro supone la unión de XX autoras y autores de diferentes procedencias (geográficas, profesionales y vitales) que tratan de analizar la relación entre la salud y los determinantes sociales que influyen en ella. Desde una concepción arraigada en lo comunitario, lo social, lo político y lo humano, dibuja trazas que interseccionan entre sí para redefinir un concepto expropiado. Miradas diversas que convergen para encontrarse en aquellos lugares donde la vida, los cuerpos y todo aquello que los rodea, se hacen sostenibles.

¿Influye la precariedad laboral en la salud más o menos que el desempleo? ¿qué tipo de miradas de salud pública debemos esperar de cada ideología? ¿son los cuidados el eje de articulación de las desigualdades sociales en salud? ¿qué papel han de desempeñar unos sistemas sanitarios que miren a la salud con ojos comunitarios? ¿de qué manera interacciona la salud pública con los padecimientos psicológicos? ¿qué papel desempeñan en la salud términos como la ética, el poder o la clase social? Estas son muchas preguntas que se abordan directamente en este libro, respondiendo algunas y abriendo otras muchas.

**atrapasueños**

otra @cultura es posible

colectivo  
**Silesia**