



Aprender a mirar la salud

¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?

Joan Benach / Carles Muntaner



Aprender a mirar la salud

¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?

Joan Benach / Carles Muntaner



Directorio del Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Dr. Francisco Armada
Ministro de Salud

Dr. José Rafael Mendoza
Viceministro de Salud

Dr. Carlos Humberto Alvarado
Viceministro de Salud y Desarrollo Social

Dr. Oscar Feo
Director Ejecutivo del Instituto de Altos Estudios en Salud Pública
“Dr. Arnoldo Gabaldon”

1ª. Edición, Septiembre 2005.
Todos los derechos reservados.
© Joan Benach & Carles Muntaner
© Sobre la presente edición: IAESP “Dr. Arnoldo Gabaldon”

Publicado en 2005 por el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”, Maracay, Venezuela.

Esta obra está protegida por las disposiciones sobre reproducción de originales del protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derechos de Autor. Se autoriza la reproducción y difusión de material contenido en esta obra para fines educativos u otros fines no comerciales sin previa autorización escrita de los titulares de los derechos de autor, siempre que se especifique claramente la fuente. Se prohíbe la reproducción del material contenido en este producto informativo para reventa u otros fines comerciales sin previa autorización escrita de los titulares de los derechos de autor. Las peticiones para obtener tal autorización deberán dirigirse Joan Benach y Carles Muntaner: carles.muntaner@utoronto.ca

Depósito Legal: IF9042006102912
ISBN: 980-6778-15-4

Coordinación Editorial: María Mercedes Estrada.
Corrección Técnica: María Mercedes Estrada.
Portada: Oswaldo Flores.
Concepto Gráfico y Diagramación: Oswaldo Flores.

Impresión: 1.000 ejemplares.
Impreso por: Game Vial, c.a. & Claret Acacio de Paredes
Valencia, estado Carabobo - Venezuela - Telfs.: (0241) 859.3623 /0923

www.iaesp.edu.ve

PRÓLOGO

El Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon” se siente profundamente satisfecho de publicar esta obra de Joan Benach y Carles Muntaner, dirigida a colocar al alcance de los trabajadores de la salud y del pueblo en general, un instrumento que permita mirar la salud desde una óptica humana, dirigida a la explicación de la salud como un proceso estrechamente vinculado a lo cotidiano, y a las formas de vivir y trabajar.

Con “Aprender a Mirar la Salud” queremos saldar una deuda con nuestros estudiantes, profesores y trabajadores, facilitándoles un texto que enseñe sencillamente, pero con profundidad, a mirar la salud desde la perspectiva de la inequidad, desde la perspectiva de la clase social, y desde la perspectiva de la lucha por la transformación de la sociedad. Ambos expertos, han desarrollado numerosos estudios acerca de cómo la sociedad y sus diferentes formas de organización constituyen factores determinantes de la salud y el bienestar de los individuos. Así, sus investigaciones se centran en los efectos de la clase social, el racismo y el género sobre la salud de las poblaciones; el análisis geográfico de los factores psicosociales, las políticas sociosanitarias y las desigualdades sociales, sobre todo en el ámbito laboral.

Aprender a mirar la salud: ¿cómo la desigualdad social daña nuestra salud?, constituye un esfuerzo para entender cómo, dónde y porqué las inequidades afectan la salud, a fin de establecer estrategias que contribuyan a su reducción. La obra estructurada en diez capítulos y escrita en un lenguaje sencillo de entender, muestra la preocupación de los autores por abordar esta problemática y contribuir así al desarrollo de una disciplina en auge cada vez más creciente: la epidemiología social. Quiero destacar además el lado humano de esta obra, en la cual profesionales de la salud se despojan de su jerga enrevesada, característica del mirar medicalizado y biologicista de la salud, para ubicarse en el mundo de lo cotidiano, donde lo humano y lo sencillo se dan la mano, para permitir a los lectores la comprensión de una nueva forma de mirar la salud.

El capítulo uno refleja la diferencia existente entre ver y mirar, el reto que tienen todos los seres humanos de aprender y entender la importancia de mirar con ojos nuevos la salud, recobrar la sensibilidad y la capacidad de repulsa para afrontar las inequidades y alcanzar un nivel de salud más justo e igualitario. El capítulo siguiente enfatiza el hecho que la diferencia no es desigualdad y plantea una discusión respecto a los términos desigualdad e igualdad. En el capítulo tres se narran algunos hechos del pasado que explican la capacidad que tenemos los seres humanos de hacer daño, la capacidad de degradación y adaptación, la percepción y la producción del dolor y como algunos factores o condiciones

expone la relación existente entre la pobreza y la enfermedad mediante un análisis en el cual se establece que las clases sociales enferman de manera diferente según sus condiciones de vida, por tanto, la salud está intrínsecamente relacionada con el sistema económico y el orden social en que se vive. Por otra parte, define pobreza no solo como falta de riqueza o bienes materiales sino también en su relación con el nivel medio en que vive una sociedad determinada. En el capítulo cinco y seis abordan el tema de las desigualdades y su impacto sobre la salud pública del planeta, así como algunos elementos claves para comprender la desigualdad en salud. El capítulo siete aterrizan la desigualdad en el campo de la salud laboral y hacen referencia a la realidad española.

En el capítulo ocho se describen las causas profundas de las desigualdades sanitarias, desde la visión social más común que genéticos, los hábitos o conductas personales, y el uso de los servicios sanitarios; hasta una visión alternativa, la producción eco-social de la enfermedad, a través del estudio de los factores socio-económicos desde la perspectiva que ofrecen la historia de la salud pública y la medicina, por un lado; y la epidemiología social por el otro. El capítulo nueve se afirma y constata la premisa de que la salud es inseparable de la política, hace mención al patólogo Rudolf Virchow, uno de los padres de la “medicina social”, para quién “la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala”, demostrando así, que los principales determinantes que condicionan la salud y la enfermedad derivan sobre todo de los efectos producidos por la desigual distribución de poder económico y social, por lo tanto, las soluciones deben ser dadas desde ese ámbito político.

En el capítulo diez se plantea la necesidad de transformar la realidad imperante, pero para ello es preciso aprender a verla con una mirada diferente y transmitirla bajo esa nueva perspectiva. En este sentido, los autores reflexionan sobre algunos aspectos a tomar en cuenta al momento de transformar esa realidad. Por último, el epílogo retoma los principios de la epidemiología social, el concepto de bienestar, individual, colectivo, la salud del planeta, requieren remedios y soluciones en masas y es crucial aprender sobre la salud y aprender sobre nuestra sociedad.

En esa perspectiva, concluimos enfatizando que este libro se enmarca claramente dentro de las políticas de salud del estado venezolano, dirigidas a cerrar las inmensas brechas sociales existentes en nuestra sociedad, y que expresan las diferencias de clase social, género y etnia, absolutamente evitables, y contra las cuales estamos comprometidos a luchar.

Oscar Feo

AGRADECIMIENTO

Es un honor que el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon” haya decidido publicar en edición universitaria nuestro libro **“Aprender a mirar la Salud”**. No puedo pensar en una mejor audiencia para estas páginas sobre los efectos de la desigualdad social sobre la salud que el pueblo de Venezuela, cuyo proceso Bolivariano está comprometido a eliminarlas.

Debo dar las gracias a Francisco Armada, Oscar Feo y mis numerosos amigos venezolanos. Su fe en el valor de mi trabajo me ha permitido entender que la epidemiología social puede ser útil para la transformación igualitaria del mundo en que vivimos.

Gracias a Venezuela por marcar la pauta.

Carles Muntaner



*“Hay que tener los ojos muy abiertos para ver
las cosas como son; aun más abiertos para
ver las otras de lo que son; más abiertos
todavía para verlas mejores de lo que son”.*

Antonio Machado, Juan de Mairena XV



A los Rotos de este mundo, que miran y no cejan en el empeño.

A John Berger y a Eduardo Galeano, abridores de ojos.

A Daniel y Gabriel por su aversión a las desigualdades.

A María Teresa de Rovira, con estima y agradecimiento.

A Rocío Mendoza, en el record.



I. OTRA FORMA DE MIRAR LA SALUD

*Creo que nos quedamos ciegos, creo
que estamos ciegos. Ciegos que ven,
ciegos que, viendo, no ven.*

José Saramago

*Quien mira por encima, quien mira
hacia otro lado o quien cierra los ojos
es, como mínimo, cómplice de los que
sucede.*

John Berger

Sesenta mil segundos: el tiempo que permanecemos cada día con los ojos abiertos. Miles de imágenes en la calle, la televisión, los periódicos... se proyectan constantemente en nuestras retinas. Imágenes que vemos por obligación o que buscamos con deseo. Imágenes transparentes que se nos escurren y no entendemos. Imágenes que nos golpean como puños y nos obligan a reflexionar. Imágenes que nos indignan o que nos insensibilizan.

La forma en que miramos la sociedad y sus problemas nos acerca y a la vez nos aleja de la realidad. Aunque vemos muchas cosas, sólo miramos unas pocas. Mirar profundamente requiere esfuerzo y paciencia, requiere aprendizaje.

Aprender a mirar hasta llegar a ver y que se nos abran los ojos: los de la sensibilidad y los de la razón. Aprender a separar opiniones de hechos. Ver como son las cosas. Entender por qué las cosas son como son y atisbar como podrían llegar a ser. Mirar con los ojos muy abiertos las tragedias, el dolor, las injusticias de nuestro tiempo.

“...una tarde, mientras viajaba en tren. Entró una mujer esmirriada, de tez morena, que, con un acordeón destartado, hacía sonar una música lúgubre. Sobre su pecho llevaba colgado un cartel donde explicaba que había tenido que escapar de Rumania. Escuché su melodía, y me detuve a observar a esa mujer sin patria y sin hogar, sin importar si provenía de Rumania, de Bosnia o de la ex Yugoslavia. Era únicamente un ser errante, como los miles de refugiados en el mundo, o los sin Tierra de Brasil, o los que desesperadamente intentan huir de la desvalida Albania. Una entre los millones cuya intemperie nos hace responsables. Son aquellos que desconocen ideologías o estadísticas sociológicas, pero que saben bien que ellos no cuentan en la historia. Cuando ya se alejaba hacia el siguiente vagón, me encontré con la mirada triste de una chiquita que cargaba sobre sus espaldas. Me hizo pensar en lo que está sucediendo: mundo que parece marchar hacia su desintegración, mientras la vida nos observa con los ojos abiertos, hambrientos de tanta humanidad”.¹

Una de las mejores maneras que tenemos para valorar los logros sociales que disfruta una determinada comunidad o para entender las injusticias sociales que ésta sufre es observar sus condiciones de salud. Fijemos la mirada en una de las vergüenzas sociales más escandalosas: la extrema desigualdad en la manera de vivir, de enfermar o de morir de los seres humanos.

¹ Sábato E. *Antes del fin*. Barcelona: Seix Barral. 1999: 121-2

Hace ya más de un cuarto de siglo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló el objetivo de lograr “salud para todos en el año 2000”. Al Iniciar el siglo XXI, ese bien intencionado propósito ha saltado hecho trizas: un enorme número de personas sigue malviviendo enferma, desnutrida o subalimentada. La mayoría de las ciudadanas y los ciudadanos que habitan el planeta no posee el mínimo bienestar material y social que permita un desarrollo adecuado de su salud y que puedan disfrutar y compartir una vida personal y social activa y alegre. Aún peor, en muchos países el estado de salud está empeorando, en otros sólo mejora para una parte de la población y, en cualquier caso, la brecha entre los distintos grupos sociales aumenta. ¿Cómo es posible? En un momento de crecimiento sin parangón de las tecnologías biomédicas, del progreso en el diagnóstico de las enfermedades, de la aparición de nuevos fármacos, de la puesta en práctica de técnicas quirúrgicas impensables, hace apenas unos decenios, de la secuenciación del genoma humano... ¿Por qué no mejora por igual la salud de toda la población? Quiero saber por qué.

Algo parece evidente. La enfermedad y la muerte están mal repartidas, la salud no se distribuye en forma equitativa. Los países pobres, los barrios marginados y los ciudadanos más desaventajados padecen una discriminación social múltiple: disponen de menos recursos socioeconómicos, tienen menos poder en la toma de decisiones, disponen de una peor atención sanitaria y están más expuestos a los factores de riesgo que empeoran su salud, ya sean éstos de tipo personal, social o ambiental. Las clases sociales más desfavorecidas, los pobres, los explotados, los trabajadores precarios, las mujeres... los de abajo; los desempleados, los emigrantes, los excluidos... los de afuera, sufren en carne propia la peor epidemia de nuestro tiempo: la desigualdad social.

Sin embargo, aunque sabemos que los indigentes viven peor e intuimos que mueren antes que los muy pudientes, las distintas caras de la desigualdad en la salud son un fenómeno en gran parte desconocido, invisible, que no sabemos mirar, que no penetra en nuestras conciencias, que nos deja indiferentes.

“... [los instructores] tenían ciertas dificultades oculares para vernos, las mismas que tienen los ricos para ver a los camareros o a los criados que les sirven, esa habilidad singular para que la mirada atravesase o simplemente no perciba a los inferiores que sólo poseen los que han vivido siempre instalados en el privilegio, y que ningún advenedizo es capaz de imitar”.²

No cabe ser ingenuos. Ver no es nada fácil y comprender aún lo es menos, pero con frecuencia no vemos adecuadamente, no porque no sepamos ver, sino porque no queremos ver, porque no nos dejan ver.^{3,4,5} Las tres cosas a la vez.

² Muñoz Molina A. *Ardor Guerrero*. Madrid: Alfaguara, 1996:87.

³ “Instantaneidad, espectacularización, simplificación, mundialización, mercantilización se han convertido en las características más destacadas de una información estructuralmente incapaz de distinguir lo verdadero de lo falso”. En: Ramonet I. *Medios de comunicación condicionados*. Cuatro semanas. Abril, 1994:48.

⁴ “Hace tiempo que los teóricos democrático-liberales se dieron cuenta de que en una sociedad donde la voz del pueblo es oída, los grupos de élite deben asegurar que esa voz diga cosas correctas. Cuanto menos capaz es el Estado de emplear la violencia para defender los intereses de los grupos de élite que son quienes definitivamente lo dominan, tanto más necesario se hace elaborar técnicas de “manufacturación del consentimiento” (...) “La propaganda es a la democracia lo que la violencia es a la dictadura”. En: Chomsky N. *El control del pensamiento en EEUU*. Sediciones 3. 2001:51

⁵ pueden también consultarse los textos de Noam Chomsky: *Manufacturing Consent*. Noam Chomsky and the Media. London: Black Rose Books, 1994, e Ignacio Ramonet: *La tiranía de la comunicación*. Madrid: Debate, 1998.

Aprender a ver con ojos nuevos y mirar la salud de otra forma, comprender por qué ocurren las cosas, recobrar la sensibilidad y la capacidad de repulsa. Aportar luz, mirar cuidadosamente un fenómeno social cuya escandalosa dimensión ha hecho afirmar a uno de sus estudiosos “si los enormes riesgos para la salud hallados en los estudios de las desigualdades sociales en salud fueran el resultado de la exposición a productos tóxicos, las fábricas serían clausuradas automáticamente y los productos quedarían retirados del mercado”.^{6, 7}

Entender que las desigualdades en la salud no son sino el espejo de las desigualdades sociales generadas por un sistema económico y social como es la globalización neoliberal capitalista, que a su vez se rige por la enormemente desigual distribución del poder político y económico. Buscar las verdaderas causas y dejar de echar la culpa a las víctimas. Generar respuestas que nos alejen del conformismo. Atisbar soluciones que permitan plantear acciones efectivas.

El objetivo del texto que la lectora o el lector tiene en sus manos es ofrecer los fundamentos esenciales que permitan acercarnos a mirar de otra forma uno de los principales retos que la humanidad afronta en el nuevo milenio: obtener un nivel de salud más igualitario. Ofrecer información, analizar causas, esbozar soluciones y alentar esperanzas, son los ejes sobre los que plantea preguntas y busca respuestas esta forma diferente de mirar la salud.

⁶ Wilkinson RG. Divided we fall. *BMJ* 1994; 308:1113-4

⁷ Wilkinson RG. *Unhealth societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996

II. LA DIFERENCIA NO ES DESIGUALDAD

Todos los hombres nacen iguales, pero es la última vez que lo son.

Abraham Lincoln

Queremos que se respete la igualdad y a la vez la diferencia.

Sub-Comandante Marcos

Cuenta una antigua leyenda que un posadero de Eleusis conocido como Procusto seducía a los viajeros que andaban por los caminos de la antigua Grecia y les invitaba a pasar la noche en su mansión. Tras agasajarles generosamente hasta altas horas de la noche, les persuadía para pernoctar en su cuarto de huéspedes en alguno de sus lechos. Después de robarles todo cuanto llevaban consigo, Procusto, conocido como «el estirador», les infligía horribles suplicios poniendo en práctica un curioso método que hacía honor a su apodo. Si las piernas del viajero sobrepasaban el lecho, las cortaba; si, por el contrario, su invitado era de baja estatura, tiraba de la forma más atroz de todo su cuerpo hasta que éste se ajustara perfectamente en el camastro. De ese modo, lograba que todos los desdichados viajeros encajaran por igual en el lecho.

El “igualitarismo” de Procusto nos parece un despropósito porque entendemos que no nos hallamos frente a una acción realmente igualitaria. Las palabras nos engañan. En efecto, no obstante su uso habitual en el léxico cotidiano o en los medios de comunicación, tras el uso de términos como igualdad o desigualdad se esconden significados muy distintos que conviene precisar.

Definir adecuadamente el término «desigualdad», sin embargo, no es algo inmediato. La tarea es a la vez simple y compleja, según se mire. Es simple, porque todos comprendemos con gran rapidez qué significa señalar la desigualdad económica que existe entre un multimillonario y un pobre de solemnidad, o bien la desigualdad en salud que hace que más de 800 millones de personas sufran de hambre,⁸ que en los países pobres 150 millones de niños tengan un peso menor del que les corresponde a su edad,⁹ o que cada día mueran más de 30.000 niños y niñas a causa de enfermedades evitables.¹⁰ Pero es también una tarea algo más complicada. Veamos porqué.

Para empezar a aclarar el término desigualdad la primera dificultad radica en la necesidad de responder a una pregunta: ¿desigualdad de qué? Para hacerlo, debemos antes que nada comprender la simultánea igualdad y diversidad que poseemos los seres humanos.

⁸ Organización de las Naciones para la Agricultura (FAO). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, 2001*. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación 2003.

⁹ The United Nations Children’s Fund (UNICEF). *The State of the World’s Children 2003*. New York: UNICEF, 2003:78.

¹⁰ Programa de las Naciones Unidas (PNUD). *Informe sobre el desenvolupament humà. Barcelona: Associació per a les Nacions Unides a Espanya*. Catalunya, 1998:11.

“Todos los animales son iguales, pero algunos son más iguales que otros.”¹¹

Las personas nos parecemos y diferenciamos al mismo tiempo en muchas cosas. La bipedestación o el uso del lenguaje son ejemplos de nuestras semejanzas. Sin embargo, al comparar a dos seres humanos una de las principales cosas que nos choca es su diversidad. Los individuos muestran diferencias en su rostro, en la fuerza física en el vigor intelectual, en las aptitudes morales, en el carácter, en muchas cosas más. Ya sea en el plano físico, en el cultural, o en el económico, las diferencias son pues enormes. Ejemplos de cada uno de estos tres aspectos son el color de los ojos, los hábitos dietéticos o las diferencias de salario respectivamente. En cierto sentido, pues, podemos decir que cada ser humano es único y diferente.

“La humanidad ha recibido una naturaleza donde cada elemento es único y diferente. Únicas y diferentes son todas las nubes que hemos contemplado en la vida, las manos de los hombres y la forma y el tamaño de las hojas, los ríos, los vientos y los animales. Ningún animal fue idéntico a otro. Todo hombre fue misterioso y sagradamente único”.¹²

No obstante, aunque es verdad que todos los seres humanos somos diferentes en muchas cosas, esas diferencias no son iguales. Y eso es el segundo problema que conviene aclarar.

¹¹ Orwell G. *Rebelión en la Granja*. Barcelona: Destino, 1999.

¹² Sábato E. *Antes del fin*. Barcelona: Seix Barral. 1999:129

En todas las sociedades conocidas ha existido alguna clase de desigualdad según cual fuere La clase social, la riqueza, o el poder de los individuos. Rousseau ya distinguió dos tipos de desigualdad: la natural y la moral.

“Concibo en la especie humana dos maneras de desigualdad: una que llamo natural o física por cuanto se halla establecida por la naturaleza, y que consiste en la diferencia de edad, de salud, de las fuerzas del cuerpo y de las condiciones de espíritu, o del alma, otra que puede llamarse desigualdad moral o política porque depende de una especie de convención, y se halla establecida, o al menos autorizada, por el consenso los hombres. Consiste ésta en los distintos privilegios de que gozan unos en detrimento de otros, como ser más ricos, más distinguidos, más poderosos o incluso el disponer de autoridad sobre los demás.”¹³

Modernamente, se ha distinguido entre tres tipos de igualdad.^{14,15} En primer lugar, la igualdad como *identidad*, es decir, cuando hablamos de la relación de igualdad que cada cosa tiene consigo misma y con ninguna otra. Por ejemplo, el subcomandante Marcos es la misma persona con la que se conoce a uno de Los líderes del movimiento zapatista mexicano. Segundo, la igualdad *descriptiva*, es decir, mostrar la igualdad que dos individuos poseen respecto a un elemento común. Por ejemplo, el subcomandante insurgente Marcos y el guerrillero revolucionario Ernesto Che Guevara comparten una misma aspiración política: lograr una profunda transformación social que permita lograr una sociedad más igualitaria. Finalmente, cuando señalamos un deseo y no una mera

¹³ Rousseau J.J. *Discurso sobre el origen y los fundamentos de la desigualdad entre los hombres*. Escritos de combate, Traducción y notas de Salustiano Masó. Introducción, cronología y bibliografía Georges Benrekassa. Madrid: Alfaguara, 1979:149-150.

¹⁴ Mosterín J. La igualtat i la caritat. En: *L'ètica del present*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions. 1989:109-119

¹⁵ Doménech A. Sis conceptes d'igualtat. En: *L'ètica del present*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions. 1989:121-127.

descripción de la realidad nos hallamos ante una igualdad de tipo *normativo*. En este caso, ante diferencias que consideramos injustas y evitables, hacemos referencia a la aspiración de que se produzca una determinada igualdad. Por ejemplo, muchos ciudadanos y ciudadanas querríamos que la malnutrición que sufre más de la mitad de la población del estado mexicano de Chiapas se redujera, al menos, a la de los países mas avanzados.

Finalmente, el tercer problema a aclarar es de origen semántico y cultural: para referirnos a la desigualdad se pueden utilizar palabras muy diferentes. Los términos más comúnmente usados por los medios de comunicación son los siguientes: “variaciones”, “diversidades”, “contrastes”, “disparidades”, “desequilibrios”, “polaridades”, “brechas”, “diferencias”, “desigualdades”, “desigualdades sociales” e “inequidades”. Sin embargo, cada una de esas palabras no significa lo mismo. Así, al referirnos a las diferencias descriptivas relacionadas con las variaciones biológicas de los seres humanos es preferible utilizar alguna de las primeras palabras. En cambio, es más adecuado reservar los términos “inequidad”, “desigualdad social” y “desigualdad” para referirnos a diferencias que contienen una dimensión ética o moral. Precisar el adecuado uso de cada una de estas expresiones no es asunto baladí. Ello nos ayuda a diferenciar los puntos de vista descriptivos de los valorativos. Nos ayuda a saber como hemos de mirar, qué hemos de ver y, también, donde se debe actuar. Las palabras no son inocentes. Las palabras tienen dueño, señaló Lewis Carroll.¹⁶ No por casualidad, durante los años ochenta, en el Reino Unido bajo el gobierno conservador de

¹⁶ El siguiente diálogo entre Alicia y Zanco-Paco (Humpty-Dumpty) se encuentra en Alicia a través del espejo: “Cuando yo uso una palabra - insistió Zanco - Paco con un tono de voz más bien desdeñoso - quiere decir lo que yo quiero que diga..., ni más ni menos. - La cuestión - insistió Alicia - es si se puede hacer que las palabras signifiquen tantas cosas diferentes. - La cuestión - zanjó Zanco-Paco - es saber quién es el que manda..., eso es todo”. En: Carroll L. *Alicia a través del espejo*. Madrid: Alianza Editorial, 1973:116.

Margaret Thatcher, los informes e investigaciones relativos a las desigualdades en salud fueron “instados” a denominarse “variaciones en salud”.¹⁷

El logro de la equidad en salud comporta que todas las personas deben de “tener una oportunidad justa de lograr el pleno desarrollo de su salud” o, dicho de otra manera, nadie debe de ser discriminado en su intención de alcanzar ese objetivo. En relación con la salud, podemos definir la equidad, las desigualdades sociales, o simplemente, la desigualdad, como aquellas diferencias en salud que son innecesarias, injustas y evitables.¹⁸

El problema, claro está, es que no siempre parece fácil dilucidar qué cabe considerar como desigualdades innecesarias, injustas y evitables. Y ello es así, por varias razones. En primer lugar, porque al referirnos a la igualdad debemos también hacernos la pregunta: ¿Igualdad de qué?.¹⁹ Si se quiere buscar la igualdad en términos de un factor, resulta imposible, de hecho y no sólo teóricamente, buscar la igualdad en términos de otro. Segundo, porque la desigualdad debe definirse en “relación con”. El concepto de desigualdad es relacional. Por ejemplo, sólo podemos establecer hasta qué punto es injusta la limitada tenencia de determinados bienes o recursos cuando tenemos la capacidad de comparar el distinto acceso que tienen los individuos. Para ello, como veremos más adelante (ver capítulo 3), necesitamos extraer conocimiento relevante a partir de la información que esté disponible. Y tercero, porque el juicio de qué es injusto o evitable varía según la percepción, la cultura y los valores de

¹⁷ En los años 90, el primer gobierno laborista volvió a utilizar la expresión “desigualdades en salud” preguntándose que hacer para reducir las desigualdades en salud. Ver Acheson D. *Independent inquiry into inequalities in health report*. London: The Stationery Office, 1998.

¹⁸ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429-455.

¹⁹ Bobbio N. *Igualdad y libertad*. Barcelona: Paidós I.C.E. U.A.B. 1993.

cada individuo y grupo social en cada momento histórico y en cada sociedad. Por ejemplo, para la actual ideología biomédica dominante las principales causas que producen las diferencias en la salud de las personas tienen que ver con “causas genéticas” o con “elecciones personales” como las prácticas dietéticas o el hábito tabáquico. Sin embargo, como analizaremos con algún detalle más adelante, ni la genética puede explicar las diferencias en la salud comunitaria, ni el tipo de alimentación o el hábito de fumar de cada individuo dependen exclusivamente de una elección “libre” y “personal” sino, también, de un complejo entramado de factores sociales y políticos (ver capítulos 8 y 9) presentes en una comunidad determinada. Entre ellos podemos mencionar, por ejemplo, los tipos y características de la escuela y amigos, las costumbres y hábitos culturales de los familiares más cercanos, las condiciones de trabajo o, en un plano más general, la existencia o no de publicidad, o de las leyes o políticas preventivas existentes. Cuando, como veremos con cierto detalle, ese sinnúmero de factores actúa, la salud no se elige «libremente». La salud comunitaria y la salud pública no dependen por tanto sólo de la suma de las elecciones libres e individuales de las personas sino también, en gran medida, de los múltiples condicionantes y necesidades sociales que configuran la forma de vivir, relacionarse, trabajar y enfermar de las poblaciones. De hecho, hoy en día, tres cuartas partes de la humanidad no dispone de la opción de elegir “con libertad” factores relacionados con la salud tan importantes como son seguir una alimentación adecuada o vivir en un medio laboral y ambiental saludable. La salud no la elige quien quiere sino quien puede.

²⁰ Sen A. “¿Igualdad de qué?” En: SMM McMurrin (ed). *Libertad, igualdad y derecho*. Barcelona: Ariel. 1988:133-156.

III. EN BUSCA DEL CONOCIMIENTO ADECUADO

El conocimiento necesita imágenes.

Félix Ovejero

De espaldas al futuro estudié las estadísticas y los planos de los pisos, y todo confirmaba lo que ya sabía: que estamos todos en el mismo bote. Pero el pobre será el primero en ahogarse.

H. Magnus Enzensberger

Un joven químico turinés miembro de la resistencia antifascista cae en diciembre de 1943 en manos de las tropas fascistas italianas. Tres meses más tarde es deportado a un campo de concentración nazi. Los ensayos de Primo Levi,^{21,22} una de las víctimas que sobrevivieron a las atrocidades de Auschwitz, nos ayudan, en el microcosmos de un campo de exterminio, un espejo de la situación del mundo y de la naturaleza humana,²³ a reflexionar sobre la comprensión de varias claves relacionadas con el sufrimiento y la salud: la aptitud humana de generar daño, la estructuración jerárquica del poder y su capacidad de disciplinar y de corromper, la esencia de la fragilidad y la fortaleza que conviven en la especie humana, nuestra capacidad de degradación y adaptación, la percepción y la producción del dolor...

²¹ Levi P. *Si esto es un hombre*. Barcelona: Muchnik, 1995.

²² Levi P. *Los hundidos y los salvados*. Barcelona: Muchnik, 1995.

²³ "En los campos de concentración, el hombre se convierte en este animal capaz de robar el pan de un compañero, de empujarle hacia la muerte. Pero en los campos de concentración el hombre se convierte también en este ser invencible capaz de compartir hasta la última colilla, el último pedazo de pan hasta su último aliento para sostener a sus camaradas. Es decir, no es en los campos donde el hombre se convierte en este animal invencible. Lo es ya. Es una posibilidad inscrita desde siempre en su naturaleza social. Pero estos campos son situaciones límite, donde la criba entre los hombres y los demás se hace de manera más brutal. En realidad no eran precisos estos campos para saber que el hombre es el ser capaz de los mejor y de lo peor". En: Semprún, J. *El largo viaje*. Barcelona: Tusquets. 1995:70-71.

“Considerad si es un hombre quien trabaja en el fango, quien no conoce la paz, quien lucha por la mitad de un panecillo, quien muere por un sí o por uno. Considerad si es una mujer quien no tiene cabellos ni nombre, ni fuerzas para recordarlo. Vacía la mirada y frío el regazo como una rana invernal.”²⁴

“El mar de dolor, pasado y presente, nos circundaba, y su nivel ha ido subiendo de año en año hasta casi ahogarnos. Era inútil cerrar los ojos o volvernos de espaldas, porque se extendía a nuestro alrededor, en todas direcciones y hasta el horizonte.”²⁵

“Había demostrado que el hombre, el género humano, es decir, nosotros, éramos potencialmente capaces de causar una mole infinita de dolor; y que el dolor es la única fuerza que se crea de la nada, sin gasto y sin trabajo. Es suficiente, no mirar, no escuchar, no hacer nada.”²⁶

Pocos problemas reflejan mejor la radical precariedad de los seres humanos que el dolor que padecemos. El malestar, el sufrimiento, la enfermedad, son experiencias personales, únicas. Dos imágenes sirven para tenerlo presente: solamente quien pierde la salud sabe cuanto vale, cuanto la necesitamos, aunque habitualmente no pensamos en ella hasta que la perdemos. Todos morimos solos, la muerte, como la vida, por bien acompañados que estemos, es única y solitaria. Un instante final de vida, personal y único, que nos iguala a todos ante la muerte.

²⁴ Levi P. *Si esto es un hombre*. Barcelona: Muchnik, 1995:11.

²⁵ Levi P. *Los hundidos y los salvados*. Barcelona: Muchnik, 1995:74-75.

²⁶ Levi P. *Los hundidos y los salvados*. Barcelona: Muchnik, 1995:75

Pongamos ante nuestros ojos el completo desgarró, el abatimiento causado por la muerte de un familiar querido. La vida es según el dolor que reflejan los ojos con que se mira.

“Éramos uña y carne. O, si lo preferís, un solo barco. El motor de proa se fue al garete. Y el motorcito de reserva, que soy yo, tiene que ir traqueteando a duras penas hasta tocar puerto. O, mejor dicho, hasta que acabe el viaje. ¿Cómo voy a poder alcanzar el puerto? Más que una orilla resguardada, lo que hay es una noche oscura, un huracán ensordecedor, olas gigantes que se te echan encima y el oscilar en el naufragio de cualquier luz que brille en tierra.”²⁷

Ya se trate de nosotros mismos o de alguien a quien amamos o conocemos, nuestro propio malestar o el de una persona querida nos afecta en forma íntima e intransferible. Para ayudar a comprender el grito, el padecimiento o el dolor que padecen otros seres humanos necesitamos apoyo. Necesitamos de la ayuda que nos ofrecen un cuadro, una imagen, un gesto, unas palabras...

“Soy una balsa sin rumbo navegando en un mar de pena. En esos largos meses me he ido pelando como una cebolla, velo a velo, cambiando, ya no soy la misma mujer, mi hija me ha dado la oportunidad de mirar dentro de mí y descubrir esos espacios interiores, vacíos, oscuros y extrañamente apacibles, donde nunca antes había explorado.”²⁸

²⁷ Lewis C.S. *Una pena en observación*. Anagrama. Barcelona: Anagrama, 1994: 50.

²⁸ Allende I. *Paula*. Barcelona: Plaza y Janés, 1994:300.

Pero entonces, si los seres humanos sólo percibimos directamente el dolor por la pérdida de lo concreto,²⁹ ¿cómo evaluar el sufrimiento de un conjunto?, ¿cómo valorar el dolor que sufre una colectividad? O, más en general, ¿cómo aproximarnos a la situación de enfermedad y muerte que sufren las personas que conforman una determinada sociedad? Para responder a esas preguntas debemos precisar dos aspectos.

En primer lugar, la salud y la enfermedad (y las causas que conducen hasta ellas) de un grupo de personas no es exactamente lo mismo que la suma de cada una de ellas tomadas individualmente. Ya a finales del siglo XIX Emile Durkheim señaló que el suicidio era un fenómeno más social que individual. En efecto, aunque el suicidio se expresa finalmente en un acto personal producido por las razones que fueren, sus grandes variaciones entre las comunidades sugieren que existen determinados factores sociales en cada colectividad que predisponen o no a los individuos a suicidarse. De hecho, aunque difícilmente se puede predecir la conducta individual de cada persona, el estudio de una comunidad en su contexto social nos ayuda a explicar las conductas colectivas. Más allá de las razones individuales, las tasas de mortalidad por suicidio en una población o territorio expresan, entre otros factores, el impacto de determinantes sociales como la cohesión social, la conciencia religiosa, o el número de divorcios, entre otros factores.³⁰

²⁹ “Si pudiésemos y tuviésemos que experimentar los sufrimientos de todo el mundo, no podríamos vivir. Puede que solo a los santos les esté concedido el terrible don de la compasión hacia mucha gente. A los sepultureros, a los de la Escuadra Especial y a nosotros mismos no nos queda, en el mejor de los casos, sino la compasión intermitente dirigida a los individuos singulares, al Mitmensch, al prójimo”. En: Levi P. *Los hundidos y los salvados*. Barcelona: Muchnik, 1995:49.50.

³⁰ Durkheim E. *El suicidio*. Madrid: Akal, 1992.

La noción de que la salud de los individuos se ve ampliamente influenciada por las normas sociales y las características colectivas viene de muy antiguo. En el siglo V a.c. Hipócrates aconsejaba a quienes querían visitar una nueva ciudad, informarse y evaluar si se trataba o no de un lugar saludable para vivir según cuales fueren su geografía, el tipo de aguas u otros factores. Un ejemplo moderno tomado de la epidemiología social nos bastará por el momento para ilustrar como lo social, visible o no, tiene una enorme influencia sobre nuestra salud. El estudio *Alameda County* realizado en California mostró como las poblaciones que poseen menos contactos sociales y menor apoyo social entre sí, tienen una probabilidad de morir entre dos y tres veces mayor en comparación con quienes poseen un mayor número de contactos sociales.^{31,32}

El segundo aspecto que ahora conviene resaltar es que la enfermedad, como el dolor o la salud, es un fenómeno que debemos valorar no sólo cualitativamente sino también en forma cuantitativa. Para comprender la salud de una población, su salud colectiva, precisamos de la imprescindible ayuda que nos proporcionan las cifras. Para ello, necesitamos construir e interpretar adecuadamente indicadores cuantitativos epidemiológicos como la esperanza de vida al nacer, las tasas de mortalidad de una enfermedad o la proporción de personas que sufren un problema crónico de salud.³³ Sin los datos adecuados, sin la

³¹ Berkman L.F. & Syme L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109:186-204.

³² La asociación persistía incluso tras controlar o ajustar estadísticamente por características como la edad o diversas conductas relacionadas con la salud.

³³ La salud es un tema tan extremadamente complejo y su definición es tan elusiva que su medición 'objetiva' es prácticamente imposible y suele medirse la enfermedad y la mortalidad en lugar de la salud. Aunque existen múltiples indicadores para medir la salud y la enfermedad, el indicador ideal no existe. Primero, porque al seleccionar un indicador determinado realizamos juicios de valor sobre los conceptos y dimensiones con que definimos la salud o la enfermedad. Los indicadores no son marcadores 'objetivos' sino que se insertan en un determinado contexto social y político. Segundo, porque en su construcción debemos usar la información disponible, siempre limitada. Cada indicador puede usarse para distintos objetivos, y para cada objetivo, puede haber diversos indicadores. Benach J. Health Concepts and Health Measures in Establishing Health Priorities: Some Unresolved Issues. En: VVAA. *Allocation of Resources and Choices in Health Care*. Institut Borja de Bioètica. Barcelona: Fundació Mapfre Medicina. 1996:73-92.

investigación científica apropiada que permita descubrir esos u otros indicadores, gran parte de la salud pública queda oculta, es invisible.

La mayor parte de fenómenos fisiológicos relacionados con la salud pueden representarse mediante una curva normal también conocida como curva campana o de Gauss. Sin embargo, aunque *la forma* de esa distribución suele ser muy parecida en cada población que estudiemos, los valores pueden ser muy diferentes. Observemos con atención el siguiente ejemplo (ver Figura 1).

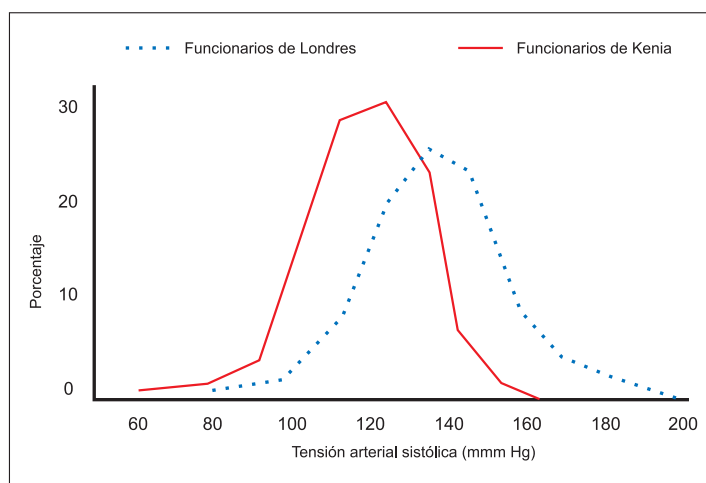


Figura 1. Distribución de la presión arterial “alta” (tensión sistólica) en hombres de edad media entre los nómadas de Kenia y funcionarios del ayuntamiento de Londres.³⁴

¿Por qué las poblaciones de los nómadas de Kenia y de los funcionarios del ayuntamiento de Londres muestran una forma en la distribución de su tensión arterial tan parecida pero en cambio el nivel de estos valores es tan distinto? Este ejemplo, observado repetidamente en otras muchas medidas fisiológicas o sociales, apunta a que, fundamentalmente, las explicaciones de esas amplias variaciones

debemos buscarlas en las características de las poblaciones más que en las características de los individuos.³⁵

El ejemplo nos enseña como la enfermedad no es un asunto exclusivo de las personas, de cada individuo. De hecho, podemos también considerar a ciertas poblaciones como “enfermas” o incluso, como veremos más adelante, a ciertos grupos de individuos como son las clases sociales como “enfermos”, ya que en ellos se acumulan los factores que conducen a tener una mayor probabilidad de padecer enfermedades, problemas de salud o un mayor riesgo de morir.

Ver la salud desde el punto de vista colectivo y cuantitativo hace que los problemas de salud sean algo mucho más complejo de entender y comprender de lo que habitualmente solemos imaginamos. Dos elementos nos ayudan a valorar esta afirmación. En primer lugar, porque como señaló Geoffrey Rose, “un gran número de gente expuesta a un riesgo pequeño puede generar muchas más casos de enfermedad que un número pequeño de gente expuesta a un gran riesgo”.^{36,37} Y, segundo, porque nuestra capacidad de predecir el estado de salud futuro de un individuo determinado suele ser muy baja pero, en cambio, desde el punto de vista probabilístico es mucho más factible valorar colectivamente la aparición de problemas de salud.³⁸

³⁴ Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol.* 1985;14:32-38.

³⁵ Rose G. *The strategy of preventive medicine.* Oxford: Oxford University Press, 1992.

³⁶ Rose G. *The strategy of preventive medicine.* Oxford: Oxford University Press, 1992:24.

³⁷ Si bien es cierto que los individuos hipertensos son quienes tienen un mayor riesgo de morir de un infarto de miocardio, éstos sólo representan una pequeña parte de los ciudadanos que desarrollaran esta enfermedad.

³⁸ Por ejemplo, aunque es difícil saber si el hábito tabáquico de un individuo determinado le producirá un cáncer de pulmón, sí es posible predecir con bastante precisión cuantos cánceres de pulmón se producirán en una población dada como consecuencia del hábito tabáquico.

En definitiva, cuando medimos la esperanza de vida de un país, las enfermedades más frecuentes en una u otra región o las tasas de mortalidad según las clases sociales en los barrios de una ciudad, ponemos ante nuestros ojos una nueva realidad. Al hacerlo, la interpretación pertinente de esa información desenmascara la ignorancia oculta tras un velo de (des)información habitualmente centrado en el individuo, revelándonos el creciente abismo de la desigualdad social en el enfermar y en el morir. Hacerse visible es hacerse presente.

Pero, ¿qué información necesitamos para obtener el conocimiento que nos hace falta?, ¿qué datos seleccionar para realizar los estudios más pertinentes? En primer lugar, necesitamos disponer de información relevante, y ésta no siempre se encuentra disponible. En el campo de la salud pública, la propia disponibilidad de información influye decisivamente en qué podemos mirar y a la vez es consecuencia de cómo miramos la salud. De hecho, la deliberada ausencia de fuentes de información o la simple ausencia de datos, o la presencia de datos poco fiables constituyen de por sí un signo revelador de su importancia.³⁹

Los números pueden ayudar a mirar mejor, a comprender, pero también nos embriagan, enturbian la vista. Tienen la capacidad de fascinarnos y hacernos creer en ellos sin pensar en su origen o en su validez. Está claro que los datos pueden ser muy relevantes y ayudarnos a dilucidar muchas cuestiones de interés. Sin embargo, los números no siempre cuentan la verdad. Los datos también tienen limitaciones, falsean la realidad. Las palabras *figure* (cifra) y ficticio derivan de la misma raíz latina, *finger*, ¡ten cuidado!⁴⁰ Sí, debemos ser cautelosos. Primero, porque la utilidad y validez de las estadísticas debe valorarse, caso por caso,

³⁹ Programa de las Naciones Unidas (PNUD). *Informe sobre desarrollo humano*. Barcelona: Ediciones Mundi-Prensa, 2000.

⁴⁰ Moroney MJ. Promedio y dispersión. En: J.R.Newman (ed). *El mundo de las matemáticas*. Vol. 3. Barcelona: Grijalbo. 1968:169-193.

muy cuidadosamente. Ni las fuentes de información son necesariamente objetivas, ni el uso de los datos es siempre el más apropiado, ni su interpretación ha de ser necesariamente clara.⁴¹ Muy en especial los científicos saben que es posible “fabricar”, “manipular” y hasta “torturar” a los datos.⁴²

Segundo, porque incluso cuando usamos números fiables o análisis adecuados, sólo obtenemos una visión limitada de la realidad, no de su conjunto. Las cifras miden con frialdad rasgos de individuos sin rostro, que homogeneizan, que reducen dramas personales muy diferentes. De hecho, no existe una manera ni adecuada ni completa de medir la salud, la felicidad o el dolor. Y tercero, y aún más importante, porque los números con frecuencia distraen nuestra atención, tienden a alejarnos de la percepción psicológica del sufrimiento, el dolor, la enfermedad o la muerte.

Al abstraer tendemos a ignorar la realidad, a olvidar el padecimiento humano. En ese momento hacemos cálculos en vez de sentir, valorar o juzgar.⁴³ En ese instante obtenemos «muertes estadísticas». La muerte de una persona puede ser una tragedia, la muerte de miles o de millones de ciudadanos suele convertirse en una simple estadística. Con frecuencia necesitamos que un novelista, un poeta, un pintor, un fotógrafo o un director de cine nos describan los rostros que hay detrás de las estadísticas.

⁴¹ Según el PNUD existen varios usos inadecuados de las estadísticas: su uso excesivo, su uso insuficiente, su uso incorrecto y su mal uso político. Las estadísticas deben tener las siguientes características: 1) ser pertinentes desde el punto de vista normativo, 2) ser fiables, 3) ser válidas, 4) ser capaces de medir de manera consecuente a lo largo del tiempo, 5) ser susceptibles de ser desagregadas, 6) ser concebidas para separar, siempre que resulte posible, el supervisor del supervisado.

⁴² Benach J., Tapia J. Mitos o realidades: a propósito de la publicación de trabajos científicos. *Mundo Científico*. 1995; 154:124-130.

⁴³ Berger J. Hiroshima. En: *El sentido de la vista*. Madrid: Alianza Editorial, 1990:273.

Conocer pues lo particular además de lo general: la tragedia personal de cada individuo y el drama social de las poblaciones. Conocer la sociedad donde vive el individuo, y al individuo inserto en la sociedad. Identificar a los que solo son un “número” en las estadísticas oficiales. Conocer no sólo lo mesurable sino lo relevante, no desentenderse del sufrimiento de ningún ser humano.

El hombre más pobre del mundo es una mujer, es una campesina africana. Todos los días debe caminar más de dos horas para llegar a su trabajo. Sobre la cabeza lleva una carga que puede llegar a los 50 Kg., con su hijo pequeño en la espalda y, muy a menudo, en el vientre otro por nacer. Trabaja doce horas al día. Su alimentación suele limitarse a pan duro mojado en agua con azúcar.⁴⁴

El hundimiento del “insumergible” RSM Titanic en la noche del 14 de abril de 1912, la joya de la corona de la compañía *White Star*, nos sigue perturbando por su carácter simbólico y evocador, al reunir en uno solo varios “naufrajos” (Fotografía 1).



Fotografía 1. The Times, 16/4/1912.⁴⁵

⁴⁴ Cohen D. *Riqueza del mundo, pobreza de las naciones*. México: Fondo de Cultura Económica, 1998.

⁴⁵ The library of Virginia. <http://www.lva.lib.va.us/whowcare/exhibits/titanic/739.htm>. [Página consultada 26-11-03]

Por un lado, por evocar un símbolo del progreso de la era moderna representado por como se hundió el buque más lujoso y con la tecnología más avanzada de su tiempo. Por otro, por la lucha y el sufrimiento humano ante la tragedia. Y, sobre todo, por la injusta (y en parte invisible) desigualdad en salud que padecieron los emigrantes y las clases sociales más desfavorecidas (Fotografía 2).



Fotografía 2. Imagen del muelle White Star (Queenstown (Cobh), Irlanda).⁴⁶

Para acercarnos adecuadamente al drama personal y colectivo que muestra la desigualdad social de morir ahogado en el hundimiento del Titanic debemos recorrer al menos dos pasos: uno emocional, que recree en nuestra mente una visión dolorosa, intensa: la imagen del sufrimiento y el miedo.

⁴⁶ Father Brown Photographic Collection <http://www.fatherbrowne.com/IMAGETitanic/TitanicGallery1.htm>. [Página consultada 22-11-03]

Déjennos salir. Nos estamos asfixiando. Nuestro furgón de ganado se estremece. Nuestro armario se tambalea. Nuestro ataúd gorgotea. Luchamos en las escaleras. Golpeamos en los paneles. Forzamos las puertas. Déjennos salir. Somos muchos aquí. Cada vez somos más, luchando por una pulgada de espacio, por un tablón. Estamos demasiado hacinados para quitarnos los piojos, para cuidarnos o pelearnos. El carterista no puede levantar su mano delgada ni el asesino la daga. Nos asfixiamos unos a otros. Nuestra furia encerrada nos levanta la piel y expira. De pronto somos terriblemente muchos. Aplastamos como masa blanda a los que ya han sido atropellados. Un pudín de pánico apestando a miedo agrio y ratonil. Nos hinchamos y hundimos flácidos y suaves.⁴⁷

El segundo paso que debemos realizar es un ejercicio de abstracción que permite multiplicar ese sufrimiento y dolor en cientos, miles de personas, en un gentío humano. Entonces, si sabemos escucharlos, los números nos hablan... Para quienes viajaban en el Titanic, los billetes de primera clase costaron entre 30 y 870 libras, los de tercera entre 3 y 8.⁴⁸ El análisis de los datos nos abre los ojos: proporcionalmente murieron muchos más pasajeros de tercera clase que de segunda clase y el doble de quienes viajaron en primera clase (Figura 2).⁴⁹

⁴⁷ Enzensberger HM. Canto XI. *El hundimiento del Titanic*. Barcelona: Plaza & Janes, 1998:55-56.

⁴⁸ Ithaca College Library. <http://www.ithaca.edu/staff/jhederson/titatinic.html>. [Página consultada 28-11-03]

⁴⁹ El análisis de los datos de supervivencia ajustando por las variables de edad y sexo reduce ese riesgo pero no lo elimina. Así, la tasa de supervivencia de la primera clase fue un 40% mayor de lo esperado y la de la tercera clase un 31% menor de lo esperado.

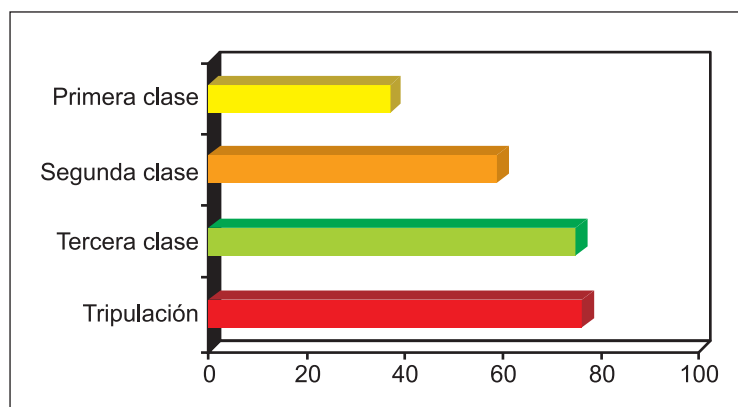


Figura 2. Porcentaje de pasajeros ahogados según la clase de su billete y tripulantes en el Titanic⁵⁰

Son datos, cifras mudas. Sin embargo, al aprender a leerlos, los datos confiesan... son números con rostro que chillan, que nos señalan voz en grito las injusticias de la historia y de nuestro tiempo.

⁵⁰ Welcome to The Unsinkable RMS Titanic. <http://www.sciencedrive.com/mitchk/stats.htm>. [Página consultada 28-11-03]

IV. LA POBREZA ENGENDRA ENFERMEDADES

Una de las cosas más importantes sobre los pobres es que son invisibles.

Michael Harrington

La pobreza no era un problema cuando estaba lejos, fuera de la vista

John K. Galbraith

Cinco de mayo de 1790. Italia, aula magna de la Universidad de Pavía. En su discurso ante los doctorandos que van a graduarse, Johann Peter Frank no usa la tradicional retórica académica del autoelogio. En su lugar, describe la cruda realidad en que vive la población de la Lombardía austriaca y del ducado de Mantua señalando sus espantosas condiciones de miseria. El título de su disertación es contundente: *De populorum miseria: morborum genitrix* (La miseria del pueblo, madre de las enfermedades).⁵¹ Aunque ya anteriormente otros fundadores de la medicina social y la salud pública habían descrito la relación entre la pobreza y la enfermedad, su análisis va más lejos. Apunta que las clases sociales enferman de manera diferente según sus condiciones de vida, señala que “la mayor parte de las dolencias que nos afectan proceden del propio hombre” y que la salud está muy relacionada con el sistema económico y el orden social en que se vive, afirmando que para cambiar esa situación hacen falta reformas sociales y económicas.⁵²

⁵¹ Sigerist E. Johann Peter Frank: un pionero de la medicina social. En: Sigerist E. *Hitos en la historia de la Salud Pública*. Madrid: Siglo XXI, 1981:66-84.

⁵² Lesky E. Introducción al discurso académico de Johann Peter Frank sobre la miseria del pueblo como madre de las enfermedades (Pavía, 1790). En: E. Lesky (ed). *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Vol.1. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984:133-152.

Mientras Peter Frank expone su disertación, en Gran Bretaña está teniendo lugar una honda transformación del sistema capitalista que va a cambiar el curso de la historia. La Revolución industrial, ha señalado el historiador Eric Hobsbawm, ha sido la “transformación más fundamental experimentada por la vida humana en la historia del mundo”.⁵³ En efecto, entre las características más destacadas del capitalismo industrial del siglo XIX y, sobre todo, del capitalismo monopolista del siglo XX destacan su acelerado crecimiento económico, el rapidísimo desarrollo tecnológico, y el cada vez más desenfrenado nivel global de consumo.

No existen precedentes históricos del explosivo crecimiento desarrollado durante el siglo XX.⁵⁴ Se calcula que en 1998 el consumo fue el doble al de 1975, seis veces el de 1950 y dieciséis veces el de 1900.⁵⁵ Se estima que en el último medio siglo se han consumido tantos bienes y servicios como en todas las generaciones anteriores conjuntamente.⁵⁶ Sin embargo, ese hiperconsumo, ni se ha distribuido con equidad entre la población, ni ha eliminado la pobreza de gran parte de la humanidad. Como reconocía una editorial del *Financial Times* «casi dos tercios de la población mundial han obtenido muy poco o ningún beneficio de este rápido crecimiento económico». ⁵⁷

⁵³ Hobsbawm EJ. *Industria e Imperio*. Barcelona: Ariel Historia, 1977:13.

⁵⁴ La ecología es la última frontera del crecimiento. Desde el punto de vista ecológico hoy sabemos que, en una biosfera finita, debemos controlar el crecimiento, hay límites. Meadows DH. Meadows DL, Randers J. *Más allá de los límites del crecimiento*. Madrid: El País/Aguilar, 1992.

⁵⁵ Programa de las Naciones Unidas (PNUD). *Informe sobre el desenvolvament humà*. Barcelona: Associació per a les Nacions Unides a Espanya. Catalunya, 1998:1.

⁵⁶ Durning AT. *How much is enough? The Consumer Society and the Future of the Earth*. New York: W.W. Norton & Company, 1992:38.

⁵⁷ *Financial Times*, 24 diciembre de 1993. Citado en: Hobsbawm E. *Historia del siglo XX*. Barcelona: Crítica, 1995: 567.

El siglo XX, ha señalado con concreción Hobsbawm, ha sido un siglo de extremos, el peor y el mejor de los siglos.⁵⁸ Al acabar este período “el mundo es incomparablemente más rico de lo que lo ha sido nunca por lo que respecta a su capacidad de producir bienes y servicios y por la infinita variedad de los mismos”. Sin embargo, al mismo tiempo, en el curso del mismo siglo “se ha dado muerte o se ha dejado morir a un número más elevado de seres humanos que en ningún otro período de la historia (...) ha sido el siglo más mortífero de la historia”.^{59,60} Junto a progresos científico-técnicos y sociales muy difíciles de imaginar hace cien años, el capitalismo ha generado uno de los hechos sociales más brutales de la historia humana: el impresionante y constante aumento de las desigualdades.

En 1820, el ingreso por habitante de la nación más rica era 3 veces mayor que el de la más pobre. Esa distancia aumentó a 11 en 1913, a 35 en 1950, 44 en 1973, 72 en 1992 y 74 en 1997.⁶¹

⁵⁸ Hobsbawm E. Entrevista sobre *Historia del siglo XX*. Barcelona: Crítica. 2000: 111.

⁵⁹ Hobsbawm E. *Historia del siglo XX*. Barcelona: Crítica. 1995:21-22.

⁶⁰ “[El siglo XX no sólo] ha sido el siglo más mortífero de la historia a causa de la envergadura, la frecuencia y duración de los conflictos bélicos que lo han asolado sin interrupción (excepto durante un breve período en los años veinte), sino también por las catástrofes humanas, sin parangón posible, que ha causado, desde las mayores hambrunas de la historia hasta el genocidio sistemático.” En: Hobsbawm E. *Historia del siglo XX*. Barcelona: Crítica, 1995: 22.

⁶¹ Programa de las Naciones Unidas (PNUD). *Informe sobre desarrollo humano*. Barcelona: Ediciones Mundi-Prensa, 1999.

Al iniciar el siglo XXI gran parte de la población del planeta sigue siendo escandalosamente pobre. De hecho, en este momento, cerca de la mitad de la población mundial (alrededor de 2.800 millones de seres humanos, la mayor parte de los cuales son mujeres) vive en la pobreza con menos de dos dólares diarios⁶² y su número aumenta cada día que pasa. Hoy el denominado “reloj de la pobreza” de las Naciones Unidas contabilizará varias decenas de miles de nuevos pobres.

En un nuevo siglo marcado por la destrucción ecológica, la mercantilización de las biotecnologías y el ciberespacio y el fundamentalismo paleoliberal, la riqueza está escindida. La humanidad vive en dos planetas diferentes. Un 1% de la población mundial (menos de 50 millones de personas) acumula la misma cantidad de ingresos que los 2.700 millones de personas más pobres. Y mientras el 20% más rico aumenta sus ingresos, el 50% más pobre se empobrece aun más en términos reales.⁶³

Los países ricos aumentan sin cesar su consumo material mientras los niveles de consumo de 70 países pobres son inferiores a los de 25 años atrás.⁶⁴ Mientras el primer mundo vive en el exceso, el Tercer Mundo se debate en la más cruda necesidad. Los datos nos perturban. Doscientos cincuenta millones de niños y niñas transportan ladrillos, acarrean basura, fabrican de sol a sol bombillas, alfombras o balones de fútbol... El valor anual de los productos para animales vendidos en Estados Unidos es cuatro veces mayor que toda la producción de Etiopía. El jugador de baloncesto más famoso de la historia, Michael Jordan, percibe en un año más ingresos en publicidad por la marca de zapatillas deportivas que llevan su nombre que el conjunto de los 30.000 trabajadores indonesios

⁶² Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. *Informe sobre el desarrollo mundial 2000-2001*. Washington.

⁶³ *El Atlas de Le Monde Diplomatique*. Edición española. Valencia: Ediciones Cybermonde, 2003.

⁶⁴ World Health Organization. *The World Health Report 1998*. Geneva: World Health Organization, 1998.

que las fabrican.⁶⁵ En Estados Unidos, el millón de hogares más rico posee 140 veces más riqueza que el millón más pobre. El 1% de la población más rica tiene en sus manos cerca del 40% de la riqueza nacional y el 40% más pobre tiene mucho menos al 1% (Fotografía 3).^{66,67}



Fotografía 3. La pobreza y la riqueza en Wallstreet (Nueva York).⁶⁸

Sin embargo, la escisión del planeta no es de hecho dual sino “moteada”: vivimos en una sociedad “archipiélago”.⁶⁹ Los países ricos tienen entre un 7 y un 17% de pobres, mientras en el océano del desamparo que es el Tercer Mundo se asientan islas de privilegio.⁷⁰

⁶⁵ Unwin N., Alberti O., Aspray I., et al. Economic globalisation, and its effect on health. *BMJ*. 1998; 316:1401-2.

⁶⁶ “El 5% de la población más rica tiene más riqueza que el resto del 95% de la población (...) La familia afro-americana promedio tiene el 18% de riqueza en comparación con la familia blanca (...) El salario mínimo ha caído un 35% en términos reales en comparación con el año 1968”. Entrevista a Edward Wolff. *The Multinational Monitor*. Mayo 2003; 24 [http:// multinationalmonitor.or/mm2003/03may/may03interviewswolff.html](http://multinationalmonitor.or/mm2003/03may/may03interviewswolff.html) [Página consultada 15-12-03].

⁶⁷ Puede también consultarse: Wolff E. *Top Heavy. The Increasing Inequality of Wealth in America and What Can Be Done About It*. New York: Twenty Century Fund, 1996.

⁶⁸ Photo Gallery of Jacob Holdt <http://www.american-pictures.com/gallery/usa/pages/usa-00107.html> [Página consultada 17-12-03].

⁶⁹ Aguirre M. & Ramonet I. *Rebeldes, dioses y excluidos*. Barcelona: Icaria, 1998.

⁷⁰ World Health Organization. *The World Health Report 1998*. Geneva: World Health Organization, 1998.

Las extremadamente ricas y corruptas élites económicas africanas, por ejemplo, colaboran en la ruina de las naciones y los habitantes de un continente envuelto en la mayor de las pobreza.⁷¹

En Brasil más de la mitad de la riqueza se concentra en el 10% de la población.⁷²

La pobreza es pues inmensa. Cientos de millones de seres humanos malviven sin los recursos necesarios para sobrevivir o para mantener un nivel de vida digno.⁷³ Pero la pobreza puede definirse no sólo en términos absolutos sino también en forma relativa. La pobreza no tiene que ver solo con la falta de riqueza o de bienes materiales sino también *en su relación con* el nivel medio en que vive una sociedad determinada. Digámoslo con las palabras de Peter Townsend: «se puede decir que las personas se hallan en la pobreza cuando no tienen los recursos necesarios para obtener el tipo de alimentación, participar en las actividades, y tener las condiciones de vida y comodidades que son habituales, o al menos ampliamente estimuladas o aprobadas, en las sociedades donde viven».⁷⁴ Aunque la pobreza absoluta es un fenómeno a menudo poco visible, nuestra forma habitual de mirar la realidad no permite ver la pobreza relativa. Mirar la pobreza en “términos relativos” nos acerca a entender la desigualdad material y social.⁷⁵ Una desigualdad que hoy en día es abismal.

⁷¹ Cohen D. *Riqueza del mundo, pobreza de las naciones*. México: Fondo de Cultura Económica, 1998.

⁷² World Health Organization. *The World Health Report 1998*. Geneva: World Health Organization, 1998.

⁷³ La definición de la pobreza en términos absolutos, adoptada por numerosas organizaciones políticas y económicas, se ha reflejado en la selección de una “línea de la pobreza” por encima de la cual se cubrirían las necesidades materiales de vestido, vivienda, alimentación, calefacción, etc.

⁷⁴ Townsend P. *Poverty in the UK*. London: Penguin, 1979:31.

⁷⁵ En general se consideran pobres a quienes poseen menos del 50% de la renta media disponible neta. La pobreza relativa se define como la de quienes tienen entre el 25% y el 50% de la renta, la pobreza severa menos del 25% de la renta y la pobreza extrema menos del 15% de la renta media.

Las 225 personas más ricas del mundo tienen fortunas personales superiores a los ingresos anuales de 2.500 millones de personas, cerca de la mitad de la población planetaria. La riqueza del más rico es similar al PIB de Finlandia y casi el doble que el de Irlanda. Los tres primeros megamillonarios del planeta poseen el equivalente a la riqueza de los 48 países más pobres.⁷⁶

Aún peor. La desigualdad está aumentando. La desigualdad crece y crece siguiendo una ley social muy antigua ya señalada por San Mateo: «Porque a cualquiera que tuviese, le será dado, y tendrá más; y al que no tuviese, aun lo que tiene le será quitado».⁷⁷ El crecimiento desigual comporta desigualdades crecientes. En el último medio siglo la cantidad de ricos se ha duplicado, y la cantidad de pobres se ha triplicado. Entre 1960 y 1993, la porción del pastel de la riqueza de los habitantes más ricos del planeta pasó del 70 al 85% del producto mundial, la del 20% más pobre, del 2,3 al 1,4%.

En 1960 la riqueza del 20% de la población más rica era 30 veces mayor que el 20% más pobre, en 1995 la diferencia era ya de 82 veces, y se estima que ha sido de 90 veces en el año 2.000.⁷⁸

¿Qué tiene todo eso que ver con las palabras de Peter Frank? En el siglo XXI, como en el siglo XVIII, vivir en la pobreza sigue siendo

⁷⁶ World Health Organization. *The World Health Report 1998*. Geneva: World Health Organization, 1998.

⁷⁷ Mateo 25:25. La Santa Biblia: antiguo y nuevo testamento. Antigua versión de Casiodoro de Reina 1569. Revisada por Cipriano de Valera (1602) y cotejada posteriormente con diversas traducciones y con los textos hebreo y griego. Iowa Falls, Riverside Book & Bible House, 23, 1979.

⁷⁸ Programa de las Naciones Unidas (PNUD). *Informe sobre el desenvolupament humà*. Barcelona: Associació per a les Nacions Unides a Espanya. Catalunya, 1998.

perjudicial para la salud. Vivir en un país pobre significa vivir menos y vivir peor: enfermar más, tener peores servicios sanitarios y una menor calidad de vida. La pobreza impide vacunar a los niños y niñas, tener agua limpia, disponer de alimentos, comprar fármacos... La salud planetaria anda coja, está partida. Los fríos datos nos lo cuentan. La pobreza impide vivir: dos de cada cinco de las 50 millones de muertes anuales en el mundo son prematuras: más de 10 millones de infantes no alcanzan los 5 años de vida y otros 10 millones de adultos no llegan a los 50 años.⁷⁹ En los países pobres, la muerte no es una experiencia de ancianos sino de la infancia. La pobreza mata cada año, en el mundo, más gente que durante toda la segunda guerra mundial.⁸⁰ La pobreza perjudica terriblemente la salud.

En los países ricos, el 47% de las muertes se debe a las enfermedades cardiovasculares y el 22% al cáncer, en los países pobres más del 41% se debe a las enfermedades infecciosas y parasitarias.⁸¹ En los países pobres el sarampión, la diarrea, la malaria, la neumonía y la desnutrición provocan más de los dos tercios de las muertes de los menores de cinco años.

Hace ya algunos años la Organización Mundial de la Salud ratificó algo que Peter Frank, los salubristas y la cultura popular conocen desde muy antiguo: la pobreza daña la salud. La principal causa de enfermedad en el planeta, la “pobreza extrema”, se catalogó con el código Z59.5 en la Clasificación Internacional de Enfermedades.⁸²

⁷⁹ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2003. Forjemos el futuro*. [Página Consultada 19-2-03]. <http://www.who.int/whr/2003/es>

⁸⁰ Galeano E. *Patatas arriba. La escuela del mundo al revés*. Madrid: Siglo XXI. 1998:31.

⁸¹ En los países pobres casi una de cada tres muertes ocurre antes de los 5 años de edad y 3 de cada 4 antes de los 50 años.

⁸² Organisation Mondiale de la Santé. *Rapport sur la Santé dans le Monde. Réduire les écarts*. Geneve: Organisation Mondiales de la Santé, 1995.

V. LA EPIDEMIA MÁS IMPORTANTE

*Cada cosa que vemos cubre otra, y nos
gustaría mucho ver lo que nos oculta lo
visible....*

René Magritte

*Cada civilización tiene su propia forma de
peste.*

René Dubos

Tokio. Son las ocho de la mañana en el aeropuerto internacional de Narita cuando partimos hacia Sierra Leona, uno de los países más pobres del planeta. Las imágenes se agolpan ante nuestros ojos. Al visitar los escenarios de la desesperación o la violencia, a menudo, ha señalado Eduardo Galeano, “los fotógrafos de la sociedad de consumo se asoman pero no entran. En fugaces visitas a los escenarios de la desesperación o la violencia, bajan del avión o el helicóptero, oprimen el disparador, estalla el fogonazo del flash: ellos fusilan y huyen. Han mirado sin ver y sus imágenes no dicen nada”.⁸³

⁸³ Galeano E. *Ser como ellos y otros artículos..* Madrid: Siglo XXI, 1993:63.

En las ventanas del alma que son los ojos, se expresa lo más íntimo del ser humano. Cuando la mirada percibe las condiciones humanas y las tragedias de este mundo, los rostros revelan el dolor, el sufrimiento y la lucha de los pueblos. Cuando eso ocurre mirar es comprender. “Si es cierto que los globalizados también tienen mirada, el fotógrafo la ha encontrado escondida tras el recelo o bajo las botas que pisan los ojos que las miran”.⁸⁴ Si pudiésemos encerrar los males de nuestro tiempo en una visión, en una imagen, escogeríamos a un hombre joven mirando al suelo con los ojos perdidos, a un niño demacrado, a una niña triste con la mirada vacía, o quizás a una mujer trabajando con la cabeza inclinada y la espalda encorvada (Fotografía 4).



Fotografía 4. Mujeres trabajando en el campo en Sri Lanka.⁸⁵

⁸⁴ Vázquez Montalbán M. *Humanitats*. Fotografies de Sebastião Salgado. Barcelona: FNAC, 1999:8.

⁸⁵ www.ourplanet.com/imgversn/86/grass.html [Página Consultada 05-01-04].

Como tantas veces han mostrado fotógrafos sociales como Sebastião Salgado, un rostro nos «revela la historia y el sufrimiento de todo un pueblo».^{86,87} Pero como hemos visto (ver capítulo 3) no se comprende sólo con la mirada de los ojos sino también con los datos que nos proporciona la investigación cuantitativa. Las cifras reflejan dramas colectivos. Al aterrizar en Freetown la vida humana se parte por la mitad: una niña de Sierra Leona vivirá, en promedio, cinco décadas menos que una niña japonesa (Fotografía 5).⁸⁸



Fotografía 5. Dos niñas recién nacidas en Japón y Sierra Leona.⁸⁹

⁸⁶ Sebastião Salgado. Entrevista en *El País*. 21 abril de 1997.

⁸⁷ “Salgado fotografía personas. Los fotógrafos de paso fotografían fantasmas (...) Hay un instante que la realidad elige para decirse con perfección: el ojo de la cámara de Salgado lo desnuda, lo arranca del tiempo y lo hace imagen, y la imagen se hace símbolo, símbolo de nuestro tiempo y de nuestro mundo. Estas caras que gritan sin abrir la boca ya no son “otras caras”. Ya no: han dejado de ser cómodamente raras y lejanas, inofensivas excusas para que la limosna alivie las malas conciencias. Todos somos esos seres muertos hace siglos o milenios que sin embargo están porfiadamente vivos: vivos desde su más profundo y doloroso resplandor, y no porque simulen estar vivos mientras posan para una foto. Galeano E. *Ser como ellos y otros artículos*. Madrid: Siglo XXI, 1993:65.

⁸⁸ Es previsible que la niña japonesa viva unos 85 años, mientras que la esperanza de vida de la niña nacida en Sierra Leona es sólo de 36 años. La primera recibirá una de las mejores atenciones de salud del mundo siempre que lo necesite, en tanto que la segunda tal vez no vea nunca a un médico, a una enfermera o a un trabajador de salud.. [Página consultada 03-01-04]. <http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr93/en>

⁸⁹ [Página consultada 03-01-04]. <http://www.who.int/features/2003/11/en>

Esa muerte desigual no se produce sólo entre Japón y Sierra Leona, sino entre un puñado de países ricos y Malí, Haití, Mozambique, Uganda, Nepal, Bangladesh... La desigualdad se produce, sobre todo, entre los países ricos, “sobredesarrollados”,⁹⁰ y las más de 2.000 millones de personas que viven en los países más pobres del planeta. En los países “en desarrollo”, que mejor habría que llamar “países arrollados por el desarrollo ajeno”,⁹¹ aproximadamente el 40% de los infantes de dos años tienen una estatura menor de la que les corresponde y las tasas de mortalidad materna son, en promedio, 30 veces más elevadas que las de los países ricos.

El impacto que hechos como estos tienen sobre la salud pública del planeta es enorme. Si todo el planeta consiguiera alcanzar el nivel de mortalidad en la niñez que tiene hoy Islandia (el más bajo del mundo en 2002), cada año podría evitarse la muerte de más de 10 millones de niños.⁹² Tres datos nos sirven de referencia para valorar la importancia de este hecho: el año 2002 murieron más de un millón y medio de personas de tuberculosis, más de un millón de malaria y casi tres millones de sida.⁹³ Si cada civilización crea sus propias enfermedades y sus propias epidemias, la enfermedad más importante de nuestra época, su epidemia más devastadora, no es la tuberculosis, la malaria, o el sida, sino la desigualdad de la salud. El planeta está enfermo de desigualdad.

El impacto de la desigualdad social sobre la salud es aún mayor de lo que esas cifras reflejan. Y ello por al menos dos razones. En primer lugar, porque entre los propios países ricos y pobres la salud es muy diferente. En países relativamente ricos como Rusia, Hungría y otros

⁹⁰ Riechmann J. *Todo tiene un limite. Ecología y transformación social*. Madrid: Debate, 2001:12.

⁹¹ Galeano E. *Patas arriba. La escuela del mundo al revés*. Madrid: Siglo XXI. 1998:37.

⁹² Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2003. Forjemos el futuro*. [Página consultada 19-2-03]. <http://www.who.int/whr/2003/es/>

⁹³ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2003. Forjemos el futuro*. [Página consultada 19-2-03]. <http://who.int/whr/2003/es/>

países del este de Europa la esperanza de vida es diez años inferior a la de países como Suecia o Japón.⁹⁴ Entre los países menos desarrollados, Costa Rica y Cuba tienen 10 años más de esperanza de vida que Perú, 20 años más que Haití y 30 años más que Angola.⁹⁵ Y segundo, porque los países, que parecen homogéneos en los mapas, ocultan enormes diferencias en su interior. Enormes islas de desigualdad quedan enterradas bajo un número promedio. En un mismo país hay regiones o barrios donde viven personas con niveles de riqueza y riesgos de tipo social, ambiental o personal para la salud muy distintos según cual sean su clase social, género o etnia. Pensemos en la siguiente imagen. Un hombre, con estudios universitarios, con un trabajo estable como profesional, que tiene apoyo familiar y social, y qué vive en un barrio acomodado de una región rica, no sólo tiene mayores recursos sino también una probabilidad mucho mayor de tener un mejor nivel de salud que una mujer emigrante, negra, sin estudios, desempleada, sin apoyo social ni familiar, y que vive en un barrio marginado de una región pobre.

En el país más poderoso de la tierra, en el país que produce un tercio de la riqueza mundial, las desigualdades son aún más desiguales. Estados Unidos, uno de los países más «adelantados» en el proceso de ampliar las desigualdades, ha acrecentado en los últimos decenios sus desigualdades a través de medidas fiscales que favorecen a los más ricos.^{96,97} Estados Unidos, el país que con menos del 5% de la población planetaria consume más del 40% del gasto sanitario mundial, el país que cuenta con los centros de investigación biomédica con más recursos, las

⁹⁴ Bobak M. Marmot M. East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *BMJ*. 312;1996:421-425.

⁹⁸ Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial*. Madrid: Banco Mundial, 1993.

⁹⁶ *El Atlas de Le Monde Diplomatique*. Edición española. Valencia: Ediciones Cybermonde, 2003.

⁹⁷ Entre 1977 y 1999 el ingreso real neto del 1% más rico de la población aumentó más rápidamente (115%) que sus ingresos brutos sin deducción impositiva (96%). En cambio, el ingreso neto del 60% más pobre se situó en 1999 por debajo del registrado en 1977. En 1979, el 5% de los hogares más ricos ganaban 10 veces más que el 20% más pobre. En 1989 esa razón pasó a ser de 16 veces, y en 1999 alcanzó los 19.

mejores universidades de salud pública, y donde se ha premiado al 60% de los premios Nobel de medicina de los últimos 30 años, es también el país donde en uno de cada 10 hogares se pasa hambre,⁹⁸ uno de cada cinco habitantes es analfabeto funcional⁹⁹ y los servicios de salud de gran parte de la población están hechos añicos: casi 44 millones de ciudadanos (8,5 millones de niños), el 15% de la población del país,¹⁰⁰ no tienen cobertura sanitaria.¹⁰¹

Pero, además, la salud del país más rico no se reparte en forma equitativa... algunos condados del estado de Dakota del Sur tienen, en promedio, 12 años menos de esperanza de vida en los hombres y 17 en las mujeres que en Minneapolis o Utah.¹⁰² Un caso extremo se encuentra en Estados Unidos en el caso de los hombres de raza india de algunos condados de Dakota del Sur cuya esperanza de vida es de solo 56,5 años, mientras que los hombres de origen asiático de Bergen en Nueva Jersey o los nativos de Alaska en los Angeles county pueden esperar vivir 41 años más.¹⁰³ Las desigualdades son tan extremas que hay que mirar a los Estados Unidos como un país en el que conviven muchos países distintos.

⁹⁸ Informe del Departamento de Agricultura de Estados Unidos. Citado en *El País*, 16 de octubre de 1999: 34.

⁹⁹ Programa de las Naciones Unidas (PNUD). *Informe sobre desarrollo humano*. Barcelona: Ediciones Mundi--Prensa, 2000.

¹⁰⁰ Ese porcentaje se incrementa hasta el 32,4 % en el caso de la población "hispana".

¹⁰¹ U.S. Census Bureau. <http://www.census.gov/hhes/www/hlthins.html> [Página consultada 22-12-03].

¹⁰² Concretamente son los condados de Bennett, Jackson, Mellette, Shannon y Todd en Dakota del Sur, de Stearns en Minneapolis y de Cache y Rich en Utah.

¹⁰³ Murray C.J.L., Michaud C.M., McKenna M.T. & Marks J.S. U.S. Patterns of Mortality by County and Race: 1965-1994. *U.S. Burden of Disease and Injury Monograph Series*. Cambridge and Atlanta: Harvard School of Public Health and Centers for Disease Control and Prevention, 1998.

En Estados Unidos, quienes ingresan menos de 5.000 dólares anuales tienen cuatro veces más riesgo de tener un mal estado de salud que quienes ingresan más de 25.000 dólares. Quienes además de ser pobres tienen un nivel de educación muy bajo, tienen 11 veces más riesgo de tener un mal estado de salud respecto a quienes son ricos y con un alto nivel de educación.¹⁰⁴

En el barrio de Harlem, al norte de Manhattan en Nueva York, donde viven alrededor de 115.000 personas, un 40% de las cuales son pobres, y la mayoría son afro-americanos. Un tercio de sus ciudadanos son hipertensos, cerca de la mitad fumadores y muchos de ellos están obesos y no practican ejercicio físico. Se ha calculado que en Harlem las clases sociales más desfavorecidas (muchos de los cuales son personas afroamericanas) tienen una probabilidad tres veces mayor de tener 3 o más factores de riesgo relacionados con la aparición de enfermedades cardiovasculares.¹⁰⁵ Eso se refleja en su diferente grado de supervivencia respecto a los hombres de “raza blanca” (figura 3). Así, por ejemplo, en el caso de los hombres observamos como los habitantes de Harlem tienen una probabilidad de sólo el 40% de alcanzar los 65 años en comparación con cerca del 80% en los hombres de población blanca de Estados Unidos.

Hace unos años una investigación señaló que las tasas de mortalidad de los jóvenes de Harlem sextuplicaban a las del promedio de los jóvenes de Estados Unidos. El estudio mostró que era menos probable que los ciudadanos afroamericanos de Harlem llegaran a los 65 años que los habitantes de un país tan pobre como Bangladesh.¹⁰⁶ Los autores reclamaron que el barrio fuera declarado “zona catastrófica”.

¹⁰⁴ Krieger N, Fee E. Measuring Social Inequalities in Health in the United States: A Historical Review, 1900-1950. *Int J Health Services* 1996;26:31-418.

¹⁰⁵ Diez-Roux AV, Northridge M, Morabia A, Bassett MT, Shea S. Prevalence and social correlates of cardiovascular disease risk factors in Harlem. *Am J Public Health* 1999;89:302-7.

¹⁰⁶ McCord C, Freeman HP. Excess Mortality in Harlem. *New Engl. J Med* 1990;322: 173-7.

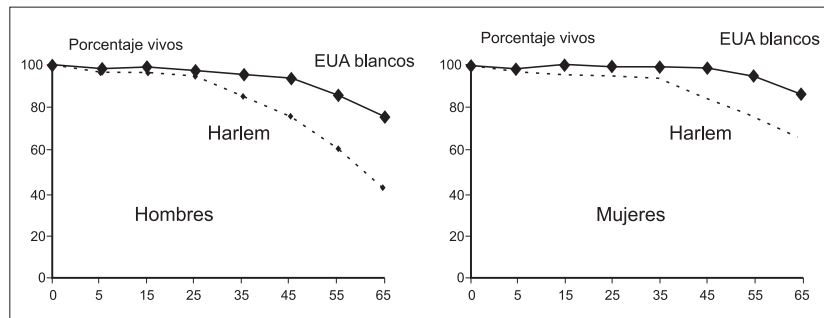


Figura 3. Supervivencia hasta los 65a en Harlem y en la población blanca de EEUU, 1980 en hombres y mujeres.¹⁰⁷

Es revelador constatar como los habitantes de la población “negra” de Harlem son mucho más ricos en *valor absoluto* que los habitantes de Bangladesh. Sin embargo, todo parece indicar que su salud es peor a causa de su mayor pobreza *relativa* en relación con la comunidad donde viven. En otras palabras, ser pobre en una zona rica es más dañino para la salud que ser incluso más pobre en una zona pobre. Aunque menos visibles que la pobreza medida en valor absoluto, las desigualdades sociales dañan profundamente nuestra salud.

¹⁰⁷ Sen A. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta, 2000.

VI. CLAVES PARA COMPRENDER LA DESIGUALDAD

*Los muertos eran tan visibles que casi nadie
podía ver lo que les había ocurrido.*

Eric Klinenberg

*Es mucho más importante saber qué clase
de paciente tiene una enfermedad, que saber
qué clase de enfermedad tiene un paciente.*

William Osler

14 de julio de 1995 en la ciudad de Chicago. El calor y la humedad son insoportables. Al mediodía los termómetros alcanzan la mayor temperatura jamás registrada en la ciudad y durante cuatro días la ola de calor se extiende por la ciudad. Una semana después, han muerto 700 personas más de las habituales en esa época del año. De hecho, el número de fallecidos es mayor al de todas las muertes que ocurren anualmente en Estados Unidos a causa de los desastres naturales. Pero esas muertes no se distribuyen al azar. ¿Quiénes van a morir?. El calor no es “la causa” de las muertes. Solamente su causa inmediata. Tras la aparición de un fenómeno meteorológico inusual como es el aumento de la temperatura hasta los 41 grados,¹⁰⁸ subyacen otras causas relacionadas con las degradadas condiciones sociales en que viven una parte considerable de los ciudadanos de Chicago.

¹⁰⁸ En realidad debido a la elevada humedad existente, el índice de calor que mide como se siente la temperatura en el cuerpo superó los 52 grados Celsius.

Las muertes se producen, sobre todo, entre los más pobres y los más vulnerables: tres de cada cuatro fallecidos tienen más de 65 años y la mayoría son hombres afro-americanos que viven solos. Los principales riesgos se concentran en tres factores: la falta de aire acondicionado, el no contar con apoyo familiar y social y el miedo a salir de casa a pedir ayuda. Las causas de fondo detrás de la muerte evitable de centenares de personas las hallamos en la existencia de barrios pobres y degradados con una elevada delincuencia y unos recursos sociales y sanitarios escasos.¹⁰⁹ La ola de calor va a poner de manifiesto la realidad social. Las desigualdades sociales también impregnan los fenómenos naturales.^{110,111}

Este ejemplo pone de manifiesto como buena parte de la realidad es invisible... y como con frecuencia las cosas no son tal y como aparecen a primera vista. “Si no hubiera diferencia entre la realidad y la apariencia”, señaló Marx, “no habría necesidad de ciencia”.¹¹² La investigación puede ayudar a desvelar muchas de las causas de las noticias que aparecen (o no) en los *mass media*.

¹⁰⁹ Klinenberg E. *Heat Wave. A Social autopsy of disaster in Chicago*. Chicago: Chicago University Press, 2002.

¹¹⁰ Ante la constatación científica del aumento de temperatura en el planeta y el cambio climático debido a causas humanas tampoco el cambio del clima escapa ya a la acción humana. “Cada vez hay más pruebas de que las variaciones del clima mundial tienen profundos efectos en la salud y el bienestar de los ciudadanos de todo el mundo. Debemos entender mejor las repercusiones que pueden tener en la salud, en especial para los grupos más vulnerables, a fin de gestionar mejor los riesgos”, ha afirmado Kerstin Leitner, Subdirectora General del departamento de Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables de la OMS. Según la OMS, la ola de calor de 2003 produjo alrededor de 20.000 muertes en Europa. La OMS atribuye el 2,4% de todos los casos de diarrea en el mundo al cambio climático y el 2% de los casos de malaria. Además, calcula que, en el año 2000, el calentamiento de la Tierra causó 150.000 muertes, mientras que se redujeron en 5,5 millones los años de vida sana debido al incremento en las discapacidades. <http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr91/en> [Página consultada 03-01-04].

¹¹¹ Según Diarmid Campbell, científico de la OMS, “Podemos esperar 300.000 muertes para el 2030, aun si tomamos en cuenta mejoras socioeconómicas que faciliten el acceso a la salud y medidas de adaptación a los impactos del cambio climático”. [Página consultada 03-01-04]. <http://www.who.int/whr/2003/es>.

¹¹² Cohen GA. *Karl Marx ad the withering Hawai of social science. Karl Marx's theorv of history*. Princeton: Princeton University Press, 1978.

“Todos los días ocurren seis catástrofes aéreas que no dejan ningún sobreviviente. En cada una hay 250 víctimas que son mujeres en plena juventud, que están embarazadas o que acaban de dar a luz. La mayoría tienen hijos que criar. Si las muertes maternas se produjeran de forma visible, provocarían un clamor popular en todos los países, sin embargo esas muertes se producen en países pobres, en pequeñas aldeas, en áreas periféricas y entre mujeres socialmente marginadas y nunca figuran en las primeras páginas de los periódicos”.¹¹³

Consideremos ahora la siguiente afirmación que nos dicta el sentido común: «los pobres de solemnidad viven peor que los multimillonarios». Pocos serán quienes puedan discrepar de un enunciado general que parece poco discutible. Que quienes se hallan en una situación de extrema necesidad, poseen muchos menos recursos y un nivel de vida inferior a quienes viven en la opulencia parece algo fuera de cualquier duda, algo evidente que no requiere demostración. Ahora bien, ¿quiere decir eso que su salud es peor? Quizás también en este caso la respuesta a esa pregunta puede parecer bastante evidente. Como ya se ha señalado (ver capítulo 4), sabemos desde muy antiguo que la pobreza afecta a la salud y que los pobres enferman más y mueren antes que los más ricos.

No obstante, en otros casos no tan extremos, las cosas pueden no ser tan claras. Por ejemplo, ¿qué ocurre con la salud de quienes no son tan pobres?, ¿cuál es la salud de los ciudadanos que poseen un nivel de riqueza y bienestar material medio en comparación con quienes poseen el nivel más elevado? Para contestar a esas preguntas no nos basta el sentido común. Necesitamos que la investigación nos ayude a mirar de otra manera la salud.

¹¹³ Organización Mundial de la Salud. Citado en Compte G. *La mortalidad materna en Salvador, Bahía (Brasil)*, 1993. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense, 1999.

Aunque la pobreza de los excluidos de la sociedad es la parte más visible, lo que sobre todo afecta a nuestra salud, como veremos más adelante, es la desigualdad social.¹¹⁴ Comprender las relaciones existentes entre las desigualdades sociales y las desigualdades de salud es algo mucho más complejo que el simple hecho de constatar la desigualdad en la riqueza o la muerte entre los individuos y grupos que se hallan en los extremos de la escala social, o bien entre las naciones o áreas geográficas muy ricas o muy pobres. Como la masa de hielo invisible de un iceberg, las características de las desigualdades en salud quedan ocultas, sumergidas ante nuestros prejuicios, nuestra ignorancia, o en el propio desconocimiento científico.

Veamos dos rasgos básicos que la investigación sobre las desigualdades en salud ha permitido desvelar. En primer lugar, las desigualdades son *ubicuas*, abarcan todos los campos: los continentes, los países, las regiones, las ciudades, los barrios, las clases sociales, los géneros y las etnias; y se manifiestan en una muy larga lista de indicadores de salud: tasas de mortalidad más elevadas, mayor número de enfermedades, peores hábitos de vida relacionados con la salud, menor utilización de los servicios sanitarios a igual necesidad. Y segundo, las investigaciones sobre desigualdades en salud muestran resultados muy similares y muy *consistentes*. La gran mayoría de estudios obtiene resultados muy parecidos. La mayor parte de trabajos tienen que ver con la peor de las desigualdades en salud: la muerte. Los ejemplos abundan por todo el planeta.

¹¹⁴ Benach J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria* 1997; 11:255-8.

- Un bebé nacido en Sierra Leona tiene 3,5 veces más probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años que un niño venido al mundo en la India, y si esa misma comparación se hace con Islandia o Singapur, el riesgo es cien veces mayor.¹¹⁵
- En el Níger el riesgo de morir durante la infancia es aproximadamente 13 puntos porcentuales más elevado para los pobres que para los no pobres, mientras que en Bangladesh esa diferencia es inferior a tres puntos porcentuales.¹¹⁶
- En China, la India, Nepal y el Pakistán, la mortalidad de niñas es superior a la de niños. Esa desigualdad es particularmente pronunciada en el caso de China, donde el riesgo de defunción es un tercio mayor para las niñas que para los niños.¹¹⁷
- En el norte de Inglaterra, los barrios más pobres tienen tasas de mortalidad que cuadruplican a las de los barrios más ricos.¹¹⁸

No sólo eso. Más de dos décadas de abundante investigación científica, han permitido sacar a la luz cinco elementos clave de las desigualdades en salud que analizaremos a continuación y que se resumen en una sola frase: las desigualdades son *enormes, graduales, crecientes, “adaptativas” e “históricas”*.

Las desigualdades son enormes. Las desigualdades en salud muestran una gran magnitud. Quienes están mejor socio-económicamente y quienes viven en las áreas más privilegiadas de los países o las ciudades

¹¹⁵ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2003. Forjemos el futuro*. [Página consultada 19-2-03]. <http://www.who.int/whr/2003/es/>

¹¹⁶ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2003. Forjemos el futuro*. [Página consultada 19-2-03]. <http://www.who.int/whr/2003/es/>

¹¹⁷ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2003. Forjemos el futuro*. [Página consultada 19-2-03]. <http://www.who.int/whr/2003/es/>

¹¹⁸ Phillimore P., Beattie A. & Townsend P. Widening inequality of health in Northern England, 1981-91. *BMJ* 1994; 308: 1125-8.

tienen mucha mejor salud que la población más desfavorecida. De hecho, las diferencias existentes en la probabilidad de morir entre las clases sociales extremas son tan grandes que superan al tabaquismo, el factor de riesgo para la salud más estudiado durante la segunda mitad del siglo XX.¹¹⁹ En Gran Bretaña, el país donde se ha realizado el mayor número de estudios, las clases sociales más privilegiadas (los profesionales y directivos) tienen siete años más de esperanza de vida al nacer que las clases más desaventajadas (los trabajadores manuales).¹²⁰ *El impacto de esas desigualdades en la salud pública es enorme.*

En Gran Bretaña, si las clases sociales más desfavorecidas tuvieran las mismas tasas de mortalidad de las más privilegiadas cada año podrían evitarse 42.000 muertes en el grupo de población de 16 a 74 años.¹²¹

Digámoslo en forma gráfica: en Gran Bretaña cada día se estrella un avión imaginario en el que van a morir los ciudadanos más desfavorecidos del país.

Las desigualdades son graduales. Las desigualdades se extienden a lo largo de toda la escala social. Así pues, no se trata tan sólo de que los más pobres o los más marginados tengan una salud peor. Lo fundamental es entender como a medida que descendemos en la escala social, en el nivel de riqueza o en la educación, la salud de los ciudadanos también empeora progresivamente.

¹¹⁹ Angell M. Privilege and health - What is the solution? *N Engl J Med* 1993;329(2): 126-127.

¹²⁰ Benzeval M, Judge K, Whitehead M. *Tackling inequalities in health*. London: King's Fund. 1995.

¹²¹ Benzeval M, Judge K, Whitehead M. *Tackling inequalities in health*. London: King's Fund. 1995.

Las implicaciones sociales y políticas de este descubrimiento son enormes: *la desigualdad no es pues un asunto exclusivo de los ciudadanos y las ciudadanas más ricos y más pobres de un país*. En realidad, a mayores ventajas socioeconómicas, mayor esperanza de vida y mayores niveles de salud.¹²² Veamos un ejemplo contundente (Figura 4).

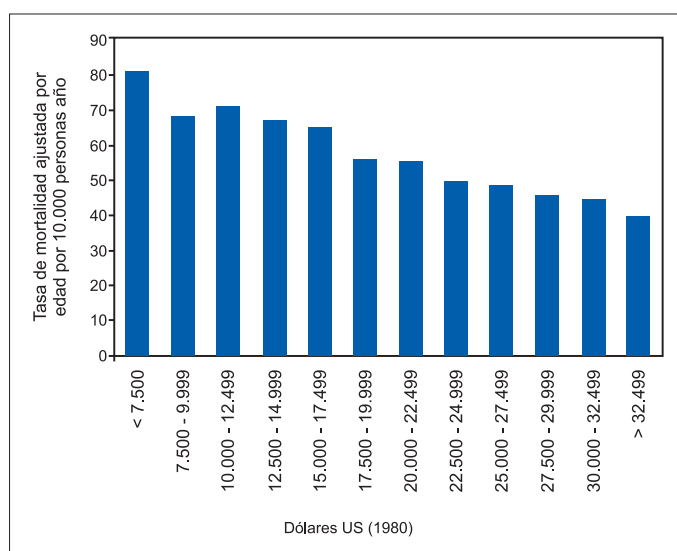


Figura 4. Ingresos y mortalidad entre 305,099 hombres de raza blanca en EE.UU. (MRFIT study).

¹²² Ese gradiente social en la salud aparece en la inmensa mayoría de causas de muerte, en muchas enfermedades y conductas relacionadas con la salud y en el uso y acceso a los servicios sanitarios.

En Estados Unidos, un estudio que analizó 300.000 hombres de raza blanca según su nivel de ingresos familiar, mostró un gradiente en el nivel de mortalidad en 11 de 12 categorías estudiadas. A menor renta, mayor mortalidad (ver Figura 4).

123

Otra serie de resultados muy ilustrativos provienen de los estudios realizados en Inglaterra entre los funcionarios de la administración londinense. Las desigualdades de mortalidad presentan un claro gradiente entre las categorías profesionales que, además, tras 17 años de seguimiento, tienden claramente a aumentar (Figura 5).

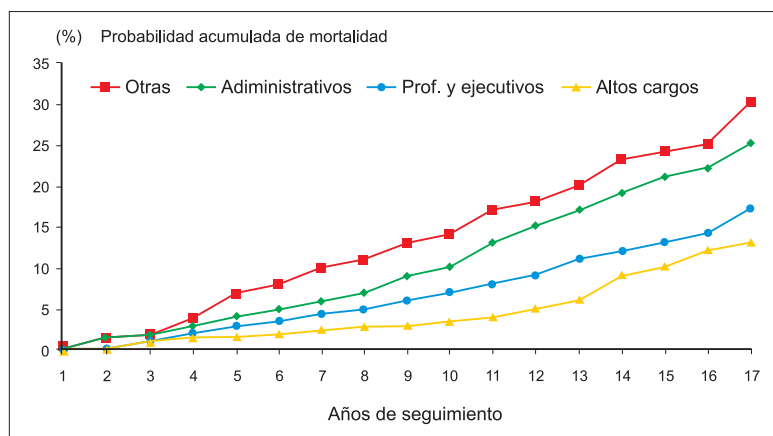


Figura 5. Mortalidad por todas las causas por año de seguimiento y categoría. Cohorte de hombres funcionarios Whitehall (Londres), entre 40-64 años.

¹²³ Smith G.D., Neaton I.D., Wentworth D., Stamler R. & Stamler J. Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial. 1. White men. *Ami Public HeaIth* 1996;86:486-96.

Entre esos trabajadores, ninguno de los cuales se hallaba desempleado, era pobre, o estaba en una situación de privación material importante, se encontró una mortalidad tres veces inferior entre quienes estaban en la mejor situación socio-económica en comparación con quienes estaban en el nivel más bajo.¹²⁴

Más aún, el mismo gradiente de desigualdad se ha apreciado en otros indicadores de salud como son el estado de salud autopercebido, la obesidad, el nivel de colesterol y de glucosa en sangre, o en la exposición a factores de estrés del medio laboral como son la realización de trabajo poco variado o tener un bajo control en el lugar de trabajo.¹²⁵

La idea clave a retener es la siguiente: *personas sin necesidades materiales o personales importantes y sin especiales riesgos para la salud mueren antes y enferman más que aquellas que están situadas inmediatamente por encima en la escala social*. Aunque la investigación científica no ha logrado aclarar aún con detalle las causas últimas (sociales, biológicas y psicológicas) implicadas en este fenómeno, sí está de acuerdo en una cosa: *hay algo intrínseco en la jerarquía y en la desigualdad social que daña la salud*.¹²⁶ Todo parece indicar que la distinta «vulnerabilidad» social que poseen las clases sociales es el factor clave más importante a tener en cuenta. Así, para cada país y momento histórico dado, las desigualdades, como si tuvieran vida propia, «escogen» factores de riesgo que se “expresan” en forma de enfermedades distintas en los grupos sociales. Por ejemplo, mientras que en Gran Bretaña el peso de las desigualdades en salud radica sobre todo en las enfermedades

¹²⁴ Marmot M.G. & Shipley M.J. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up civil servants from the first Whitehall Study. *BMJ* 1996;313:1 177-80.

¹²⁵ Marmot M.G., Davey Smith G., Stansfeld S., et al. Health inequalities among British Civil Servants: The Whitehall II study. *Lancet* 1991;337:1387-93.

¹²⁶ Evans R.G., Barer M.L., Marmor T.R. (eds). *Why are some people healthy and others not?* New York: Aldine De Gruyter. 1994.

cardiovasculares, en Francia se manifiestan sobre todo en los accidentes y las enfermedades relacionadas con el alcohol.¹²⁷

Las desigualdades persisten y, a menudo, aumentan. Las desigualdades en salud, medidas en forma relativa, tienden a crecer a lo largo del tiempo. Aunque durante el siglo XX las tasas de mortalidad de los países (especialmente la de los ricos) se han reducido notablemente, las desigualdades en mortalidad por clase social medidas en forma relativa entre los países y entre las clases sociales han aumentado.¹²⁸

Casi sin excepciones, las desigualdades en salud de las personas adultas en edad de trabajar se han agrandado. Gran Bretaña es el país donde mejor se han estudiado las desigualdades a lo largo del siglo XX. La asociación entre el nivel de ingresos y la mortalidad es muy fuerte: a mayor desigualdad en la distribución de ingresos mayor desigualdad en la mortalidad y viceversa. Las desigualdades en salud alcanzaron su punto más bajo a principios de los años 50,¹²⁹ momento en el que las desigualdades tendieron a aumentar, muy especialmente en los periodos de crecimiento de la pobreza relativa. Un reciente estudio ha mostrado el incremento entre 1990 y 1999 de las desigualdades en mortalidad en distintos grupos de edad y, sobre todo, entre los más jóvenes.¹³⁰

¹²⁷ Leclerc A., Lert F. & Goldberg M.. Les inégalités sociales devant la mort en Grande-Bretagne et en France. *Soc Sci Med* 1984;19: 479-487.

¹²⁸ Marmot M., Bobak M., Davey-Smith O. Explanations for Social Inequalities in Health. En: Amick III B.C., Levine S., Tarlov A.R., Chapman D. (eds): *Society & Health*. New York: Oxford University Press. 1995: 172-2 10.

¹²⁹ Pamuk E.R. Social class inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Pop Studies*. 1985. 39: 17-31.

¹³⁰ Davey Smith G., Dorling D., Mitchell R. & Shaw M.. Health inequalities in Britain: continuing increases up to the end of the century. *J Epidemiol Community Health* 2002. 56: 434-5.

En definitiva, la sociedad cambia, las enfermedades varían y los servicios sanitarios mejoran, pero el gradiente de diferencias en salud injustas y evitables persiste o aumenta.¹³¹

Más recientemente, varios análisis de la mortalidad han mostrado un incremento en las desigualdades en varios países europeos en los que se disponía de la información adecuada. Un ejemplo lo tenemos en los hombres de mediana edad entre clases manuales y no manuales entre 1980-84 y 1990-94 (Figura 6). En el caso de Finlandia, el riesgo de morir entre ambas clases creció desde 1,6 (60% superior) en 1980-84 hasta casi 2 (el doble) en 1990-94.

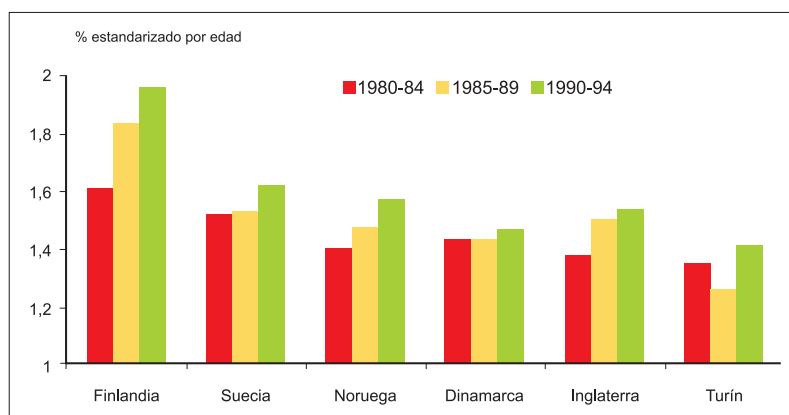


Figura 6. Riesgo de morir comparando las clases manuales y no manuales. Hombres de 30 a 59 años de edad en diversos países europeos y la ciudad de Turín, 1980-1994.¹³²

¹³¹ “¿Por qué debemos aceptar que un hombre nacido en Manchester pueda vivir de media 10 años menos que uno nacido en Dorset y que una mujer nacida en Manchester viva 7 años menos que una nacida en Somerset?” Kmietowicz Z. Gap between classes in life expectancy is widening. *BMJ* 2003;327:68.

¹³² Mackenbach J, Bakker M, (coords). *Reducing inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge, 2002.

Las desigualdades son “adaptativas”. *Los grupos sociales más privilegiados se benefician antes y en mayor proporción de las acciones e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud.* Ya sea en el uso de los servicios de planificación familiar, en las pruebas de detección precoz del cáncer de mama o en el uso de los servicios sanitarios. Es más, con frecuencia funciona la llamada “ley inversa de atención sanitaria”. Es decir, el uso y calidad de la asistencia sanitaria varía en sentido inverso a las necesidades de la población.¹³³ A mayores necesidades, menor y peor atención.

Un ejemplo de esa ley es la expansión del tabaquismo de los países ricos a los países más pobres y el “trasvase” de ese factor de riesgo desde las clases sociales más privilegiadas a las clases sociales en peores condiciones.

Al fumar se compran billetes en la lotería de la muerte. Mientras que una persona de 35 años de edad que no fuma tiene durante el próximo decenio un billete entre 75 con la palabra “muerte” escrita, un fumador de igual edad tiene un billete de cada 22.¹³⁴ El casino donde se juega a la lotería es propiedad del puñado de empresas tabaqueras transnacionales que controlan el mercado mundial.¹³⁵ Sus agresivas, aunque con frecuencia sutiles, campañas publicitarias de promoción del tabaco en los países pobres, y de defensa de la “libertad individual” en los países ricos, “han ayudado” a descubrir y mantener el hábito de fumar a los más de 1.100 millones de fumadores del planeta.¹³⁶

¹³³ Hart J.T. The Inverse Care Law. *Lancet* 1971; i:405-12.

¹³⁴ Morris J.N. *Aplicaciones de la Epidemiología*. Barcelona: Salvat, 1985.

¹³⁵ Junto al monopolio de la Compañía Nacional de Tabacos de la China, tres empresas controlan casi el 60% del mercado mundial de tabaco: Philip Morris, RJ Reynolds y la fusión entre British American Tobacco (BAT) y Rothmans International.

¹³⁶ Kane H. Le commerce avant la sante. La cigarette américaine à la conquête du monde. *Le Monde Diplomatique*. Mayo 1997: 22-23.

Mientras que en los últimos 40 años el consumo de tabaco se ha reducido a la mitad en los países ricos, en los países pobres, con China a la cabeza, el consumo se ha duplicado. Hoy el 80% de fumadores vive en los países pobres.

A partir del año 2020 el número de muertes por enfermedades asociadas al tabaco alcanzará los 10 millones de personas al año, el 70% de los cuales provendrá de los países pobres.¹³⁷ En Gran Bretaña, el hábito social de fumar es la causa directa de casi una de cada 5 muertes y de más de una de cada 3 muertes en las personas de mediana edad. En las primeras décadas del siglo XX las clases sociales altas fumaban en mayor número, a finales de los años 50 apenas había diferencias entre clases sociales, en los 90 los hombres de la clase trabajadora ya fumaban 2,5 veces más que los profesionales y directivos, y las mujeres casi tres veces más.¹³⁸

Las desigualdades son “históricas”. Las desigualdades en salud *cambian a lo largo del tiempo, se modifican según circunstancias muy complejas que solo pueden comprenderse tota/mente cuando se estudian en forma histórica*. La historia, una ciencia que se ocupa de todas las personas en una globalidad que abarca geografías, culturas y grupos sociales. La historia, un método complejo que, a partir del análisis de acontecimientos concretos y singulares permite, finalmente, desde dimensiones muy diversas, entender acontecimientos.¹³⁹ La historia. No un cuento lineal simple de algo pasado que «sucedió», sino los complejos

¹³⁷ World Health Organization. *The World Health Report 1998*. Geneva: World Health Organization, 1998.

¹³⁸ Benzeval M., Judge K., Whitehead M. *Tackling inequalities in health*. London: King's Fund. 1995.

¹³⁹ Fontana J. *La historia de los hombres. El siglo XX*. Barcelona: Crítica, 2002.

procesos históricos que siguen actuando, notoria o sutilmente, sobre el tiempo presente.¹⁴⁰ Un pasado, que «es otro país», que «deja su huella indeleble en los que una vez vivieron en él» y en los que después vinieron.¹⁴¹ Un pasado que está siempre con nosotros. «...Es como si el pasado estuviera ocurriendo. Porque el pasado está vivo», ha señalado Eduardo Galeano.¹⁴² Un pasado, una historia, individual y colectiva, que permite entender como la interrelación de circunstancias provenientes y transmitidas del pasado y del contexto que los rodea produce la salud y el surgimiento de desigualdades. La aparición de las desigualdades en salud no es fija ni inevitable.

La esperanza de vida al nacer ha aumentado durante el siglo XX debido sobre todo a un rápido descenso de las tasas de mortalidad materno-infantil, la infancia y la primera etapa de la edad adulta. Los principales determinantes de esa mejora hay que buscarlos en el desarrollo económico, la mejora en las condiciones de vida, y la puesta en práctica de medidas de salud pública.¹⁴³ Durante la segunda mitad del siglo XX, la esperanza media de vida al nacer de la población planetaria ha aumentado en cerca de 20 años, pasando de 46,5 años en 1950-1955 a 65,2 en el 2002. La esperanza de vida aumentó en 9 años en los países ricos, en 17 en los países pobres con elevada mortalidad y en 26 años en los países pobres con baja mortalidad.¹⁴⁴

¹⁴⁰ “Una visión de la historia que nos ayude a entender que cada momento del pasado, igual que cada momento del presente, no contiene sólo la semilla de un futuro predeterminado e inevitable, sino de toda una diversidad de futuros posibles, uno de los cuales puede acabar convirtiéndose en dominante, por razones complejas, sin que esto signifique que es mejor ni, por otra parte, que los otros estén totalmente descartados (...) Contra la historia que pretendía explicar las cosas “tal como han pasado” -esto es del único modo en que podían pasar-, Benjamín proponía al historiador que trabajase como el físico en la desintegración del átomo, con el fin de liberar las enormes fuerzas que han quedado atrapadas en la explicación lineal de la historia, que habría sido el narcótico más poderoso de nuestro siglo”. En: Fontana J. *La historia de los hombres: el siglo XX*. Barcelona: Crítica, 2002: 193-195.

¹⁴¹ Hobsbawm E. *Años interesantes. Una vida en el siglo XX*. Barcelona: crítica, 2003: 18.

¹⁴² Galeano E. *Ser corno ellos y otros artículos*. Madrid: Siglo XXI, 1993: 6.

¹⁴³ El acceso a una vivienda, unos servicios de saneamiento y una educación de mejor calidad, la tendencia a formar familias más reducidas, el incremento de los ingresos y la adopción de medidas de salud pública, como la inmunización contra diversas enfermedades infecciosas.

¹⁴⁴ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2003. Forjemos el futuro*. [Página consultada 19-2-03]. <http://www.who.int/whr/2003/es>

Hoy en día, la mayor desigualdad se observa entre los países más pobres con mortalidad muy elevada y el resto de países. Por ejemplo, en 2002 la esperanza de vida al nacer en los hombres del África subsahariana es sólo de 46 años.¹⁴⁵ Y la situación empeora. Al iniciarse el siglo XXI, en 16 países (14 de ellos son africanos), la mortalidad de los niños menores de cinco años fue más elevada que la observada en 1990. En nueve países (ocho de ellos africanos), las tasas actuales incluso superan a las registradas hace dos decenios.¹⁴⁶ Se calcula que en la mayoría de países del África subsahariana, la esperanza de vida se reducirá en al menos 7 años alrededor del año 2005 debido, sobre todo, al impacto del sida.¹⁴⁷ En determinadas zonas de Uganda la esperanza de vida al nacer ya se ha reducido en 16 años, y se estima que en países como Zimbabwe la esperanza de vida se reducirá en 25 años en el año 2010.¹⁴⁸

Otro ejemplo de la «historicidad» de las desigualdades en salud lo tenemos en los cambios ocurridos en los países del Este europeo a finales del siglo XX. A partir de 1987 se produjo un descenso en la esperanza de vida en Rusia y la antigua Unión Soviética (Figura 7). Entre 1987 y 1994, la esperanza de vida se redujo en 8 años en los varones y en 4 años en las mujeres.¹⁴⁹ En ese último año un hombre ruso de 20 años tenía solamente un 50% de probabilidades de sobrevivir hasta los 60 años en comparación con el 90% en los nacidos en Estados Unidos o Gran Bretaña.^{150,151}

¹⁴⁵ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2003. Forjemos el futuro*. [Página consultada 19-2-03]. <http://www.who.int/whr/2003/es>

¹⁴⁶ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2003. Forjemos el futuro*. [Página consultada 19-2-03]. <http://www.who.int/whr/2003/es>

¹⁴⁷ Instituto de Recursos Mundiales. *Recursos Mundiales*. Madrid: Ministerio de Medio Ambiente, 1998.

¹⁴⁸ World Health Organization. *The World Health Report 1998*. Geneva: World Health Organization, 1998.

¹⁴⁹ Bobak M. & Marmot M. East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *BMJ*. 312;1996:421-425.

¹⁵⁰ Lean D.A. & Shkolnikov V.M. Social Stress and the Russian Mortality. *JAMA* 1998;279:790-791.

¹⁵¹ El mayor riesgo de mortalidad afectó sobre todo a la población adulta joven (30-49 años), especialmente en las clases sociales con menor nivel de educación, y en las zonas urbanas y más desarrolladas como Moscú y San Petersburgo.

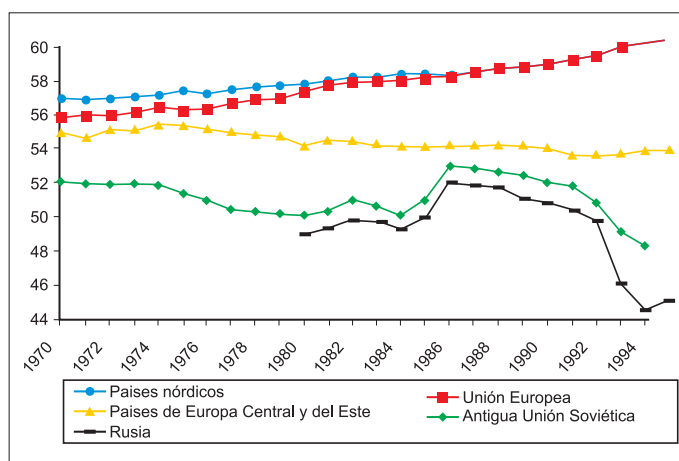


Figura 7. Esperanza de vida a los 15 años en Europa en hombres.¹⁵²

No cabe duda que detrás de ese claro empeoramiento en la salud de la población, se encuentra la enorme crisis social y el empeoramiento en las condiciones de vida ocurrido en los países del Este de Europa, un hecho sin precedentes en tiempos recientes en los países industrializados en época de paz. Las principales causas hay que buscarlas, sobre todo, en los intensos cambios políticos y económicos sufridos (eliminación de restricciones a las actividades comerciales privadas, abolición en el control de precios, supresión de apoyo a los desempleados, hiperinflación, aumento de la pobreza y las desigualdades, etc.), y el subsiguiente “estrés social” producido que se tradujo en un aumento de factores de riesgo para la salud muy diversos, y muy especialmente en un abuso en el consumo de alcohol.^{153,154}

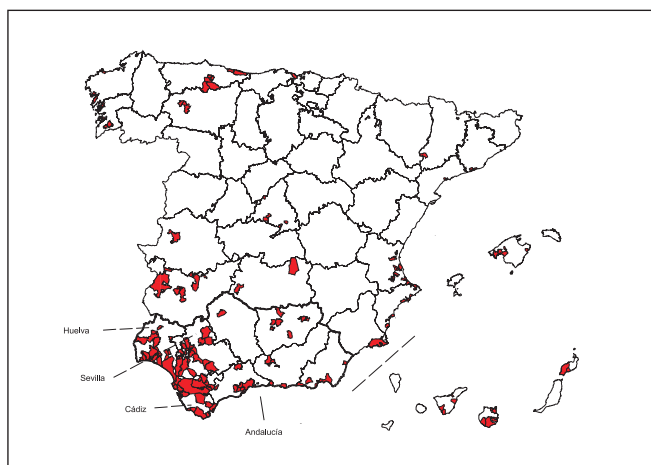
¹⁵² Marmot M. & Bobak M. Psychosocial and biological mechanisms behind the recent mortality crisis in central and eastern Europe. En: Cornia AG, and Panicci R, eds. *The Mortality Crisis in Transitional Economies*, 1997.

¹⁵³ Shkolnikov Y., McKee M. & Leon D.A. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet*. 2001;357:917-21.

¹⁵⁴ Men T., Brennan P., Boffetta P. & Zaridze D. Russian mortality trends for 1991-2001: analysis by cause and region. *BMJ*. 2003;327:964.

Aunque con frecuencia no las vemos, las desigualdades en salud están en todas partes. Las desigualdades...

*Son enormes... especialmente entre quienes menos tienen..
Son progresivas... y no sólo se producen entre los más pobres.
Aumentan... aunque cambian a lo largo del tiempo.
Se modifican... sobre todo se reducen entre quienes están mejor.
Cambian... y por tanto no son fijas e inevitables.*



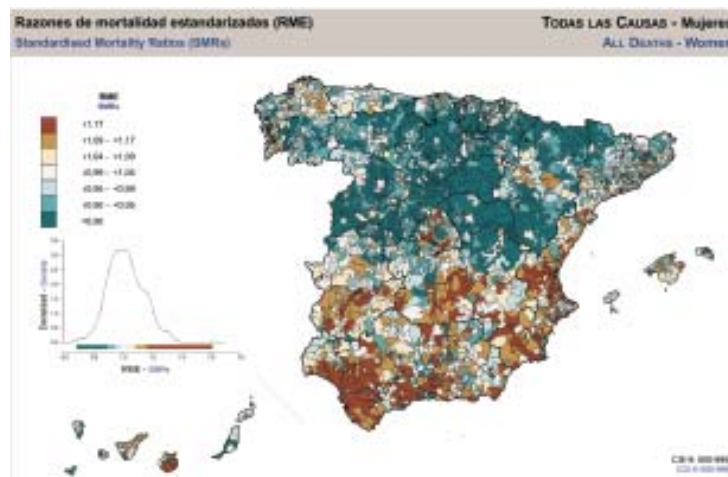
Mapa 1. Áreas con el riesgo de mortalidad más elevado en los hombres.¹⁷⁴

“Huelva, Sevilla y Cádiz, con aproximadamente el 8% de la población española acumulan alrededor de una tercera parte del exceso de muertes acaecidas en las áreas con el riesgo más elevado. En Huelva el 41% de todas las áreas en los hombres y el 29% en las mujeres son de alto riesgo. En Sevilla, eso ocurre en el 32% de las áreas en los hombres y el 34% en las mujeres. En Cádiz, un 56% de las áreas con un riesgo elevado en los hombres y el 50% en el caso de las mujeres.”¹⁷⁵

¹⁷⁴ Benach J., Yasui Y., Martínez J.M., Borrell C., Pasarín M.I. & Daponte A. The geography of the highest mortality areas in Spain: a striking cluster in the south-western region of the country. *Occupational and Environmental Medicine* (en prensa).

¹⁷⁵ Benach J., Yasui Y., Martínez J.M., Borrell C., Pasarín M.I. & Daponte A. The geography of the highest mortality areas in Spain: a striking cluster in the south-western region of the country. *Occupational and Environmental Medicine* (en prensa).

Si las áreas más deprimidas tuvieran indicadores de mortalidad equivalentes a las áreas más ricas, cada año podría evitarse la muerte de más de 35.000 personas. En otras palabras, cada hora se producen 4 muertes «de más» a causa de la desigualdad ¹⁷⁶ (puede observarse una ilustración en el Mapa 2).



Mapa 2. Desigualdades de mortalidad en áreas geográficas pequeñas en mujeres (1987-95).

¹⁷⁶ Benach J. & Yasui Y. Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:423-31.

¹⁷⁷ Benach J., Yasui Y., Borrell C., Rosa E., Pasarín M^a.I., Benach N., Español E., Martínez J.M., Daponte A. *Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (1987-1995)*, Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2001.

VIII. DONDE ESTAN LAS CAUSAS

He viajado por la mitad del mundo. Desde el avión miraba, insaciable, el mar, la tierra sólo veía sangre derramada (...) Señores, paren, paren: hay que bajar ahora mismo. Porque hay sangre por todo el mundo, y yo necesito saber quien vierte la sangre, y porqué se vierte y en nombre de qué se vierte.

Dámaso Alonso

Cuando ayudo a los pobres me llaman santo, pero cuando pregunto por qué son pobres me llaman comunista.

Hélder Cámara

1 de mayo de 1981 en Torrejón de Ardoz, a 20 kilómetros de Madrid. Un niño de 8 años muere de insuficiencia respiratoria aguda mientras es trasladado a un hospital. Ese mismo día cinco de sus hermanos son también ingresados con síntomas de fiebre y ahogo. Durante semanas el número de muertos aumenta sin cesar. Los enfermos se cuentan primero por cientos y luego por miles. En España no se habla de otra cosa, el país está en ascuas, la pregunta es unánime: ¿Por qué? ¿Cuál es la causa? ¿Cuáles son las causas?²⁰⁴

²⁰⁴ “Los enfermos llegan a todos los hospitales madrileños y hay momentos de histeria en los que, en todo Madrid, hay solo 45 camas libres. Se preparó un dispositivo de hospital militar y se pensó, incluso en rehabilitar edificios viejos. Era una situación extrema. Fue cuando la gente empezó a matar pájaros y perros porque también enfermaban. Cada hipótesis conllevaba nuevos temores”. En: Entrevista al Dr. Tabuenca. *Zalia* 1982;2:11

Bien sea ante enfermedades tan poco frecuentes como la mayor intoxicación masiva ocurrida en España durante el siglo XX, o ante cualquier problema de salud cotidiano, preguntarse por las causas de las enfermedades ha sido, es, y será una necesidad de los seres humanos. El síndrome tóxico afectó alrededor de 20.000 personas, de las cuales murieron más de 700. La mayor parte de personas afectadas provenían de las clases sociales más desfavorecidas que vivían en barrios muy humildes de la periferia de Madrid. Aunque las causas invocadas fueron muy diversas,^{205,206} la investigación científica señaló al aceite de calza adulterado como el vehículo causal de la epidemia. No obstante, las causas fundamentales de la epidemia radicarón sobre todo en un fraude alimentario masivo, herencia del brutal subdesarrollo social y de salud pública acontecido bajo la dictadura franquista.^{207,208}

¿Por qué determinadas poblaciones están sanas y otras no? ¿Por qué las mujeres suelen sufrir trastornos de salud con más frecuencia que

²⁰⁵ Entre las múltiples “teorías” surgidas durante esos meses sobre las causas que originaron el síndrome destacan por su amplia difusión en los medios de comunicación los ensayos de la guerra bacteriológica y química en la base militar de Torrejón de Ardoz, la enfermedad del legionario y los pesticidas organofosforados.

²⁰⁶ El Ministro de Sanidad Jesús Sancho Rof compareció el 21 de mayo de 1981 en Televisión Española anunciando una “curiosa” versión: “Estamos ante un problema importante, pero no grave (...) se sabe cual es el agente en un 90% pero no el segundo apellido. Lo causa un bichito del que conocemos el nombre y el primer apellido. Nos falta el segundo. Es tan pequeño que, si se cae de la mesa, se mata”.

²⁰⁷ Otros determinantes de la epidemia fueron la liberalización económica de finales de los 70 y la ausencia de adecuados controles aduaneros; la crisis económica del sector sidero-metalúrgico y la necesidad de venta fraudulenta de aceite industrial; la ausencia de política de control sanitario y de consumo en España y especialmente del control de alimentos y de la inspección del consumo y, finalmente, la pobreza existente en las clases más desfavorecidas de la periferia de ciudades y pueblos y el consumo no controlado de aceite barato de venta ambulante.

²⁰⁸ Antó J.M. El síndrome tóxico: aspectos biomédicos y sociales. *IX Congrés de la AMIEV*. Barcelona 1983:317-339.

los hombres? ¿Qué hace que las clases sociales tengan buena o mala salud? «Morirse es una lotería», «había llegado su hora», «enfermó, tuvo mala suerte». Se nos educa para creer que la muerte depende de la fortuna, lo inevitable, el destino. Se confronta el origen de las enfermedades con la astrología, las supersticiones, o simplemente «lo natural». Se hacen tratamientos bajo los dictados de medicinas milagrosas, de dietas jamás evaluadas, de remedios «naturales» o sobrenaturales, o mil supercherías basadas en la simple, pero fundamental en medicina, voluntad de creer, sentirse escuchado, querido o cuidado. La fatalidad, la casualidad, la desesperación y los prejuicios son el caldo de cultivo de muchas impunidades. Las verdaderas causas desaparecen.

Además del azar, la visión social más común, la ideología sanitaria dominante, indica que el origen de las enfermedades radica en tres grupos principales de causas: la biología y la genética, los hábitos o conductas personales, y el uso de los servicios sanitarios. Analicémoslas.

Factores biológicos y genéticos. Modernamente, una de las causas más citadas para explicar la enfermedad y justificar las diferencias en salud es el llamado «determinismo biológico».^{209,210} Para esa ideología, divulgada con mucha frecuencia por los medios de comunicación y sostenida incluso por algunos científicos respetados, los agentes biológicos y genéticos presentes en cada individuo serían los principales “culpables” de la predisposición a enfermar o a morir.²¹¹

²⁰⁹ The Ann Arbor Science for the People Editorial Collective. *La biología como arma social*. Madrid: Alhambra 1982.

²¹⁰ “Las vidas y las acciones humanas son consecuencias inevitables de las propiedades bioquímicas de las células que constituyen al individuo, y que estas características están a su vez determinadas únicamente por los constituyentes de los genes que posee cada individuo”. Lewontin RC, Rase S, Kamin LJ. *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*. Barcelona: Critica, 1987: 16.

²¹¹ El desarrollo de la “teoría del germen” a finales del siglo XIX fue tan útil e importante, que durante muchas décadas se creyó en el espejismo que se había hallado la “causa” de la enfermedad, y por tanto que ya se tenía el conocimiento adecuado sobre las causas de las enfermedades. El énfasis en los gérmenes que causan enfermedades infecciosas fue durante décadas el paradigma dominante y casi único.

Aunque no hay duda que algunos de estos factores son importantes y dignos de ser tenidos en cuenta, en realidad, desde el punto de vista colectivo, sólo juegan un papel relativamente menor en la producción de la enfermedad y en la aparición de las desigualdades en salud de la comunidad.²¹² Las razones son diversas. En primer lugar, porque las enfermedades cuyo origen es exclusivamente genético, como la distrofia muscular²¹³ o la corea de Huntington,²¹⁴ sólo representan una parte muy pequeña de los problemas de salud de la sociedad. Segundo, porque los factores biológicos no actúan aisladamente sino que interactúan constantemente con el ambiente: una desventaja inicial de tipo biológico o genético puede, o no, ser compensada mediante un cambio adecuado en el medio social. Por ejemplo, aunque la estatura de los ciudadanos españoles tiene sin duda componentes de tipo genético, la altura media de los españoles es mayor cuanto mayor es su nivel de educación.²¹⁵ Parece más que probable que el desigual acceso en la alimentación entre las clases sociales haya tenido mucho que ver en ello.²¹⁶ Tercero, porque la predisposición genética casi nunca produce efectos inevitables. Por ejemplo, causas de muerte o factores de riesgo tan importantes como la enfermedad coronaria, el cáncer de pulmón, la hipertensión arterial

²¹² Lewontin R.C. *Biology as Ideology*. New York: Harper Collins, 1991.

²¹³ Es un grupo de enfermedades hereditarias caracterizadas por una debilidad progresiva y un deterioro de los músculos esqueléticos, o voluntarios, que controlan el movimiento. Dependiendo de la enfermedad, puede afectar a diferentes edades, con distintos síntomas, músculos afectados y rapidez de progresión. La forma más frecuente y grave es la distrofia muscular Duchenne, que afecta a jóvenes varones con una esperanza de vida de unos 20 años.

²¹⁴ La enfermedad de Huntington es una enfermedad neurológica, degenerativa, hereditaria, autosómica y dominante que afecta a áreas determinadas del cerebro donde se produce una degeneración neuronal. Esta enfermedad, también conocida como «mal de San Vito», fue descrita por primera vez en 1872 por George Huntington, aunque es también conocida como Corea (en griego danza) debido al movimiento característico de esta enfermedad. Sus manifestaciones más importantes son los movimientos involuntarios incontrolados, desarreglos psíquicos y demencia.

²¹⁵ Según la auxología (la ciencia que estudia el crecimiento humano), existe una relación gradual entre tener una menor talla y un mayor riesgo de mortalidad. En los últimos 150 años la estatura media de los europeos ha aumentado en más de 20 cm. En España, según datos de la Estadística de Reclutamientos de los ejércitos, la estatura media de los españoles creció en 7 centímetros en sólo dos décadas. En: *El País* 14 de octubre de 1996:23.

²¹⁶ Regidor E., Gutiérrez-Fisac J.L. & Rodríguez C. *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.

o la obesidad, cambian de distribución en las comunidades y entre las clases sociales a lo largo de los años debido a causas de origen fundamentalmente social e histórico. Cuarto, dado que las desigualdades en salud entre las clases sociales aparecen en un gran número de enfermedades distintas, ello nos hace pensar en la enorme importancia que juega el medio social y ambiental en la producción de la salud. Finalmente, porque el actual conocimiento sobre la genética y su relación con las enfermedades es aún muy insuficiente.²¹⁷ De hecho, su interacción con el ambiente es tan compleja que muy probablemente nunca sea posible, solamente mediante el conocimiento genético, predecir o curar muchas enfermedades.²¹⁸

Hábitos Personales relacionados con la salud. En este caso fumar, beber alcohol en exceso, alimentarse inadecuadamente o hacer poco ejercicio físico serían los principales culpables de nuestra buena o mala salud. Sin embargo, poner el acento en esos hábitos «individuales» comporta exagerar la responsabilidad que las personas tienen sobre su propia salud. Se culpa a la víctima:²¹⁹ cada individuo aparece como el principal o, a veces, incluso único responsable de su estado de salud.²²⁰ Aún peor: si cada uno es sólo responsable de sí mismo, la responsabilidad social se minimiza o no existe.

²¹⁷ “Todo el mundo creyó que una vez conociéramos la secuencia completa del genoma entenderíamos todo, pero no entendemos básicamente nada (...) La gente compara el proyecto del genoma humano con mandar a un hombre a la Luna y yo digo que mandar un hombre a la Luna es muy fácil, lo difícil es hacerle volver. El genoma está ahora en la Luna”. En: Entrevista a Sydney Brenner, Premio Nobel de Medicina 2002. *El País*, 18 de septiembre de 2003:31.

²¹⁸ “Los genetistas están haciendo promesas falsas al público. No podemos esperar curar todas las enfermedades conociendo sólo los genes (...) La gran cantidad de genes implicados y la diversidad de sus interacciones hacen imposible tanto predecir que una determinada persona sufrirá una dolencia como intervenir en los genes para impedirlo”. En: Entrevista a Kenneth M. Weiss. *El País*, 27 de marzo de 2001:27.

²¹⁹ Ryan W. *Blaming the Victim*. New York: Pantheon Books. 1971.

²²⁰ Ryan describe el siguiente proceso: primero se identifica un problema social, luego se estudia a los afectados por ese problema y se observa en que se diferencian del resto de población, después se definen esas diferencias como la causa del problema y, finalmente, se inventa alguna acción humanitaria. En: Ryan W. *Blaming the Victim*. New York: Pantheon Books. 1971:8-9.

La generalización absuelve. Si somos los únicos responsables de nosotros mismos, la sociedad desaparece. En realidad, esos factores «personales» no ocurren en un vacío social, sino que se ven influidos por causas socio-económicas que casi siempre tienden a perjudicar más a los países o regiones más pobres, a las mujeres y a las clases sociales más desfavorecidas. En los últimos años, los epidemiólogos sociales han mostrado el relativamente limitado papel que el conjunto de hábitos 'individuales' juegan en explicar la salud comunitaria. Por ejemplo, el conjunto de todos los factores de riesgo más conocidos de la mortalidad isquémica del corazón (fumar, tener la tensión arterial elevada y un alto nivel de colesterol, hacer poco ejercicio físico) sólo explican alrededor del 40% de la mortalidad.^{221.222}

La atención y servicios sanitarios. La atención sanitaria y las intervenciones médicas son menos importantes para la salud comunitaria de lo que se pueda pensar. Durante la primera mitad del siglo XX la mortalidad en Inglaterra y Gales disminuyó debido, sobre todo, al control de enfermedades infecciosas mediante intervenciones salubristas y personales. Ello ocurrió décadas antes de que existieran tratamientos médicos o vacunas efectivas. En realidad, las causas principales fueron la mejora en la nutrición, el control del agua y los alimentos, y la limitación en el crecimiento de la población debido a los cambios en las prácticas reproductivas.^{223,224} En Estados Unidos, una estimación muy generosa ha sugerido que la contribución de los servicios médicos en el aumento de la esperanza de vida durante el siglo XX ha sido de solamente alrededor del 20 por ciento.²²⁵

²²¹ Marmot M.G., Rose G., Shipley M. & Hamilton P.I.S. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1978; 3:244-249.

²²² The World Health Organization Monica Project. Ecological Analysis of the Association between mortality and major risk factors of cardiovascular disease. *Int J Epidemiol* 1994; 23: 505-16.

²²³ McKeown T., Record R.G. & Turner R.D. An interpretation of the decline in mortality in England and Wales during the twentieth century. *Population Studies* 1975; 29: 391-422.

²²⁴ Dubos R. *El espejismo de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica. 1959.

²²⁵ Bunker J.P., Frazier H.S. & Mosteller F. Improving health: measuring effects of medical care. *Milbank Quarterly* 1994;72:225-58.

Que la atención sanitaria sólo explique una parte de la reducción de la mortalidad no quiere decir que las intervenciones sean innecesarias o poco efectivas, o que su papel en la calidad de vida de los enfermos sea poco relevante, sino tan sólo que su *impacto global* en la salud de la población, en la salud comunitaria, es menor de lo que solemos suponer. Veamos dos factores que ayudan a entender esa afirmación. En primer lugar, al mirar los problemas de salud de toda la comunidad, observamos como al menos tres cuartas partes de la población padece algún tipo de problema de salud, pero solamente menos del 1% de los ciudadanos recibe tratamiento en un hospital.²²⁶ Y segundo, porque incluso en el 15% de enfermedades para las cuales existe un tratamiento claramente efectivo,^{227,228} las tasas de mortalidad se relacionan sobre todo con factores de tipo social y económico.²²⁹ No obstante estos datos, los gobiernos siguen invirtiendo la mayor parte de sus presupuestos sanitarios en hospitales, “palacios de la enfermedad” que sólo actúan sobre la punta visible del Iceberg de las enfermedades, en lugar de promocionar la salud y prevenir la enfermedad actuando sobre factores sociales, económicos y de salud pública muy reconocidos.^{230,231} Las condiciones sociales que originan las enfermedades, en muchos casos injustas y evitables, quedan ocultas o simplemente “desaparecen”.

²²⁶ White K. Health care organization: An epidemiologic perspective. *Acta Hospitalia* 1978;18:231-58.

²²⁷ Junto a los beneficios de la atención sanitaria hay que tener en cuenta los perjuicios que la misma ocasiona. En Estados Unidos se estima que los errores médicos provocan más muertes que el cáncer de mama, el sida y los accidentes laborales. Khon L., Corrigan J., Donaldson M., eds. *To err is human: Building a Safer Health System*. Washington, DC National Academy Press, 1999.

²²⁸ En Estados Unidos los errores médicos son ya en la actualidad la tercera causa de defunción. Starfield B. Is US Health really the best in the world? *JAMA* 2000;284:483-5.

²²⁹ Mackenbach J.P., Bouvier-Colle MH, Jouglé E. Avoidable mortality and health services: a review of aggregate data studies. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1990;44:106-11.

²³⁰ O'Neill P.O. *La salud en peligro en el año 2000*. Ávila: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1987.

²³¹ Last J. The Iceberg: “completing the clinical picture” in general practice. *Lancet* 1963;11:28-31.

La producción eco-social de la enfermedad. Existe una visión alternativa a las anteriores. Desde la perspectiva que ofrecen la historia de la salud pública y la medicina y la epidemiología sociales, el papel jugado por las causas citadas, aun y siendo relevante, contribuye en menor medida a determinar la salud y la enfermedad que el vasto número de factores sociales, ambientales y económicos que se originan en la estructura de cada sociedad y grupo social.^{232,233,234}

Los profesionales de la salud estiman cotidianamente la probabilidad de que los pacientes padezcan enfermedades mediante la valoración de factores de riesgo para la salud muy diversos. El hábito de fumar, tener la tensión arterial o el colesterol elevados, ser obeso, y hacer poco ejercicio físico son algunos de los factores más conocidos. Con menos frecuencia los trabajadores sanitarios indagan sobre la situación psicológica, familiar, laboral o ambiental de los enfermos, y mucho menos aún sobre otros factores sociales relativos a su clase social o a su situación económica, material, cultural o social. Sin embargo, el conocimiento científico disponible actual es abrumador: el conjunto de esos factores sociales juega un papel decisivo en la determinación de la salud colectiva. ¿Cómo? ¿De qué manera? ¿A través de que vías o mecanismos?

Cada mujer, cada hombre, nace, vive, trabaja, se relaciona con los demás, enferma, y muere influido por el medio social que le rodea. No es posible entender a los individuos aisladamente, sin contar con su contexto familiar, cultural, y social. Ninguna persona es una isla, nos recuerda la conocida expresión de John Donne.²³⁵

²³² McKeown T., Lowe C.R. *Introducción a la Medicina Social*. México: Siglo XXI, 1981.

²³³ Last J.M. *Public Health and Human Ecology*. Norwalk: Appleton & Lange, 1987.

²³⁴ Martí Casas O. *Introducción a la Medicina Social*. Barcelona: ICESB, 1995.

²³⁵ El poeta, prosista y clérigo inglés John Donne (1572-1631), señala en “Devociones Para Ocasiones Emergentes” No. 17 (1624): “Ningún hombre es una isla entera por sí mismo. Cada hombre es una pieza del continente, una parte del todo. Si el mar se lleva una porción de tierra, toda Europa queda disminuida, Como si fuera un promontorio o la casa de uno de tus amigos o la tuya propia. Ninguna persona es una isla; la muerte de cualquiera me afecta porque me encuentro unido a toda la humanidad; Por eso, nunca preguntes por quién doblan las campanas; doblan por ti”.

Los seres humanos no somos máquinas biológicas que puedan aislarse de la sociedad, sino animales sociales. Casi la totalidad de problemas de salud y de factores de riesgo relacionados con la salud no son objetos independientes del medio social ni el simple fruto de un mal funcionamiento biológico del cuerpo humano. Las enfermedades ocurren en seres humanos y dado que éstos viven en sociedad, las enfermedades se convierten necesariamente en fenómenos sociales e históricos.²³⁶

*La salud de las naciones se ve afectada casi por cualquier cambio de su patrón social, desde el dragado de los pantanos hasta la reducción de las horas de trabajo, desde la introducción de la ropa interior de algodón hasta la depuración de productos alimenticios y hasta las prácticas médicas más avanzadas».*²³⁷

Los procesos relativos a la salud son el resultado de un amplio conjunto de causas interrelacionadas que interactúan en forma compleja y dialéctica que, en la práctica, resultan muy difíciles de eparar.^{238,239,240} Filósofos, científicos y artistas han explicado que el todo es más que la suma de las partes y que éstas solo se entienden en el contexto del todo.^{241,242, 243,244} El todo (la sociedad) se refleja en las partes (los individuos)

²³⁶ Rosenberg C.E. & Golden J., eds. *Framing disease. Studies in cultural history*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1992.

²³⁷ Dubos R. *El espejismo de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica. 1975:232.

²³⁸ Susser M., Watson W. & Hopper K. *Sociology in Medicine* (3 ed.). Oxford: Oxford University Press. 1985.

²³⁹ McKeown T. *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Barcelona: Crítica. 1988.

²⁴⁰ Levins R. & Lewontin R.C. *The dialectical biologist*. Boston, MA: Harvard University Press, 1985.

²⁴¹ Bertalanffy L.V. *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica. 1976.

²⁴² Whitehead A.N. *Science and the Modern World*. New York: The Free Press. 1925.

²⁴³ “El hecho de ir más allá de las explicaciones biológicas e individuales no comporta la negación de la biología, sino ver fenómenos biológicos complejos en el marco de contextos sociales y examinar las estrechas interrelaciones entre múltiples niveles sociales y biológicos. Tampoco comporta negar las explicaciones individuales, sino integrarlas en modelos más amplios que incorporen las interacciones entre los individuos, así como los determinantes de grupo o sociales (que a su vez modifican o interactúan con las propiedades individuales).” En: Diez-Roux A V. On Genes, Individuals, Society, and Epidemiology. *Am J Epidemiology* 1998;148:1028.

y las partes reflejan el todo. Cuando, por ejemplo, una persona de 65 años llega al servicio de urgencias de un hospital con un infarto de miocardio, es porque su cuerpo expresa todos los problemas y factores de riesgo que ha acumulado a lo largo de su vida. Su pasado, su historia, sigue presente (ver capítulo 6). A la vez ese ser humano refleja en su biología y en su psicología su propia historia personal y la historia de su clase social, de su género y del colectivo social, comunidad y país a los que pertenece.

La plétora de factores biológicos y psicológicos que envuelven a cada ser humano se ve a su vez ampliamente influida, modificada o dirigida por un sustrato personal, cultural, ambiental, social e histórico en continuo cambio. Como ha señalado Nancy Krieger, las personas incorporan y expresan biológicamente sus experiencias de desigualdad económica y social, desde la vida intrauterina hasta la muerte, produciéndose así desigualdades sociales en una amplia gama de aspectos de la salud.²⁴⁵

Esa forma de ver la salud nos hace entender como, más allá de los propios condicionantes biológicos o psicológicos personales, los determinantes ecológicos, sociales e históricos afectan finalmente a nuestra biología y a nuestra salud... aunque con frecuencia no seamos conscientes de ello.

²⁴⁴ “Matisse señaló una vez que un centímetro cuadrado de azul no es lo mismo que un metro cuadrado del mismo azul. El tamaño de la superficie cambia el tono. De la misma manera, un círculo azul no es lo mismo que ese mismo azul cuadrado. El contorno también cambia el tono. Y esto es sólo el principio. Cualquier tono está modificado por su textura, por todos los tonos que le rodean, por el espacio que la imagen está creando, por la luz en el cuadro y sobre el cuadro, y por el curioso fenómeno que es el campo de gravedad de la imagen -aquello que determina el ritmo al que las cosas se vencen y retroceden dentro del marco del silencioso arte que nunca se mueve”. En: Berger J. *Algunos pasos hacia una pequeña teoría de lo visible*. Madrid: Ardora. 1997:24-25.

²⁴⁵ Krieger N. Glossary of Social Epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:693-700.

Pongamos un ejemplo. Al iniciarse el siglo XXI, dos de las más importantes “epidemias” de salud pública son el incremento del tabaquismo en los países pobres y la obesidad y la diabetes en los países ricos. Los orígenes de ambas tienen mucho que ver con factores políticos (ver capítulo 9) que a su vez están muy interrelacionados con causas socio-económicas como son, entre otras, los hábitos de consumo (tabaco y alimentos) promovidos por las multinacionales tabaqueras y agroalimentarias, y también la “presión” laboral de condiciones de trabajo “estresantes” que empuja a muchas personas a fumar más, o a comer con gran rapidez y asiduidad comidas preparadas. Esa forma histórica de valorar las causas de las enfermedades y la salud permiten entender, como señaló Richard Levins, que en un momento histórico dado podamos hablar de la aparición de un “pulmón” o de un “páncreas” de origen capitalista.

La salud y la enfermedad se producen social e históricamente y, sin duda, algunas formas y condiciones de vida, organización familiar y trabajo son más saludables que otras. Durante el capitalismo industrial del siglo XIX Frederick Engels mostró como en Inglaterra la pobreza de la clase obrera creaba enfermedad y muerte.

“Si tenemos en cuenta en qué condiciones viven los trabajadores, hacinados en estrechos cuartos, revueltos sanos y enfermos en una sola habitación, sólo podemos extrañarnos de que una enfermedad tan contagiosa como el tifus no se extendiera aún más. Y el coeficiente de mortalidad nos parece todavía bajo si paramos a pensar cuán escasa es la ayuda que en forma de medicinas se proporciona a los enfermos y qué número tan grande de ellos carece de asistencia médica y no tiene ni la más remota posibilidad de aplicar las prescripciones dietéticas indicadas (...) el coeficiente de mortalidad en las calles de la 2 clase es el 18 % y el de las de la 3 clase el 68 % más elevado que en las de la 1 clase; que el coeficiente de mortalidad en las casas de la 2 clase el 31% y el de las de la 3 clase el 78 % más elevado que en la de la 1; y por último, que en las calles peores, después de mejorarse, la cifra de mortalidad descendió en un 25%”.²⁴⁶

Aunque a menudo de un modo mucho más sutil y difícil de ver que en tiempos de Engels, en el siglo XXI el tipo de trabajo o su ausencia sigue enfermando y matando a los trabajadores. Junto al medio familiar, las condiciones de trabajo son probablemente el ámbito cotidiano más desconocido e invisible donde la salud queda dañada. Cuando no hay trabajo la vida se pudre, cuando el trabajo no tiene alma, la vida se asfixia.²⁴⁷ Como señaló Albert Camus no hay castigo más terrible que el trabajo inútil y sin esperanza.²⁴⁸

²⁴⁶ Engels F. *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. OME-6. Barcelona: Crítica, 1978.

²⁴⁷ “La cadena devora hombres y escupe coches (...) Al cabo de tres horas, yo mismo me he convertido en cadena. Percibo el movimiento, el deslizamiento de la cadena en mi cuerpo, me arrastra (...) El trabajo en cadena es como nadar contra una corriente muy violenta. (...) Lo más agotador de la cadena es la eterna monotonía no poder parar jamás, sentirse atrapado. Qué tortura ese tiempo que pasa tan lentamente porque no está “bien ocupado”. Es el vacío total, donde nunca ocurre nada que tenga que ver con la vida real”. En: Walraff G. *El periodista indeseable*. Barcelona: Anagrama, 2000:33-35.

²⁴⁸ Camus A. *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza, 1982.

*Escondidos tras los muros de los centros de trabajo, no están a la vista de la sociedad. Cada quien conoce -y sufre- sus condiciones de trabajo, pero ignora las de los demás. Así, son situaciones vividas por todos, pero como cotidianidad de masas escapan al observador. Transcurren en lugares cerrados donde permanecen siempre como un secreto industrial».*²⁴⁹

Pero además, el trabajo no sólo mata, también desgasta, deteriora y envejece. El “desgaste psíquico”, por ejemplo, se refiere no sólo a las enfermedades reconocidas por la psiquiatría sino también a enfermedades psicosomáticas (por ejemplo, trastornos o enfermedades digestivas o cardiovasculares) y a una serie de sufrimientos, con frecuencia difíciles de definir y raramente reconocidos y estudiados,²⁵⁰ que van desde la fatiga al insomnio pasando por los dolores musculares, el malestar, la ansiedad o la insatisfacción.²⁵¹ Además, muchos trabajadores y trabajadoras muestran lesiones o marcas visibles de deterioro o envejecimiento en su alma, en su cuerpo y en su piel,²⁵² derivados de la alineación o la exposición a productos químicos o a agentes físicos como la radiación solar

²⁴⁹ Laurell A.C. & Noriega M. *La salud en la fábrica*. México: ediciones ERA, 1989.

²⁵⁰ Un ejemplo de sufrimiento poco conocido es el que ocurre en el medio laboral. “Actualmente existen formas nuevas de sufrimiento que se expresan a través de actos cada vez más preocupantes. Se llegan a dar suicidios en los propios lugares de trabajo. Una misma persona intenta a veces suicidarse muchas veces seguidas (...) Son actos individuales que están vinculados a problemas psíquicos. Son manifestaciones de algo que podemos llamar sufrimiento ético”. En: Dejours C. *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice social*. Paris: Seuil, 1998.

²⁵¹ Aníbal Rodríguez C. *Acerca de la salud de los trabajadores*. Madrid: Confederación Sindical de Comisiones Obreras. Departamento de Salud Laboral, 1993.

²⁵² “Tenim el cabàs penjat darrera la porta i a les mans el solc que hi va deixar l'eina. Però els matins s'allarguen i del llit estant, amb els ulls oberts, sentim com toca la sirena. Si comptem amb els dits ens sobra temps; si comptem amb diners ens manca feina. Però encara hem de viure i del llit estant, amb els ulls oberts, sentim com toca la sirena. No és pas culpa vostra, ens diu sovint la gent, aquests temps són durs i tot escasseja. Però els anys no s'aturen i del llit estant, amb els ulls oberts, sentim com toca la sirena. Vindran altres temps si ho volem tots plegats; mai no ens ha fet por l'esforç, ni la feina, i tant se val si ja hem mort quan ningú del llit estant, amb els ulls oberts, sentim com toca la sirena”. En: Martí i Pol M. *Antologia poética. Atnb els ulls oberts*. La Sirena. La Fábrica (1972). Barcelona: ECSA, 1982.

(Fotografía 6). Así, por ejemplo, pueden incorporar determinados estigmas físicos, incorporados a lo largo del tiempo a través de condiciones de trabajo que difícilmente cabría calificar de humanas.²⁵³



Fotografía 6. Campesina en Parambú, cerca de Sierra Grande en Brasil.²⁵⁴

Las causas sociales y económicas que promueven la aparición de las desigualdades en la salud pueden clasificarse como «absolutas» y «relativas». Absolutas, por la influencia que tiene en la salud el nivel de recursos global de que dispone cada sociedad y grupo social. A finales del siglo XX los países pobres tuvieron un nivel (absoluto) de ingresos de 200 dólares por persona y año en comparación con los 8.000 de los países ricos. Y relativas, porque el efecto de esos recursos se ve influido por el contexto en que se hallan. Por ejemplo, no es lo mismo poseer un nivel de renta mensual de 1500 € en un país como Haití, un país extremadamente pobre, que en Suiza, uno de los países más ricos del mundo.

²⁵³ Berger J. *Y nuestros rostros, mi vida, breves como fotos*. Madrid: Hennann Blume, 1986:17.

²⁵⁴ Salgada S. *Terra*. Madrid: Alfaguara. 1997

Mientras que en los países pobres el aumento de la riqueza media se asocia fuertemente al aumento de la esperanza de vida, en los países ricos ésta se asocia, en cambio, con una distribución más igualitaria de la riqueza (Figura 12).

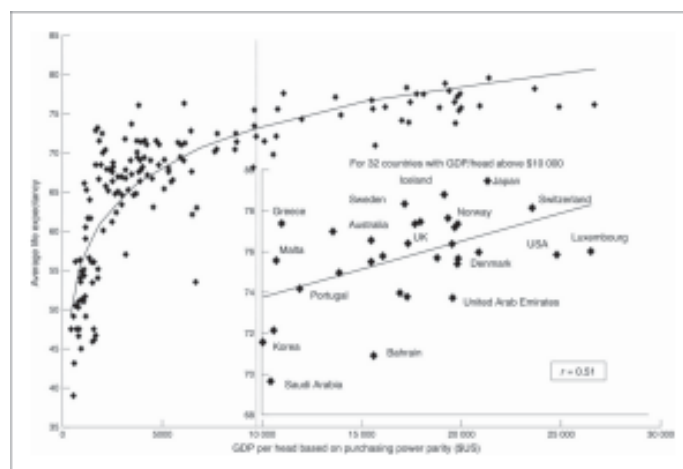


Figura 12. Asociación entre el PNB *per cápita* ajustado por PPS (poder paridad de compra) y esperanza de vida en 155 países circa 1993.²⁵⁵

En el gráfico se aprecia como, a medida que aumenta el nivel de riqueza (abscisas o eje horizontal), primero crece rápidamente la esperanza de vida (ordenadas o eje vertical), para después aplanarse la curva. En otras palabras, mientras que en los países pobres (menos de 10.000\$ *per cápita* en 1993), una mayor riqueza aumenta claramente la esperanza de vida, en los países ricos (igual o más a 10.000\$), un aumento en la riqueza sólo la mejora ligeramente (ver gráfico inferior de la figura).

²⁵⁵ Lynch J, Due P, Muntaner C, Davey Smith G. Social capital - is it a good investment strategy for public health. *J Epidemiol Community health* 2000; 54: 404-8

Aunque el debate científico sigue abierto,^{256,257,258} varios estudios muestran como en los países ricos, la menor desigualdad de la riqueza se asocia con una mayor esperanza de vida.²⁵⁹

En los países pobres, se ha calculado que un incremento del ingreso per cápita del 10% reduce las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad en la infancia entre un 2 y un 3,5%.²⁶⁰ Japón y Gran Bretaña tenían en 1970 niveles similares en su esperanza de vida y renta. 30 años después Japón tiene la mayor esperanza de vida del mundo y una distribución de renta relativamente equitativa, mientras que Gran Bretaña, con una gran desigualdad en la distribución de los ingresos tras los gobiernos neoliberales, tiene tres años menos en su esperanza de vida.

Los factores socio-económicos de tipo *absoluto* interactúan en cada país en la creación de desigualdades en salud a niveles distintos. En forma esquemática, podemos analizar tres categorías diferentes. A escala global o *macro*, las causas más importantes se encuentran, además de en el ambiente y la ecología, en la forma en como se organiza la sociedad, el sistema de producción económico y la desigual distribución de poder político existente entre los ciudadanos.^{261,262}

²⁵⁶ Mackenbach J.P. Income inequality and population health *BMJ* 2002;324: 1-2.

²⁵⁷ Wilkinson R. Better measures of social differentiation and hierarchy are needed *BMJ* 2002;324:978.

²⁵⁸ Macinko J.A, Shi L., Starfield B. & Wulu J.T. Jr. Income inequality and health: a critical review of the literature. *Med Care Res Rev.* 2003 Dec;60:407-52.

²⁵⁹ Kawachi I. Income inequality and health. En: Berkman L., Kawachi I., eds. *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000:76-94.

²⁶⁰ Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial*. Madrid: Banco Mundial, 1993.

²⁶¹ Turshen M. *The Politics of Public Health*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1989.

²⁶² Navarro V. *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Crítica, 1979.

Las causas profundas de las desigualdades sanitarias se encuentran en el subdesarrollo económico y la desigualdad social, en gran parte relacionadas con las relaciones de explotación socio-económica. Veamos dos ejemplos. Cuba y Haití, dos países vecinos del Tercer Mundo, con sistemas políticos y sanitarios radicalmente distintos, tienen una esperanza de vida al nacer de 76 y 54 años, siendo la mortalidad infantil y materna del primer país 10 veces inferior a la del segundo. Costa Rica, Sri Lanka y el estado de Kerala en la India tienen un nivel económico similar a países como Pakistán, Afganistán y Marruecos. Sin embargo, su esperanza de vida es de 61 años en comparación con 45 años en los tres últimos países debido a que en los tres primeros se pusieron en práctica políticas socio-sanitarias efectivas.²⁶³ En concreto, el estado de Kerala, a pesar de ser mucho más pobre que los Estados Unidos, presenta tasas de supervivencia mejores a las de la población afro-americana de ese último país, aunque no tan elevadas como las de la población blanca (Figura 13).²⁶⁴

²⁶³ Las políticas se basaron en una fuerte inversión pública en salud, un elevado nivel de educación para las mujeres, la disponibilidad de servicios de salud accesibles, una distribución igualitaria de alimentos, vacunación universal y atención infantil efectiva. En: Kawachi I., Levine S., Miller M., Lasch K. & Amick III B. Income inequality and life expectancy - theory, research, and policy. *Society and Health Working Paper Series No. 94-2*; Boston: Harvard School of Public Health, 1994.

²⁶⁴ Kerala es un estado del sudoeste de la India con una población de unos 30 millones de habitantes, en la que gobiernos de izquierdas pusieron en práctica durante muchas décadas políticas sociales, sanitarias y educativas muy igualitarias.

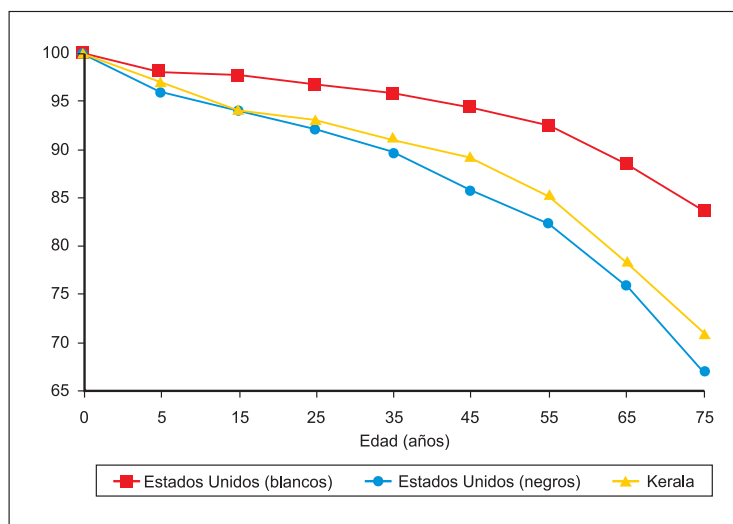


Figura 13. Desigualdades entre las tasas de supervivencia de los hombres por regiones.²⁶⁵

A nivel intermedio, los factores sociales más importantes debemos buscarlos en el medio laboral, ambiental, familiar y cultural. Además del bajo nivel de ingresos familiar y la pobreza, los factores más importantes que explican las desigualdades en salud son el desempleo, la precariedad laboral, la explotación infantil, la falta de agua potable y alimentos, las malas condiciones de trabajo y vivienda, la contaminación ambiental, el analfabetismo y la falta de apoyo familiar o social.^{266,267,268} Por ejemplo, los desempleados de larga duración, los pobres y con bajo nivel de educación, las clases sociales con menos ingresos, los trabajadores en ocupaciones peligrosas, los emigrantes sin papeles, las madres solas en situación precaria, o las minorías étnicas de clase social más desfavorecida sufren, en términos de salud, de una discriminación doble: viven menos años y tienen peor salud. Sin embargo, estos factores

²⁶⁵ Sen A. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta, 2000.

²⁶⁶ Dubos R. *El espejismo de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica. 1959.

²⁶⁷ Susser M., Watson W. & Hopper K. *Sociology in medicine* (3 ed.). Oxford: Oxford University Press. 1985.

²⁶⁸ McKeown I. *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Barcelona: Crítica. 1988.

se distribuyen en forma distinta según los países. Por ejemplo, mientras que en los países europeos la desigualdad social se concentra sobre todo en tener o no tener trabajo, en los Estados Unidos esta se relaciona con una extrema desigualdad salarial.

A nivel *micro*, la presencia de factores psicosociales calificados por la Organización Mundial de la Salud como de «estrés socio-económico» producido por la vida cotidiana,²⁶⁹ o factores psicosociales creadores de estrés en el medio laboral como son el tener un nivel elevado de exigencias o una baja capacidad de control y apoyo social, entre otros,²⁷⁰ son causas que tienen una reconocida importancia.²⁷¹

Aunque el conjunto de estos factores sociales y económicos determina la aparición de las desigualdades en la salud, éstas se «expresan» en forma diferente según los territorios, las clases sociales y los géneros. En España, por ejemplo, se ha encontrado una asociación muy diferente en hombres y mujeres entre la privación material y las causas de muerte. Mientras que en los hombres, las causas están asociadas sobre todo a hábitos como fumar o abusar del alcohol, las principales causas de desigualdad en la muerte de las mujeres se relacionan sobre todo con los hábitos dietéticos.²⁷² Desde este punto de vista, ello nos hace pensar que es más relevante saber que las desigualdades sociales producen distintos tipos de enfermedades que conocer las propias enfermedades específicas producidas por las desigualdades.

²⁶⁹ World Health Organization. *The World Health Report 1998*. Geneva: World Health Organization, 1998.

²⁷⁰ Karasek R. & Theorell T. *Healthy work*. Basic Books, 1990.

²⁷¹ Marmot M., Siegrist J., Theorell I. & Feeney A. Health and the psychosocial environment at work. En: Marmot M. Wilkinson R.O., eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999:105-131.

²⁷² Benach J., Yasui Y., Borrell C., Sáez M. & Pasarín M.I. Material deprivation and leading causes of death by gender: evidence from a nation-wide small-area study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001; 55:239-245.

Uno de los mitos políticos más socorridos con los que se suele justificar el sistema capitalista es el progreso continuo,²⁷³ según el cual el conjunto de ciudadanos y ciudadanas experimenta o experimentará una mejoría social, reduciéndose la pobreza y mejorando el bienestar y la salud. Bill Gates, por ejemplo, ha afirmado: «hoy el ciudadano medio disfruta de una vida mucho mejor que la que tuvo la nobleza unos siglos atrás».²⁷⁴ Es innegable que el desarrollo económico y tecnológico llevado a cabo durante siglos de capitalismo ha llevado al control o a la erradicación de algunas enfermedades infecciosas y al aumento del nivel de vida de amplios sectores de la población incluyendo un aumento general en la esperanza de vida.²⁷⁵ Sin embargo, esa mejora no es global. El «ciudadano medio» de Gates no existe: se trata sólo de un promedio estadístico construido a partir de la suma de los ingresos del hombre más rico del mundo (el propio Gates) con la de muchos ciudadanos norteamericanos que viven en la miseria más absoluta. Los datos desmienten al megamillonario: aunque en la última década del siglo XX, el crecimiento anual de la renta mundial ha sido en promedio del 2,5 %, la mayoría de la población mundial sigue siendo extremadamente pobre y nunca el mundo ha sido tan desigual, en riqueza y en salud.²⁷⁶

El problema no es sólo la pobreza sino también la desigualdad. Las consecuencias de la pobreza deben analizarse en el contexto histórico

²⁷³ “El concepto de progreso tuvo una función crítica hasta la Ilustración, pero en el siglo XIX, con el triunfo de la burguesía, ésta lo desnaturalizó y, auxiliada por la doctrina de la selección natural, ha popularizado la idea de que el progreso se realiza automáticamente”. Lo cual resulta una forma muy eficaz de despolitizarlo y de incitar a los hombres a la inacción, como lo hacen, de otro modo, aquellos que interpretan hoy el progreso en función exclusivamente de los avances de la ciencia y la tecnología. En: Fontana J. *La historia de los hombres: el siglo XX*. Barcelona: Crítica, 2002:189.

²⁷⁴ Gates B. *The road ahead*. New York: Viking Penguin. 1995:251.

²⁷⁵ Aun cuando pueda aceptarse que el capitalismo puede comportar una mejora general en el nivel de salud, es posible imaginar otros sistemas económicos que permitan mejorarla con mayor rapidez reduciendo las desigualdades de salud. Ver, por ejemplo, Elster J, Moene KO, eds. *Alternatives al capitalism*. Cambridge: Cambridge University press, 1989.

²⁷⁶ Stiglitz J. *El malestar de la globalización*. Barcelona: Empúries, 2002.

de cada sociedad. Dentro de cada país, los pobres no sólo son pobres en sentido absoluto sino también en el contexto de la sociedad en que viven.

[*“Gente infeliz, la que vive comparándose” (Una mujer del barrio del Buceo en Montevideo).*²⁷⁷]

La pobreza del indigente en Estados Unidos, señaló Michael Harrington a principios de los años 60: «no se sitúa en Hong Kong, ni en el siglo XVI; es pobre aquí, en los Estados Unidos, y hoy. Está desheredado en relación con lo que posee el resto del país y en relación con lo que la nación podría ofrecerle si estuviera realmente dispuesta a ello».²⁷⁸

²⁷⁷ Galeano E. Entrevista de Sergio Marelli. <http://www.etcetera.com.mx/pag70ne36.asp> [Página consultada 04-01-04].

²⁷⁸ Harrington M. *The other America*. Baltimore: Penguin, 1963.

IX. LA SALUD ES INSEPARABLE DE LA POLÍTICA

La única pregunta pertinente es: ¿a quién beneficia?

Immanuel Wallerstein

El privilegio por definición, defiende y protege al privilegio.

Primo Levi

En 1847 un joven patólogo es requerido por el gobierno de Berlín para estudiar la grave situación de salud pública que sufre la provincia de la Alta Silesia en Alemania debido a una epidemia. En su informe, Rudolf Virchow deja claro que las causas fundamentales del tifus que sufre la población se deben a problemas sociales como la pobreza, el hambre, la inadecuada educación y vivienda y, en general, la falta de acción política. Entre sus recomendaciones incluye la realización de cambios económicos y sociales muy profundos: crear más empleo, mejorar la educación, aumentar los salarios e instaurar una política fiscal más progresiva.²⁷⁹ Cuando las autoridades prusianas le indican que no ha realizado un informe médico sino político, Virchow afirma con contundencia: “La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala”.²⁸⁰

²⁷⁹ Jacob W. El legado medicosocial de Rudolf Virchow. La Medicina como ciencia del hombre. En: E. Lesky (ed). *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Vol. 1. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984:165-186.

²⁸⁰ Ackernecht E.H. *Rudolf Virchow: Doctor, Statesman, Anthropologist*. Madison: Wisconsin, 1953.

Las cosas no han cambiado sustancialmente desde los tiempos de Virchow. En las últimas décadas, la teoría de la producción social de la enfermedad, y más recientemente, la teoría eco-social de la salud (ver capítulo 8), han mostrado que para entender el estado de salud y el tipo de atención sanitaria que posee una población determinada, es necesario analizar la distribución de poder existente en la sociedad. La salud y la política no pueden separarse.²⁸¹

*“La enfermedad y la salud son productos de la relación entre los productores de riqueza y los poseedores de los medios de producción, así como entre los productores y los distribuidores de bienes y servicios, ya que la distribución de recursos vitales para la salud (como la vivienda, el alimento o el ocio) es función del poder relativo de los distintos grupos.»*²⁸²*“No podemos entender la mala distribución de recursos en el sector sanitario sin analizar la distribución del poder económico y político de esas sociedades. Es decir, el tema de quien controla qué y para quien”.*²⁸³

Si la salud y la política son inseparables y ésta última significa sobre todo la capacidad de conseguir lo que se quiere, es fácil entender como la salud y el poder se hallan indisolublemente unidos. Pero ¿quién tiene el poder?, ¿quién rige hoy en día las principales decisiones políticas en un planeta cada vez más pequeño e interconectado?

²⁸¹ Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1992.

²⁸² Turshen M. *The politics of public health*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1989:24-25.

²⁸³ Navarro V. *La Medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Crítica, 1976.

Bajo el capitalismo actual, los objetivos de las empresas no se han modificado respecto a los de antaño: ser más competitivo que el vecino, obtener el máximo beneficio y sobrevivir como sea. Sin embargo, su alcance sí se ha transformado: sus acciones se sitúan de forma más rápida que nunca en cualquier punto del globo. Comprar barato y vender caro; se produce allá donde la mano de obra sea más barata y se vende allá donde el nivel de vida sea más alto. El mercado se integra. Las empresas no tienen cabeza ni cuerpo: son empresas globales.

“Una empresa francesa obtiene un crédito de un banco suizo, que instala los centros de investigación en Alemania, que compra las máquinas para poder producir en Corea del Sur, que establece sus bases en China, que elabora la campaña de marketing para su venta y publicidad en Italia, que vende esencialmente en el mercado de Estados Unidos y que tiene sus sociedades con capitales mixtos en Polonia, Marruecos y México”.²⁸⁴

Hoy en día, unas 37.000 empresas transnacionales dominan el planeta.²⁸⁵ Apenas 200 empresas, con su sede principal en unos pocos países ricos,²⁸⁶ controlan cerca de un tercio de la actividad económica

²⁸⁴ Citado en: Ramonet I. *Geopolítica i comunicació de final de mil.leni*. Sabadell: Fundació Caixa de Sabadell, 1999.

²⁰⁵ En 1995 un tercio de todo el comercio mundial se realizó en el seno de sí mismas, entre sus casas matrices y sus 170.000 sucursales, y otro tercio entre ellas. Van den Eynde A. *Globalització. La dictadura mundial de 200 empreses*. Barcelona: Edicions 1984, 1999:34.

²⁸⁶ Estados Unidos, Alemania, Gran Bretaña, Francia, Holanda, Suiza, Italia, Japón y Corea del Sur.

mundial. Un paso más en el cíclico desarrollo de la llamada mundialización o “globalización” económica del capitalismo.²⁸⁷

La cifra de negocios de la General Motors es superior al PIB de Dinamarca. Las ventas de General Motors y Ford superan de largo el valor de la producción de toda el África subsahariana.

En los últimos decenios, el poder económico ha incrementado su capacidad de influencia convirtiendo en su sombra al poder político. Como señaló Marc Blondel, secretario general del sindicato francés Force Cubrière: Hoy en día “los poderes públicos, en el mejor de los casos, son solamente un subcontratante de la empresa. El mercado gobierna. El gobierno administra”.²⁸⁸ En efecto, las empresas tienen poder, poder político, que nada tienen que ver con la existencia de puras relaciones de mercados idealmente competitivos.²⁸⁹ “Los mercados votan todos los días”, nos recuerda el conocido especulador financiero George Soros.

Nunca el capital había logrado como en nuestros días ejercer un poder tan completo y global. Nunca como hasta ahora el capital había podido imponer tan abrumadoramente sus políticas, sus intereses, y sus dogmas sobre el planeta. Su religión, el fundamentalismo neoliberal. Su poder, sometido a una ley: el totalitarismo del dinero.

²⁸⁷ La mundialización capitalista se ha desarrollado en diversas oleadas como, por ejemplo, la ocurrida entre 1871 y 1914. Según A. Domènech desde la Segunda guerra mundial, la globalización puede caracterizarse por cinco rasgos principales: 1) La reliberalización de los mercados financieros y los flujos internacionales de capital, 2) La reabsolutización o «desconstitucionalización» política de la empresa capitalista, 3) La oligopolización de los mercados con la concentración del poder económico privado, 4) la contracción de hecho del sufragio con la abstención y falta de participación política, y 5) la consolidación de Estados Unidos como única gran potencia militar. En: Entrevista a Antoni Domènech realizada por Salvador López Arnal, *El Viejo Topo*, enero de 2004.

²⁸⁸ Ramonet I. Globalización, desigualdades y resistencias. En: Monereo M., Riera M. (eds). *Porto Alegre. Otro mundo es posible*. Barcelona: Viejo Topo, 200 1:91.

²⁸⁹ Joseph E. Stiglitz. Entrevista en *El País Semanal*. 23 de junio 200:10-17.

Las empresas no están solas. Trabajan en coordinación con los gobiernos y los organismos internacionales más poderosos. Algunos ejemplos lo ilustran.

En Estados Unidos los grandes grupos económicos son quienes dirigen la economía y la política del país. En Estados Unidos, por ejemplo, reconoce Soros, son las empresas quienes escogen a los dirigentes políticos.²⁹⁰ Al estar en manos de empresas privadas, las decisiones del presidente, el hombre con más poder político del mundo, siguen sus mismos dictados. El presidente tiene la capacidad de enviar al Golfo Pérsico cientos de miles de soldados y la maquinaria de guerra más sofisticada para defender a las multinacionales y al consumidor norteamericano, pero no quiere (ni puede) poner en marcha un servicio nacional de salud para los ciudadanos norteamericanos que ponga en peligro el negocio de los seguros privados.²⁹¹ A veces incluso poderes económicos individuales, reúnen un poder sin precedentes en la historia. En septiembre de 1997, por ejemplo, el multimillonario Ted Turner, fundador de la cadena de noticias de televisión CNN, fue capaz por primera vez en la historia de ofrecer una donación de 1.000 millones de dólares con los que pagar gran parte de la deuda que los Estados Unidos tenían con la ONU.

El Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), potencian con su ayuda el dominio de las empresas y los gobiernos de los países ricos.²⁹²

²⁹⁰ Soros G. La crisis del capitalismo global. *La sociedad abierta en peligro*. Barcelona: Debate, 1999.

²⁹¹ Navarro V. *Dangerous to your health*. New York: Monthly Review Press, 1993.

²⁹² De los 180 países que integran el BM, sólo siete (EE.UU., Alemania, Japón, Gran Bretaña, Francia, Italia y Canadá) posee el 45% de las acciones y EE.UU. el derecho del veto. De los 182 países del FMI, cinco países.

A pesar de que suelen utilizar bonitas palabras, su ayuda está condicionada. Ofrecen préstamos a condición de que los países aprueben ajustes económicos e implanten políticas aceptables para los acreedores. El prestamista siempre sale beneficiado y el prestatario empobrecido y endeudado. Las consecuencias son lamentables.²⁹³ Los países pobres de África,²⁹⁴ Asia y Latinoamérica quedan bajo su influjo y apenas pueden pagar los intereses.

Pero la globalización no es global.²⁹⁵ El 80% de los intercambios comerciales planetarios se realizan en las tres grandes zonas hegemónicas del planeta: América del Norte, Europa occidental y Japón. Los Estados Unidos controlan esa tríada mediante una supremacía militar, mediática y, en gran parte, económica, sin parangón en la historia. El presupuesto militar de EE.UU. es tres veces el de los grandes países europeos; la mayor potencia del mundo resuelve los conflictos sin apenas consultar con la ONU u otros países;²⁹⁶ los productos culturales norteamericanos creados por sus poderosísimas máquinas mediáticas y de «entretenimiento» invaden todos los rincones del planeta,²⁹⁷ los mayores mega-millonarios y las mayores transnacionales son de origen norteamericano; los grandes institutos de investigación y las grandes empresas de desarrollo de tecnología estadounidenses dominan los mercados mundiales.

²⁹³ Un economista africano, David Budhoo, renuncia a trabajar en el Fondo Monetario Internacional. En su carta de adiós al director, dice: “La sangre es demasiada, usted lo sabe. Corre como ríos. Me ha ensuciado completamente. A veces siento que no hay suficiente jabón en todo el mundo para lavarme las cosas que he hecho en su nombre”. En: Galeano E. *Ser como ellos y otros artículos*. Madrid: Siglo XXI, 1993:67.

²⁹⁴ Por ejemplo, los empobrecidos países africanos transfieren anualmente a los países ricos 10.000 millones de dólares.

²⁹⁵ Un ejemplo en el campo de las comunicaciones: “Más de la mitad del planeta no ha usado nunca un teléfono (...) En toda África negra hay menos líneas telefónicas que en la ciudad de Tokio o en la isla de Manhattan en Nueva York”. En: Ramonet I. *La tiranía de la comunicación*. Madrid: Debate, 1998:162.

²⁹⁶ Bosnia, el próximo Oriente, Irak, Sudán, Afganistán o Kosovo son tan solo algunos ejemplos de ello. El 26 de abril de 1999, la OTAN, dirigida por Estados Unidos, pasó de definirse como una organización defensiva a contemplar la posibilidad de intervenir si lo consideraba necesario.

²⁹⁷ Ramonet I. *La golosina visual*. Madrid: Debate, 2000.

La Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE) y el grupo de países más ricos (G-7) ordenan lo que es 'adecuado', lo 'verdadero', lo 'necesario'. El Acuerdo General de Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT) y su sucesor tras la Ronda Uruguay en 1995, la Organización Mundial del Comercio (OMC),²⁹⁸ tienen como objetivo principal la abolición de las barreras comerciales y la liberalización de los mercados para favorecer a las grandes transnacionales.²⁹⁹ Protegen a las empresas y sus inversiones frente a los estados nacionales. Son los verdaderos ministerios de asuntos exteriores del planeta.

Una metáfora nos ayuda a entender los prodigiosos cambios que están sucediendo. El capitalismo es como un automóvil que se acelera progresivamente con los frenos rotos. El motor que lo empuja es la intensificación de la producción, el transporte de mercancías y la vertiginosa transmisión de la información. Las máquinas sustituyen más y más tareas humanas, el comercio se mundializa, los avances en la informática y la tecnología digital son abrumadores,³⁰⁰ las finanzas se desregulan, los estados-nación pierden autonomía.

²⁹⁸ En la OCM todos los países pueden votar en igualdad de condiciones pero jamás se vota. Su previsible sucesor será el Acuerdo Multilateral de Inversiones (AMI), también llamado por algunos la "Declaración de los derechos del capital". En: Van den Eynde A. *Globalització. La dictadura mundial de 200 empreses*. Barcelona: Edicions 1984, 1999:34.

²⁹⁹ La OMC implicó un recorte del 40% en los costes de importaciones y subvenciones agrícolas de todo el mundo, y más facilidades para la exportación capitalista de tecnología y servicios. En: Van den Eynde A. *Globalització. La dictadura mundial de 200 empreses*. Barcelona: Edicions 1984, 1999.

³⁰⁰ Un ejemplo dentro del campo de la producción: "En cualquier automóvil (...) ya hay más informática que la que había en la nave espacial que fue a la Luna, y eso se ha producido solo en 30 años". En Ramonet I. *Geopolítica i comunicació de final de mil.leni*. Sabadell: Fundació Caixa de Sabadell, 1999:68.

La economía mundial está a merced de un “mercado mundial” que no sabe como enfrentarse a las fluctuaciones de la economía mundial. El fundamentalismo del mercado ha entregado la conducción económica al capital financiero. Los fondos privados de los mercados financieros que se desplazan con el criterio de rentabilidad tienen en sus manos el destino laboral y político de muchos países. Los intercambios financieros alcanzan una masa enorme que se desplaza en función de intereses y sobrepasa al de los estados.³⁰¹ El mercado financiero presta dinero, paga menos y cobra más. Es la llamada «economía-casino». La globalización neoliberal es un gran castillo de naipes, un sistema frágil donde se suceden las crisis de los países produciendo catástrofes sociales con enormes repercusiones sobre la vida y la salud de las poblaciones.

A medida que el mundo se convierte en un sistema único, la vulnerabilidad del sistema aumenta: si algo va mal, aumenta la probabilidad de que todo vaya mal. Por ello, los poderosos quieren reformar la globalización para que todo siga igual. Quieren responsables que lubriquen el motor y aceleren la velocidad del automóvil.³⁰² Buscan nuevas formas de gestionar un orden viejo. El tema escogido en 1999 por los poderosos del mundo en el Forum anual que tiene lugar en la ciudad suiza de Davos fue «globalidad responsable».

³⁰¹ Se calcula que la economía financiera de la bolsa y los cambios representa el 95% de la economía frente a un 5% de la economía real que crea productos y servicios. Los tres primeros fondos de pensiones norteamericanos tienen 2,5 veces más reservas que Japón, el estado con mayor volumen de reservas. Los fondos de pensiones, con las compañías de seguros y demás inversores institucionales controlan alrededor de 21 billones de dólares, más del PNB de todos los países industrializados reunidos.

³⁰² Desde el especulador internacional George Soros hasta el teórico de las «terapias de choque» para privatizar las economías, Jeffrey Sachs, pasando por las revistas Harvard Business o Newsweek, muchos son los que proponen reglas para evitar el riesgo de catástrofe.

“[La globalización] se está produciendo sin instituciones globales que la conduzcan y la supervisen, y hay que vigilarla. No ha habido voluntad ni capacidad política para establecerlas(...). Hacen falta organismos de vigilancia a nivel global para tener los mismos controles contra excesos o abusos que hay a escala de nación Estado. No hay que restringir el mercado, sólo supervisarlos adecuadamente”.³⁰³

Sin embargo, la globalización neoliberal no camina a ciegas. El capitalismo sin frenos tiene conductores que pisan el acelerador y que agarran el volante. En la dirección del poder hay representantes de la administración, colaboradores de secretarías personales y servicios secretos, allegados de miembros de las altas esferas, consejeros, organizaciones secretas, asociaciones con personalidades influyentes...³⁰⁴ Las empresas, los gobiernos, las organizaciones y los grupos mafiosos³⁰⁵ tienen directores, analistas, administradores, gestores, ejecutores, supervisores y vigilantes para realizar su tarea.

Tras la globalización neoliberal capitalista lo que está en juego es la salud y el bienestar de las personas. El poder desigual daña desigualmente la salud. La globalización fragmentaria ha ensanchado las desigualdades en salud hasta extremos jamás conocidos. Entre un 10% y un 20% de la población vive con niveles materiales muy elevados,

³⁰³ Antonio Garrigues Walker. Vicepresidente de la Comisión Trilateral. Entrevista en *El País*. 28 de marzo de 1999. *El País Negocios*: 14.

³⁰⁴ Zinoviev A. *La caída del imperio del mal*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 1999:142.

³⁰⁵ Las redes mafiosas influyen sobremanera en la vida social y económica controlando toda clase de circuitos clandestinos de prostitución, contrabando, tráfico de drogas, venta de armas y diseminación nuclear. Las rentas mundiales de las organizaciones criminales transnacionales son del orden del billón de dólares. Según Mark Pieth, el responsable de la OCDE contra la corrupción. El soborno mundial se calcula en 140.000 millones de euros (23 billones de pesetas). Entrevista en *El País*. 21 febrero de 1999:12. El soborno mundial se calcula en 140.000 millones de euros (23 billones de pesetas).

explotando y protegiéndose de quienes no tienen o tienen muy poco.³⁰⁶ El bienestar y la salud de unos pocos se alimenta del sufrimiento y la mala salud de muchos. Tras un complicado entramado de intercambios desiguales, intereses enfrentados, y conflictos ocultos o invisibles, los gobiernos, las organizaciones internacionales, las mafias y, sobre todo, las instituciones financieras y las empresas toman cada día miles de decisiones comerciales, financieras, militares, y sociales que defienden a unos pocos privilegiados y determinan la muerte y la enfermedad de millones de seres humanos.

Desde la mitad de los años 80, y aún más en la década de los 90 e inicios del siglo XXI, las mejoras de la salud alcanzadas en muchos países, o bien se han detenido, o bien han empeorado debido sobre todo al deterioro de la mortalidad infantil y materna, y al aumento de la malnutrición, la tuberculosis, la malaria, el sida... Los mecanismos causales, directos e indirectos, que dañan la salud son muy diversos. Desde la imposición de gobiernos títeres y la creación de democracias de «baja intensidad» a la provocación de guerras en áreas geográficas estratégicas.^{307,308,309} Desde el intercambio comercial injusto y la falta de control sobre los precios de los productos de exportación^{310,311} al pago de intereses de una deuda aplastante.³¹² Desde la emigración forzada de miles de pequeños campesinos que deben dejar sus tierras y emigrar a los suburbios urbanos³¹³ a la prostitución o el trabajo infantil de

³⁰⁶ En EE.UU. cerca de 20 millones de personas viven en áreas protegidas por vigilantes armados para proteger su riqueza y opulencia. En: Ramonet I. *Geopolítica i comunicació de final de milleni*. Sabadell: Fundació Caixa de Sabadell, 1999:63.

³⁰⁷ *En palabras del presidente congoleño Pascal Lissuba. "No se organizan elecciones para perderlas". René Galloy M, Eric Gruénais M. Elecciones que generan dictadores. En: Varios autores. Pensamiento crítico vs. Pensamiento único. Madrid: Le Monde Diplomatique, 1998:120-135.*

³⁰⁸ Chomsky N. *Año 501. La conquista continua*. Madrid: Libertarias / Prodhufi, 1993.

³⁰⁹ Ziegler J. *Lafam al món explicada al meu fill*. Barcelona: Empúries, 2000.

³¹⁰ Barrat Brown M. *Comercio justo, comercio injusto*. Barcelona: Icaria, 1998.

³¹¹ Cantos E. *El porqué del comercio injusto*. Barcelona: Icaria, 1998.

³¹² George S. *La trampa de la deuda*. Madrid: Iepala, 1990.

³¹³ Doyal L. *The Political Economy of Health*. London: Pluto press, 1981.

millones de niños y niñas.^{314,315} Desde la inseguridad en el empleo³¹⁶ al aumento de la temporalidad y la precariedad laboral.^{317,318}

Los ejemplos del impacto negativo sobre la salud ejercido por las políticas económicas de ajuste estructural³¹⁹ impuestas por el BM y el FMI en muchos países pobres son numerosos. En Zambia, por ejemplo, el plan de ajuste del FMI produjo la reducción de la vacunación en el sarampión, la difteria o la tuberculosis provocando su resurgimiento. Según el propio Banco Mundial, el plan de ajuste iniciado en 1986 en Tanzania empeoró la mortalidad infantil, la nutrición y los niveles de educación respecto a los niveles alcanzados en los años 70 y 80.

En la India, el proyecto del canal *Indira Gandhi* financiado por el BM en Rajasthan contribuyó al resurgimiento de la malaria en los años 90 debido a un complejo entramado de causas ecológicas, económicas, sanitarias y sociales. Aumentaron las zonas de regadío y se redujo la forestación aumentando notablemente el crecimiento de mosquitos; aumentó la vulnerabilidad de los más pobres debido al aumento del desempleo, el precio de los alimentos y los costes sanitarios, y la reducción de salarios; se recortó el sistema de salud pública y el programa de control de la malaria.³²⁰

³¹⁴ Monestier M. *Los niños esclavos*. Madrid, Alianza, 1998.

³¹⁵ Martín Medem JM. *La guerra contra los niños*. Barcelona: El Viejo Topo, 1998.

³¹⁶ Sennett R. *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama, 2000.

³¹⁷ Amable M, Benach J. La precariedad laboral: ¿Un problema nuevo de Salud Pública? *Gac Sanit* 2000;14:418-21.

³¹⁸ Benach J, Benavides FG, Platt S, Diez-Roux AV, Muntaner C. The health-damaging potential of new types of employment: a challenge for public health researchers. *Am J Public Health* 2000;90:1316-7.

³¹⁹ Sus componentes habituales incluyen, entre otros, la devaluación de la moneda, la congelación de salarios, la reducción del gasto público, y la liberalización comercial.

³²⁰ Shiva M, Shiva V. Ecología política del resurgimiento de la malaria en la India *Revista del Sur*. Diciembre de 1996. http://www.redtercermundo.org.uy/revista_del_sur/texto_completo.php?id=1291 [Página consultada 18-04-03].

*“En 1998, en el crepúsculo del siglo y de su propia vida, Julius Nyerere conversó con la plana mayor del Banco Mundial en Washington. Este campeón de la unidad africana había gobernado Tanzania durante veinte años, desde la independencia hasta 1985, y había aplicado una política basada en la agricultura comunitaria, la propiedad social y la autodeterminación.- ¿Por qué ha fracasado usted? - le preguntaron los expertos del Banco Mundial. Nyerere respondió:- El Imperio Británico nos dejó un país con un 85 por ciento de analfabetos, dos ingenieros y doce médicos. Cuando dejé el gobierno, teníamos un nueve por ciento de analfabetos y miles de ingenieros y de médicos. Yo dejé el gobierno hace trece años. Entonces, nuestro ingreso per cápita era el doble que ahora; y ahora tenemos un tercio menos de niños en las escuelas y la salud pública y los servicios sociales están en la ruina. En estos trece años, Tanzania ha hecho todo lo que el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional exigieron que se hiciera. Y Julius Nyerere devolvió la pregunta a los expertos del Banco Mundial:- ¿Por qué han fracasado ustedes?”*³²¹

Se calcula que en el año 2000 las poderosas empresas bio-tecnológico-químico-farmacéuticas generaron un mercado mundial de alrededor de 300.000 millones de dólares. La salud no importa, el móvil es el beneficio. El objetivo no es, claro está, salvar vidas, sino obtener beneficios mediante la venta de productos y servicios a poblaciones «diana» con la suficiente capacidad de compra. Investigan en fármacos rentables como el tratamiento de la impotencia sexual masculina, la calvicie o la obesidad. Buscan vacunas para prevenir el Alzheimer pero no la malaria ampliamente extendida en el Tercer Mundo.³²² El gasto total de la investigación sobre malaria, por ejemplo, apenas si alcanza

³²¹ Galeano E. El sistema. <http://www.lafogata.org/galeano/galeano27.htm>. [Página consultada 18-12-03].

³²² Según la Organización Mundial de la Salud, 40% de los niños del mundo viven en países donde la malaria es endémica. Cada año se producen entre 300 y 500 millones de contagios de malaria, que llevan a más de un millón de muertes. De éstas, el 75% ocurren en África con niños menores de cinco años. Tres mil niños mueren de malaria diariamente en África, el 90% ocurren en la región subsahariana.

la mitad del que se invierte en investigaciones sobre el asma.³²³ Se calcula que el 90% de la inversión en investigación se dedica a investigar la patología del 10% de la población mundial que goza del más elevado nivel socio-económico.³²⁴ Las enfermedades de los pobres no son rentables.

Aproximadamente 40 millones de personas sufren la enfermedad del sida, de los que 2,5 millones son menores de 15 años. Las tendencias no están mejorando. Al contrario. En el año 2003 morirán tres millones de personas y se producirán cinco millones de nuevas infecciones. Más del 90% de los portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el sida viven en el Tercer Mundo, y más de la mitad de las personas infectadas por el virus en el mundo viven en el África subsahariana.³²⁵ Las cifras son devastadoras.

Más de 12 millones de africanos ya han muerto y para el año 2010 habrá 40 millones de huérfanos.³²⁶ En muchos países ya se ha infectado una de cada cinco personas entre 15 a 49 años de edad.

La globalización neoliberal, con cara y ojos bien concretos, está dejando morir a África. Según Michel Sidibé, director del departamento de apoyo para los países y regiones de Onusida, se "necesitan 10.000 millones de dólares para desarrollar un programa que pueda tratar a tres millones de personas antes de que acabe el 2005", pero la ONU dispone "de poco más de 4.000 millones".³²⁷ El mundo rico mira a otro lado.

³²³ Dieterich H. *Curar en Cuba*. Nafarroa: Txalaparta. 1998.

³²⁴ Sonis A. 10/90 Global Forum Health Research. Citado en el discurso de la 42 reunión del consejo directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Septiembre 2000.

³²⁵ Programa de las Naciones Unidas. ONUSIDA, Situación de la epidemia de sida Diciembre, 2003. http://www.unaids.org/wad/2003/press/Eprupdate2003_sp/Epi03_00_sp.htm. [Página consultada 18-12-03]

³²⁶ Programa de las Naciones Unidas (PNUD). *Informe sobre desarrollo humano*. Barcelona: Ediciones Mundi-Prensa, 2000.

³²⁷ Entrevista a Michel Sidibé en *El País*, 26 de noviembre de 2003:24.

En las partes más pobres de África el 50% de la población no tiene acceso a medicinas esenciales y a veces los medicamentos existentes son ineficaces.³²⁸ El cóctel de fármacos para tratar a los infectados por VIH cuesta alrededor de 12.000 dólares anuales cuando el ingreso medio per cápita en muchos de los países más afectados apenas alcanza los 500.^{329,330} A causa de la oposición a bajar precios por parte de la industria farmacéutica el 95% de los infectados por VIH no tiene acceso a tratamiento.³³¹

Según la UNICEF, cada año mueren en el mundo 1,5 millones de niños a causa de la diarrea producida al mezclar leche en polvo con agua contaminada. En los países pobres sólo el 44% de los niños son alimentados con la leche materna producida por sus madres. La causa radica en una práctica comercial que no puede sino ser calificada de monstruosa. La falta de agua potable aumenta 25 veces la probabilidad de contraer diarrea que pone en peligro la vida de los niños.³³² Pues bien, las madres son inducidas a reemplazar la leche materna por sustitutos de leche artificial fabricados por empresas multinacionales.^{333,334}

³²⁸ Cuanto más pobre es un país más posibilidades hay de que los medicamentos que consume sean de mala calidad o simplemente falsos. Según la OMS el 30% de las medicinas del Brasil y el 60% en África son falsas (*El País*, 27 de octubre de 1996:33).

³²⁹ Mutume G. Africa: cheaper aids drugs or commercial loans to buy TNC drugs? *South-North Development Monitor (SUNS)* 4713. 19 de Julio del 2000.

³³⁰ Sing S. Compulsory licensing good for us public, not others. *South-North Development Monitor (SUNS)* 4541. 29 de octubre de 1999.

³³¹ Es conocida la enorme presión ejercida por el gobierno de los Estados Unidos y la asociación de empresas farmacéuticas norteamericana (*Pharmaceutical Research and Manufacturers Association*) sobre los gobiernos sudafricano y tailandés para impedir fabricar fármacos en el interés público sin el permiso de las empresas norteamericanas (*Compulsory Licensing*).

³³² Singh S. Baby food manufacturers accused of violating W.H.O. code. *South-North Development Monitor (SUNS)* 4670.

³³³ Wallach L. & Sforza M. *Whose Trade Organization? Corporate Globalization and the erosion of Democracy*. Washington: Public Citizen, 1999.

³³⁴ Por ejemplo, Syed Aamar Raza, un ex-alto directivo de Nestlé en Pakistán, la empresa líder en fabricación de alimentación infantil ha revelado los incentivos económicos y las presiones ejercidas por la empresa sobre los médicos y las madres para que sustituyan la lactancia materna por alimentación artificial.

La salud pública³³⁵ puede definirse como aquella disciplina académica y tradición profesional que tiene por objetivo conseguir la mayor salud posible para el mayor número de personas a través de la aplicación del conocimiento científico en cada contexto social, político e histórico. Si, como se ha mostrado, los principales determinantes que condicionan la salud y la enfermedad derivan sobre todo de los efectos producidos por la desigual distribución de poder económico y social, sus remedios deben ser políticos. Virchow, uno de los fundadores de la salud pública, señaló con claridad la falta de acción política del gobierno para solucionar los problemas de salud que detectó en la Alta Silesia. La “medicina” que recomendó fue tajante: “democracia plena e ilimitada”.³³⁶

³³⁵ No debe confundirse la disciplina de la salud pública, o salud colectiva, con la propiedad pública de los servicios de salud, habitualmente contrapuestos a la salud privada o privatizada.

³³⁶ Jacob W. El legado medicosocial de Rudolf Virchow. La Medicina como ciencia del hombre. En: E. Lesky (ed). *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Vol. 1. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984:165-186.

X. GUÍAS PARA ORIENTARSE

Para transformar la realidad, el primer paso suele ser aprender a verla con una mirada nueva (y ser capaces de mostrarla a los demás bajo esa luz)

Jorge Riechmann

Los muertos habrían perecido en vano si los vivos se negasen a verlos.

Robert Capa

22 de octubre de 1977. Alí Maow Maalin, un cocinero de 23 años de edad residente en Merca, un pueblo de Somalia, presenta un cuadro febril y una erupción cutánea que son diagnosticadas como viruela. La muerte de Alí es la última causada por una enfermedad que a lo largo de la historia ha producido efectos devastadores en la humanidad.³³⁷ Sólo en el siglo XVIII murieron en Europa 60 millones de personas a causa de la viruela, la mayor parte de los cuales fueron niños, y en 1967, aún se produjeron 13 millones de casos y 2 millones de muertes. Tras 150 años de lucha contra la viruela, la ofensiva mundial de vacunación lanzada en 1967 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) logró su total erradicación en 1977, costo de las vacunas, los programas de cuarentena y el tratamiento ascendieron a

³³⁷ Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial*. Madrid: Banco Mundial, 1993.

más de 300 millones de dólares.³³⁸ En 1980, la 33 Asamblea Mundial de la OMS declaró «al mundo y a la gente» libre de la endemia de la viruela, la única enfermedad erradicada hasta el momento en el planeta.³³⁹

El desarrollo científico-técnico y la puesta en acción a lo largo del siglo XX de diversas prácticas preventivas y de salud pública han ayudado a aliviar o solucionar problemas de salud que a lo largo de la historia han causado un enorme sufrimiento. Por ejemplo, las vacunaciones, la terapia de rehidratación oral, la yodación de la sal o los suplementos de vitamina A, han salvado durante la segunda mitad del siglo XX alrededor de cinco millones de vidas anuales en los países pobres, consiguiendo que 750.000 niños y niñas no quedaran discapacitados, ciegos, lisiados, o retrasados mentalmente para siempre.³⁴⁰

No obstante, aunque hoy en día el control o incluso la eliminación de un buen número de enfermedades comunes en la infancia o en la edad adulta es técnica y financieramente factible, millones de individuos siguen enfermando y muriendo en los países pobres a causa de enfermedades fácilmente prevenibles.³⁴¹ Algo anda mal. ¿Que opinaría la opinión pública de los países ricos si existiera un tratamiento efectivo sin utilizar que permitiera prevenir o curar el infarto de miocardio, el cáncer de mama o el sida? La ignorancia, el fatalismo, o la pasividad no pueden prevalecer cuando existen soluciones efectivas que pueden ponerse en práctica con un coste económico asequible. ¿Cuál es el coste de prevenir la diarrea en los países pobres?

³³⁸ Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial*. Madrid: Banco Mundial, 1993.

³³⁹ Desde su lanzamiento en 1988, cuando se detectaron 350.000 casos de polio en el mundo, la *Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio* ha eliminado esa enfermedad en 125 países. En el año 2001 el número de países con polio fue sólo de 10 y en el 2002 sólo hubo 2.000 casos y 7 países afectados: India, Nigeria, Pakistán, Afganistán, Egipto, Níger y Somalia. El objetivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es erradicar la polio en el año 2005. <http://www.unicef.org/polio>. [Página consultada 23-12-03].

³⁴⁰ UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). *El progreso de las naciones*. Barcelona: UNICEF, 1996.

³⁴¹ Ziegler J. *La fam al món explicada al meu fill*. Barcelona: Empúries, 2000.

En promedio sólo 0,07 dólares por persona.³⁴² ¿Cuánto vale la inmunización completa de los niños y las niñas? Para salvar la vida a los infantes que mueren de rubéola, tétanos, infecciones respiratorias y diarrea es suficiente con una inversión por persona de 1,5 dólares en vacunas, 1\$ en antibióticos y 10 centavos en sales rehidratantes.³⁴³ Dicho de otra manera: sólo se necesitan 2.500 millones de dólares, es decir, lo que aproximadamente gastan anualmente las compañías tabaqueras en anunciar sus productos.

*Europa y Estados Unidos gastan 17.000 millones de dólares en comida para animales domésticos, mientras con 13.000 millones de dólares sería posible obtener alimentación y salud básica para todo el mundo. Europa gasta 105.000 millones de dólares en bebidas alcohólicas, mientras con 9.000 millones de dólares sería posible obtener acceso a agua potable y sanidad para todo el mundo.*³⁴⁴

Con sólo 40.000 millones de dólares, menos del 4% de la riqueza conjunta de las 225 personas más ricas del mundo, podría obtenerse alimentación, agua potable, educación, y atención sanitaria básica para todos.³⁴⁵ ¿Cuánto cuesta la prevención, tratamiento e investigación del sida en África? Según Jeffrey Sachs, director del Centro para el Desarrollo Internacional de la Universidad de Harvard, alrededor de 5.400 millones de euros anuales.³⁴⁶ Con un coste tan modesto es difícil imaginar que el mundo no actúe ante el exterminio silencioso de todo un continente.

El mito de que los gobiernos nacionales o la comunidad internacional no disponen de los recursos necesarios para actuar no se puede ya tomar en serio. Como en el caso de la viruela en el pasado, hoy ya no hay excusas para no intervenir. Ni técnicas ni financieras. El dolor, el sufrimiento y la

³⁴² Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial*. Madrid: Banco Mundial, 1993.

³⁴³ Paulos J.A. *Un matemático lee el periódico*. Barcelona: Tusquets, 1996:64,

³⁴⁴ Viveret P. Una nueva mirada sobre la economía y la riqueza. *Suplemento Transversales*, nº5, 2002.

³⁴⁵ Unwin N., Alberti G., Aspray T., et al. Economic globalisation, and its effect on health. *BMJ*. 1998;316:1401-2.

³⁴⁶ Sachs J. Lucha contra el sida. *El País. Negocios* 6 de agosto del 2000:3.

muerte causados por muchas enfermedades prevenibles podría (y debería) evitarse.

¿Por qué no se actúa? ¿Cómo pasar a la práctica? ¿Cómo poner en marcha acciones sociales y sanitarias efectivas que transformen la realidad? Ante la abrumadora desigualdad social y de poder existente en la actualidad (ver capítulo 9) es fácil vislumbrar porqué las soluciones no son simples. Es sencillo entender porqué el hecho de mencionar la importancia de un problema, señalar la necesidad de cambiarlo, o indicar que el coste económico para realizar una intervención es asequible no significa pasar a la acción y eliminar un problema. Los puntos de vista ideológicos, los intereses económicos, los conflictos de poder, son profundos y omnipresentes. El camino no es fácil. El siguiente listado de principios puede servirnos de guía para dirigir nuestra mirada, orientar nuestra acción y ayudarnos a reducir las desigualdades en salud.

Imaginar, no idealizar. La utopía de la salud definitiva y completa, el “cielo en la tierra”, no existe. No hay sociedades perfectas. Vivimos y viviremos en un mundo donde junto a la alegría, el bienestar y la satisfacción habremos de convivir con el daño, el dolor, la enfermedad y la muerte. La visión utópica de un mundo justo, con abundancia para todos, sin problemas sociales, con toda la salud y bienestar para todos los seres humanos,³⁴⁷ no se adecua a la realidad: ni ha existido, ni existe, ni podrá existir.³⁴⁸

³⁴⁷ Según la definición del *X Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana* de Perpinyà (1976) inspirada por Jordi Gol la salud sería “aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa”. Es una definición crítica con el concepto de “estado” ya que la vida sería proceso, manera de vivir, una “cualidad de la vida”. La salud es autónoma, cuando existen los necesarios recursos, educación, etc., el mínimo de limitaciones y la máxima libertad. Es solidaria, se produce socialmente, no es concebible vivir sanamente en forma aislada. Somos dependientes de los demás. Finalmente, para Gol la salud es gozosa. Eso quiere decir tener un profundo sentimiento de satisfacción personal. Gol propone hablar de “bien ser” como contraposición crítica a la noción de “bienestar”. “El bienestar social a veces significa sobre todo infantilismo, insensibilidad, dependencia, falta de crítica y de responsabilidad”. Para Gol “hay sanos enfermos y enfermos sanos”, se puede ser sanamente enfermo e insanamente no enfermo. En definitiva, salud es la plenitud de la realización de cada cual, en circunstancias favorables o adversas. En: Gol J. *Els grans temes d'un pensament i d'una vida*. Barcelona: La Llar del Llibre, 1986:60-62.

³⁴⁸ Dubos R. *El espejismo de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica. 1959.

Pero es importante imaginarlo. Es nuestro horizonte, nuestra guía para andar.

Aunque una sociedad que tenga «toda la salud para todos» no exista más que en nuestra imaginación, sí se puede mejorar la realidad presente. Las desigualdades en salud no son un tema que debamos mirar en blanco o negro. Existe una amplia gama de grises. Las desigualdades sociales en la salud no son una fatalidad, no son inevitables.

Aunque no sea posible eliminar completamente las desigualdades, sí podemos, en gran medida, reducirlas. Para ello, para avanzar en esa dirección, de entrada hay que andar tres pasos. El primero es negarse a aceptar que las cosas son como son, como nos dicen que son, o como ‘necesariamente’ han de ser. Hay, puede haber, sociedades más justas, más solidarias, menos desiguales. El segundo paso es, hacer visible al mayor número de ciudadanos y ciudadanas los problemas morales derivados de la producción de enfermedad y mala salud entre los más desfavorecidos. El tercero es adquirir un mayor compromiso ético-político, individual y colectivo, para reducir las desigualdades en salud. Como señaló Albert Einstein, “El destino de la humanidad civilizada depende más que nunca de las fuerzas morales que sea capaz de generar”.

Aprender a mirar. Cualquier transformación social tiene su origen en otra manera de mirar. Como hemos examinado en este libro, la pobreza, la exclusión social y las desigualdades en salud son enormes, escandalosas, mucho mayores de lo que observamos a simple vista, de lo que queremos ver o incluso de lo que podemos imaginar. Ver la salud de otro modo permite percibir “otra” realidad. ¿Mantendremos los ojos cerrados ante un mundo con un nivel de desigualdad y sufrimiento inmoral? Para ver las desigualdades en salud es preciso quitarse anteojeras mentales y mirar con ojos limpios y

sensibles. “Uno de los principales modos de comportamiento del mal”, apunta John Berger, “es estar mirando *allende* (con indiferencia) a lo que se tiene ante los ojos”.³⁴⁹

Para ver esa otra realidad necesitamos buena información y mucha reflexión. Y eso cuesta. Informarse, pensar, comprender, no es tarea fácil.³⁵⁰ Sólo con capacidad crítica, tiempo y esfuerzo se aprende a mirar mejor y entender lo oculto, lo invisible. Al aprender a mirar, los ojos quizás nos duelen, pero entendemos mejor, nos hacemos más responsables y nos damos la oportunidad de participar en la mejora social. Querer ver esa otra realidad da fuerzas para reflexionar, para retirar las cosas de las manos de los vendedores de falsas realidades, para ser más lúcidos, para vivir más dignamente y, sobre todo, para contribuir a cambiar las cosas. En un tiempo de inmoralidad y barbarie donde el pragmatismo todo lo invade, la codicia es omnipresente, se idolatra al dinero, se manipula la información, se falsea la historia y donde casi todo se maquilla, es preciso preservar el sentido del horror y de la realidad y comprometerse con el derecho a la protección y promoción de la salud que deben tener todos los ciudadanos y ciudadanas

³⁴⁹ Berger J. Hiroshima. En: *El sentido de la vista*. Madrid: Alianza editorial, 1990: 274.

³⁵⁰ “Cuando te dedicas a pensar te das cuenta que pensar no es fácil. Muchas veces damos por pensamiento lo que no es más que la reiteración de lo que otros han pensado a lo que simplemente hemos dado una leve tintura personal. Pero pensar es algo muy complicado. Porque las líneas ya marcadas son líneas muy profundas. Y, entiendo que pensar debería ser hacerlo fuera de las líneas ya marcadas, por eso es tan difícil. De hecho nosotros mismos, nuestra propia mente tiene unas líneas ya establecidas a través de la educación, de la información recibida que son como las marcas de las ruedas de los carros, de las que es difícil salir. Sin embargo, eso que llamamos reflexión solamente se produce en campo abierto, si no es así, yo no lo llamaría reflexión, lo llamaría pensamiento”. Entrevista a Andrés Rábago / El Roto. (14 de noviembre de 2002). <http://www.ttebeosfera.com/Documento/Entrevista/Rabago/Andres.htm>. [Página consultada 27-12-03].

del planeta. Como señaló Howard Zinn, «no se puede ser neutral en un tren en movimiento».³⁵¹

Conocer ayuda a saber que hacer. Nuestras percepciones son demasiado simples para captar la complejidad del mundo social y su influencia en la salud comunitaria. El análisis científico de la desigualdad social en salud nos ayuda, a modo de «telescopio» social, a mostrar donde, cuando, cómo, en quién y porqué ocurren unas diferencias en salud que son evitables e injustas. La investigación no cambia la realidad pero puede mostrar caminos, sacar a la luz la realidad, señalar donde fijar nuestra atención, ayudar establecer las elecciones sociales. Tener buen conocimiento es un requisito necesario para la acción.

Nos preguntamos: ¿Sabemos lo necesario sobre las desigualdades en salud? ¿La investigación realizada hasta el momento es suficiente? La respuesta a ambas preguntas es negativa. Describir y explicar con precisión la evolución, las causas y las consecuencias de las desigualdades sociales en la salud es, y deberá seguir siendo, un objetivo de investigación importante por diversas razones. En primer lugar, porque su estudio no es un tema prioritario entre los científicos que se ocupan de los temas sanitarios. De hecho, en relación a este tema, se investiga aún poco, a veces los trabajos no se publican, lo hacen tras grandes dificultades, o incluso a veces son silenciados tras su publicación.³⁵²

³⁵¹ Zinn H. *Estados Unidos: por qué tener esperanzas en tiempos difíciles. La resistencia ignorada. La revuelta de los guardianes*. Ediciones: Hondarribia, 1998.

³⁵² Benach J. & Tapia J. Mitos o realidades: a propósito de la publicación de trabajos científicos. *Mundo Científico*. 1995;154:124-130.

Segundo, porque nuestras oscuridades e ignorancias son aún muchas y estamos lejos de saber todo lo necesario en relación con la aparición, el origen y los cambios en las desigualdades de salud. Y tercero, porque, como hemos visto, las apariencias nos suelen engañar y con frecuencia las desigualdades se hallan ocultas y tener un mejor conocimiento nos ayuda a señalar dónde, qué y como reducir las desigualdades.

Conocer no quiere decir saber qué hacer. La investigación no previene la enfermedad ni reduce las desigualdades. Mostrar las desigualdades en salud, señalar cuales tienen mayor magnitud o cuáles tienden a crecer son condiciones necesarias pero no suficientes para reducir las desigualdades. Obtener un diagnóstico amplio y pormenorizado de las desigualdades en salud así como de su evolución y de sus causas no nos indica qué debemos hacer para reducirlas. De la información, del conocimiento, no deducimos directamente qué hacer. A partir de los hechos no podemos derivar qué acciones cabe realizar.^{353,354}

Para pasar de los hechos a las acciones necesitamos premisas valorativas. La pretensión de lograr una mayor equidad en salud no puede descansar tan sólo en un conocimiento detallado de las desigualdades, sino en principios éticos o morales.³⁵⁵ Lo justo es reducir las desigualdades en salud. Para empezar a actuar es suficiente.

³⁵³ Digámoslo con más precisión: cuando a partir de un hecho tal como “las clases sociales más pobres tienen un peor estado de salud que las clases más ricas” inferimos inevitablemente qué es lo que en la práctica debemos hacer, incurrimos en la llamada “falacia naturalista”. ¿Por qué? Porque de ese hecho, algunos podemos concluir que hay que ayudar a las clases sociales en peor situación mientras que otros pueden decidir no hacer nada y creer que, por las razones que sean, nos hallamos ante una situación fija, inmodificable, inevitable, justa o necesaria.

³⁵⁴ Moore G. *Principia Ethica*. Cambridge: Cambridge University Press, 1903.

³⁵⁵ “Sin embargo, la falacia naturalista no debería emplearse como persiana para tapan la realidad. De la información sobre el mundo no es posible deducir deberes morales, cierto; pero de ello no se sigue que la información sobre el mundo sea irrelevante para la actuación moral (...) Los hechos no morales (y en particular los hechos estudiados por la ciencia) desempeñan un papel importante en ética, puesto que la racionalidad práctica presupone la racionalidad creencial (...) En definitiva, de la ciencia no se deriva ninguna ética, pero sí condiciones de restricción para las éticas aceptables”. En: Riechmann J. *Un mundo vulnerable*. Madrid: Catarata, 2000:110-112.

Saber qué hacer no comporta necesariamente actuar. Conocer las desigualdades en salud o saber como reducirlas, no implica actuar ni, desde luego, que éstas se reduzcan. Contar las personas pobres o enfermas, mostrar detalladamente la evolución y causas de las desigualdades en salud o hacer informes muy específicos que insistan en su reducción, no es suficiente. Ese conocimiento, en sí mismo, no comporta plantear las estrategias más eficientes, las acciones prioritarias o, en definitiva, solucionar los problemas. Las palabras, los datos, los informes, no toman decisiones. El conocimiento científico puede ayudar a revelar las desigualdades en salud pero sólo la acción social puede reducirlas. El basurero de la historia está repleto de magníficos estudios sobre desigualdades sociales repletos de recomendaciones muy detalladas para reducirlas que jamás se pusieron en práctica. Por ejemplo, en 1980 el *Black Report*³⁵⁶ arrojó mucha luz sobre las desigualdades en salud en el Reino Unido. Años después, un perspicaz autor indicó como a ese informe le sucedía lo mismo que a la Biblia: era muy citado, pocos lo habían leído, y sus recomendaciones nunca se pusieron en práctica.³⁵⁷ En 1988 se repitió nuevamente la historia en el Reino Unido con el informe *Health Divide*³⁵⁸ y también en el año 1996 en España con el informe «Desigualdades sociales en salud en España», cuando el recién elegido gobierno del Partido Popular no prestó ninguna atención a las conclusiones y recomendaciones recogidas en el primer informe global sobre el tema que se realizó en el Estado Español.³⁵⁹

³⁵⁶ Townsend P., Davidson N., eds. *The Black Report* and Whitehead M. *The Health Divide*. London: Penguin Books, 1992.

³⁵⁷ Smith R. Whatever happened to the Black Report? *BMJ* 1986;293:91-92.

³⁵⁸ Townsend P., Davidson N., eds. *The Black Report* and Whitehead M. *The Health Divide*. London: Penguin Books, 1992.

³⁵⁹ Navarro V., Benach I. y la Comisión Científica para el estudio de las desigualdades sociales en salud. *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996. [También publicado en: *Revista Española Salud de Pública* 1996;70(5-6):503-645.]

Diagnosticar la realidad y no actuar no es ética ni políticamente aceptable. Además de hablar, estudiar o planificar, necesitamos actuar, evaluar y rendir cuentas a la sociedad.³⁶⁰ Podemos, debemos, hacer más.

Para actuar, la política importa más que la técnica. Para reducir las desigualdades en salud se requieren buenos conocimientos técnicos y la capacidad de gestión apropiada que permita realizar intervenciones comunitarias que sean efectivas. Sin embargo, ambos factores, por sí solos, no comportan como se debe actuar ni, desde luego, significan pasar a la acción. Las técnicas no deciden. Más aún, decidir qué política se debe elegir conlleva escoger entre diversos valores y, a su vez, las elecciones entre valores hacen referencia a decisiones relacionadas con la política. Toda decisión política se basa inevitablemente en valores y en suposiciones tácitas sobre la naturaleza humana y la sociedad. No se trata de una cuestión “técnica”. Si al elegir una política en lugar de otra nadie empeorase, las políticas serían esencialmente algo “técnico”³⁶¹ Sin embargo, “la política económica es la responsable de las grandes diferencias que se dan en la vida de la gente”.³⁶² Políticas distintas benefician y perjudican a grupos sociales diferentes.³⁶³

Los problemas de salud pública más importantes tienen una solución técnica sencilla o relativamente sencilla. Sin embargo, su resolución, dadas las relaciones de poder actualmente existentes, suele ser difícil o muy difícil.

Reducir el hambre, la pobreza o la desigualdad, por ejemplo, no son meros problemas técnicos o financieros sino asuntos políticos. Las soluciones técnicas requieren de la voluntad y de la acción política para llevarse a cabo.

³⁶⁰ Con frecuencia no es posible conocer si las acciones realizadas mejoran la equidad o la eficiencia ya que muy raramente las intervenciones realizadas se evalúan adecuadamente.

³⁶¹ Stiglitz J. Los populistas a veces tienen razón. *El País*, 14 de julio de 2003:11.

³⁶² Joseph E. Stiglitz. Entrevista en *El País Semanal*, 23 de junio 200:10-17.

³⁶³ Joseph Stiglitz, premio Nobel de economía en 2001, sabe bien de que habla. Fue vicepresidente del Banco Mundial y asesor del presidente Clinton.

Un asunto, la política, donde se señalan y dirimen los principios y objetivos (formulaciones de fines) que se tienen, donde se ordenan las prioridades, y donde se realizan las acciones y decisiones prácticas. La política, donde se trata de no engañar a los otros y de no dejarse engañar. La política, como espacio donde se dirime el poder de influir, coaccionar o incluso someter las propias elecciones y decisiones. Un asunto, el poder político, la ética de lo colectivo,³⁶⁴ imprescindible para reducir las desigualdades en salud.

A mayor democracia, mayor equidad en salud. Para que una comunidad alcance el máximo nivel de salud y la máxima equidad sanitaria debe incrementar su desarrollo social, económico y cultural y, sobre todo, debe instaurar la democracia. El economista Amartya Sen, por ejemplo, ha resaltado que en los países donde existen sistemas democráticos ya no se sufren hambrunas.³⁶⁵ A lo largo del siglo XX las democracias liberales han crecido en el planeta y la democracia suele ser buena para la salud comunitaria.^{366,367}

³⁶⁴ Fernández Buey F. *Política*. Madrid: Losada, 2003.

³⁶⁵ Sen A. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta, 2000.

³⁶⁶ Amartya Sen, economista de origen indio y premio Nobel en 1998, ha estudiado detalladamente las causas de las hambrunas en países como la India o China. Para Sen, las hambrunas tienen menos que ver con el suministro de alimentos que con la democracia. En un país democrático que regularmente realiza elecciones libres nunca ha habido hambrunas, señala Sen, ya que los líderes de esas naciones se ven obligados a actuar ante la presión de políticos y medios de comunicación libres. En los países no democráticos, en cambio, nadie rinde cuentas aunque sean millones quienes se mueran de hambre. En cambio, la activista ecologista e intelectual Vandana Shiva cree que Sen no acierta en su diagnóstico. Por un lado, porque señala que las hambrunas han regresado actualmente a la India en Orissa, Andhra Pradesh, Uttar Pradesh, Madhya Pradesh, Maharashtra y Bihar, Gujarat. Segundo, porque Sen no tiene en cuenta que la liberalización del comercio y las políticas globalizadoras vacían a la democracia de contenido económico eliminando decisiones importantes de la influencia democrática de la población. Y tercero, porque la gente muere de hambre a causa sobre todo de los programas estructurales de ajuste impuestos por el Banco Mundial y la Organización Mundial del Comercio que imponen una liberalización del comercio.

³⁶⁷ Puede consultarse el libro de Vandana Shiva. *Cosecha Robada. El secuestro del suministro mundial de alimentos*. Barcelona: Piados, 2003.

Sin embargo, para mejorar la salud de toda la población y reducir las desigualdades en salud necesitamos sistemas más democráticos que las democracias actuales, incompletas, de «baja intensidad».³⁶⁸ Unas democracias liberales que funcionan como un libre mercado donde los políticos han de competir por los votos de los ciudadanos,³⁶⁹ en las que los partidos se oligarquizan, la política se tecnifica y la democracia se mercantiliza.³⁷⁰ Unas democracias liberales demediadas, donde con gran frecuencia se cuenta la verdad a destiempo,³⁷¹ y donde muchas de las decisiones económicas y políticas cruciales están en manos del capital y no del pueblo (ver capítulo 9).³⁷² Unas democracias descafeinadas, donde se minimiza la participación ciudadana en las actividades públicas en las que, como, ha señalado expresivamente Andrés Rábago (el Roto), se trata de «que los ratones podamos elegir el gato que nos ha de cazar».

La democracia sólo puede existir como un proceso en crecimiento.³⁷³ Las democracias más desarrolladas, de carácter participativo, tratan de poner en práctica una democracia basada en una deliberación y una participación mucho más amplia y profunda, con mecanismos directos regulares que permitan controlar y penalizar a sus representantes en caso de no sentirse representados.³⁷⁴

³⁶⁸ Entrevista a Samir Amin. Crítica del capitalismo y construcción de alternativas. *Revista Herramienta*. 22 de marzo de 2000.

³⁶⁹ Ovejero F. *La libertad inhóspita. Modelos humanos y democracia liberal*. Barcelona: Paidós, 2002.

³⁷⁰ Fernández Buey F., Riechmann J. *Ni tribunales. Ideas y materiales para un programa ecosocialista*. Madrid: Siglo XXI, 1996:XXVI.

³⁷¹ Fernández Buey F., Riechmann J. *Ni tribunales. Ideas y materiales para un programa ecosocialista*. Madrid: Siglo XXI, 1996:61.

³⁷² “Quién manda aquí?” pregunté. Me dijeron: “El pueblo naturalmente”. Dije yo: “Naturalmente el pueblo pero, quien manda realmente?” Fried E. *Cien poemas apátridas*. Barcelona: Anagrama, 1978:82.

³⁷³ “Democracia, o sea gobierno del pueblo, no ha habido todavía nunca bajo las estrellas al menos en el planeta llamado Tierra”. Fernández Buey F., Riechmann J. *Ni tribunales. Ideas y materiales para un programa ecosocialista*. Madrid: Siglo XXI, 1996:81.

³⁷⁴ Ovejero F. *La libertad inhóspita. Modelos humanos y democracia liberal*. Barcelona: Paidós, 2002:160.

La experimentación y la institucionalización de esa democracia participativa tiene su origen sobre todo en el ámbito local, en las ciudades y los barrios donde vive y trabaja la mayoría de la población, y donde es posible convocarla para deliberar y decidir en común.³⁷⁵ Esa democracia más completa trata de fomentar la descentralización del poder en la toma de decisiones, promover la participación popular en la gestión y ejecución de los proyectos y recuperar el control del poder por parte de las ciudadanas y los ciudadanos. Una democracia así no se regala. La lucha por desarrollar ese experimento social ya ha empezado.

En las ciudades brasileñas de Porto Alegre y Belo Horizonte, por ejemplo, los residentes urbanos opinan y discuten sobre la utilización de los fondos públicos de su ciudad.³⁷⁶ En una serie de reuniones regionales, subregionales y temáticas los ciudadanos analizan los gastos del año anterior, opinan sobre las prioridades actuales y acuerdan recursos para nuevos proyectos. Más de un cuarto del presupuesto, se prepara con la utilización de este método.³⁷⁷ En suma, mayor democracia, significa que se desarrolle un gobierno de los que menos tienen, que los más vulnerables puedan hallar una mejor manera de expresar sus propias necesidades. Desarrollar la democracia es bueno para la salud de la comunidad.

La justicia social reduce las desigualdades de la salud. Sabemos que la salud es el resultado de la acumulación de efectos producidos por las condiciones sociales sobre los pueblos, sobre el curso de nuestras vidas. Sabemos que las manifiestas desigualdades sociales que caracterizan al capitalismo contradicen los mitos de libertad e igualdad con los que con

³⁷⁵ Tello E. Leer a Manuel Sacristán en el crisol de un nuevo comienzo. En: López Arnal S. *MARX*. Barcelona: El Viejo Topo, 2003.

³⁷⁶ Desde finales de los 90 otras ciudades como Rubí (Barcelona), Marinaleda (Sevilla) o Saint Denis (en la periferia de París), entre otras, están experimentando este modelo.

³⁷⁷ Warah R. El mal gobierno, una de las causas de la pobreza. *Habitat / Agora*. 13 de julio de 2000.

frecuencia se justifica el orden social existente.³⁷⁸ Sabemos que los más ricos y con más educación viven más y tienen mejor salud. Sabemos que las desigualdades sociales no son buenas para la salud de toda la población, para nuestra salud. Sabemos que para aumentar la igualdad social necesitamos un reparto mucho más equitativo de la riqueza y una redistribución mucho más igualitaria de los beneficios que favorezca a quienes menos tienen. Y también sabemos que para reducir las desigualdades en salud necesitamos, sobre todo, reducir las desigualdades en la riqueza mediante políticas fiscales progresivas y con políticas sociales que reduzcan el desempleo, la precariedad laboral y la marginación y que incrementen el acceso y la calidad de la educación, la vivienda y los servicios sanitarios entre quienes más lo necesitan.

Hemos aprendido que un determinante fundamental de la equidad de la salud es tener mayor justicia. Hemos aprendido que no es posible reducir las desigualdades en salud sin transformar la organización, la estructura socio-política y las desigualdades de poder que atenazan al planeta. No hay duda, la justicia es buena para reducir las desigualdades en salud. Pero, además de todo eso, también sabemos que las desigualdades de la salud persisten incluso en aquellas sociedades que poseen la menor desigualdad de renta, la mejor educación pública, y el más elevado nivel de salud pública y de servicios sanitarios. Nos preguntamos: ¿Pueden reducirse las desigualdades en salud bajo un capitalismo, globalizador de los poderosos, portavoz del fundamentalismo neoliberal, multiplicador de injusticias y depredador del planeta? Un capitalismo en el algunos países económicamente sobredesarrollados subdesarrollan a los países pobres. Un capitalismo que

³⁷⁸ Lewontin R.C., Rose S. & Kamin U. *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*. Barcelona: Crítica, 1987:37.

avanza compulsivamente hacia la destrucción ecológica del planeta,^{379,380} y muy probablemente hacia el aplastamiento del alma humana.

En ese contexto, ¿pueden reducirse globalmente las desigualdades en salud? Algunos estamos convencidos de que eso no será posible bajo este capitalismo, y más que probablemente bajo cualquier forma de capitalismo. Algunos, como Ernst Fischer,³⁸¹ creemos que el capitalismo acabará destruyendo al ser humano si éste no lo derrota primero.³⁸²

³⁷⁹ Desde al menos el primer informe al Club de Roma publicado en 1972 sabemos que el actual modelo de crecimiento económico nos lleva al desastre. Sobre la crisis ecológica, los límites de la tecnociencia y la sostenibilidad del planeta pueden consultarse los libros de Jorge Riechmann: *Un mundo vulnerable*. Madrid: Catarata, 2000; *Todo tiene un límite. Ecología y transformación social*. Madrid: Debate, 2001; y *Cuidar la T(t)ierra*. Barcelona: Icaria, 2003.

³⁸⁰ Desde entonces muchos otros autores y analistas han llegado esa conclusión. Susan George, por ejemplo, la autora del “Informe Lugano,” cree que “el sistema capitalista camina hacia la autodestrucción (...) “[Avanzando] a mucha velocidad hacia la catástrofe, hacia el colapso”. Entrevista en *Avui*. 24 de mayo de 2001:X-XI.

³⁸¹ Ernst Fischer (1889-1972) fue filósofo, editor, crítico literario y autor de ensayos como *La Necesidad del arte* (1963) y *El Arte contra la ideología* (1969).

³⁸² Citado en: Berger J. *El sentido de la vista*. Madrid: Alianza, 1990:127.

XI. EPILOGO

*Hay algo en que las derrotas y las victorias
se parecen mucho, y es que ni unas ni otras
son definitivas.*

José Saramago

*No creáis nada de lo que he dicho.
Descubridlo por vosotros mismos.*

Noam Chomsky

Piezas fragmentarias, confusión de luces enlazadas, imágenes que ocultan más de lo que muestran. Ver con la atrevida ignorancia de creer que mirar es comprender.

“Ver no es comprender. No se comprende más que con la razón.
No se comprende con los ojos o con los sentidos. Con los
sentidos uno se equivoca. Es la razón, el cerebro, es el
razonamiento, es la inteligencia, lo que nos permite comprender.
El sistema actual conduce inevitablemente o bien a la
irracionalidad, o bien al error.”³⁸³

³⁸³ Ramonet I. *La tiranía de la comunicación*. Madrid: Debate, 1998:50.

Distinguir lo que está ante nuestros ojos. No creer la ecuación de la era visual: lo visible es = a lo real es = a lo verdadero.³⁸⁴ No engañarnos, no engañar a los demás, no dejarnos engañar.

“Nos pueden emocionar hechos que no son ciertos. Por tanto, la certeza de la emoción no garantiza la certeza de los hechos que nos emocionan”.³⁸⁵

No dejarnos imponer una única mirada neo-colonizadora, hacer germinar la sensibilidad, escoger nuestras ideas, revisar las maneras de mirar, seleccionar nuestras visiones. Abandonar nuestra ceguera cómoda y voluntaria. Preguntar a la realidad. Descubrirse a uno mismo preguntando.

“Las preguntas son las únicas respuestas que de veras valen la pena. No porque estemos condenados a la duda incesante, sino porque las preguntas permiten imaginar un mundo diferente del que hoy por hoy padecemos. La realidad no es un destino, por lo tanto, puede ser sometida a preguntas que, a veces, son incómodas para los dueños del poder que administran el mundo”.³⁸⁶

³⁸⁴ Régis Debray. *Croire, Voir, Faire*. París: Odile Jacob, 1999.

³⁸⁵ Ramonet I. *Geopolítica i comunicació de final de mil.leni*. Sabadell: Fundació Caixa de Sabadell, 1999:152.

³⁸⁶ Galeano E. Entrevista de Sergio Marelli. <http://www.etcetera.com.mx/pag70ne36.asp> [Página consultada 04-01-04].

Abrir bien los ojos. Trabajar incansablemente para descubrir la realidad. Buscar nuestros puntos de vista. Seleccionar lo fundamental. Mirar hasta querer ver. Aprender a interrogar la realidad. Darnos tiempo para valorar por qué las cosas son como son.

“La manera en que vemos las cosas se ve afectada por lo que sabemos o por lo que creemos (...) Solamente vemos lo que miramos. Mirar es un acto de escoger (...) Mirar buscando algo es lo opuesto a mirar”.³⁸⁷

El horror, la pesadumbre, la desesperanza, nos sumen en la impotencia, el miedo, el aislamiento. No negarnos, no renunciarnos, querer cambiar, construirse a uno mismo.

“¿No ha visto la luna? ¿No quiere ver la estrellas? ¿No quiere volver a ver una noche de luna llena? ¿Quiere cerrar los ojos? Un cerezo me salvó la vida (...) Un cerezo me cambió. Un cerezo corriente y sin importancia. El mundo no es como lo ve. Cambie su forma de ver las cosas y cambie el mundo.”³⁸⁸

³⁸⁷ Berger J. *El sentido de la vista*. Madrid: Alianza, 1990:205.

³⁸⁸ Diálogo en la película *El sabor de las cerezas*. Director Abbas Kiarostami, 1996.

Algunos son los que miran, pocos los que ven, menos los que entienden y aún menos los que actúan. Ni engañarnos ni callarnos. Reivindicar nuestras palabras, actuar con la ayuda de palabras líquidas.

“Romper el silencio de los hechos, hablar de la experiencia, por amarga y dolorosa que sea, poner en forma de palabras es descubrir la esperanza de que esas palabras quizá sean oídas y luego, una vez oídas, juzgados los hechos.”³⁸⁹

Imaginar otra realidad de la salud, nuestra salud, y andar hacia ella. Nombrar aquello que vemos con todos sus nombres. Exigir (al coste que sea) el porqué de las cosas.

“Enseñar el hormiguero, la piel, los ojos de los perdedores, es subversión, y no tardará en estar prohibido.”³⁹⁰

Ver el mal. Comprender que la injusticia social daña la salud de los más necesitados. Explicar los mecanismos que crean y reproducen la desigualdad. No detenerse. Actuar contra la inconsciencia que el poder difunde, perder el miedo a nosotros mismos, rescatar lo sagrado.

³⁸⁹ Berger J. *Y nuestros rostros, mi vida, breves como fotos*. Madrid: Hermann Blume, 1986:17.

³⁹⁰ Vázquez Montalbán M. *Humanitats*. Fotografies de Sebastião Salgado. Barcelona: FNAC, 1999:8.

“El poder y la conciencia son términos contradictorios; podría decirse que enemigos. El poder nunca facilitará el desarrollo de la conciencia, y ésta tiene que evitar que el poder se haga con todos los resortes³⁹¹ (...) El miedo es el núcleo esencial del sistema del pensamiento del ego. Es el territorio que hay que expurgar, en el que realmente se dirimen las grandes batallas. La lucha contra el ego y todo lo que ello conlleva, sus miedos y miserias, es el verdadero territorio de la lucha de cada uno de nosotros (...) La recuperación de lo sagrado en nuestra sociedad actual es una de las pocas salidas que tiene para poder reorientar la dirección en la que nos movemos. Este sistema está abocado, como todos más o menos intuimos, a su aniquilación y destrucción. Y entiendo que el esfuerzo de recuperación tiene que venir por algo que siempre ha existido, que es la relación trascendente con la naturaleza por supuesto, pero también entre nosotros mismos. Y en la relación íntima con nuestro propio ser, es donde hay que trabajar con más ahínco.”³⁹²

Pensar en la propia vida, despertar la conciencia, nacer y morir varias veces al día, representar dignamente a la humanidad.

“Pero nuestra profesión es la esperanza... De nuestros despojos y rotos cuerpos habrá de levantarse un mundo nuevo. ¿Lo veremos? ¿Importa si lo veremos? Creo que no importa tanto como el saber a ciencia cierta que nacerá y que en largo y doloroso parto de la historia algo y todo pusimos: vida, cuerpo y alma. Amor y dolor, que no sólo riman, sino que se hermanan y juntos marchan”.³⁹³

³⁹¹ Entrevista a Andrés Rábago / El Roto. El Mundo / Magazine (15 de junio de 2003). <http://www.el-mundo.es/magazine/2003/194/1055517356.html> [Página consultada 27-12-03].

³⁹² Entrevista a Andrés Rábago / El Roto. TEBEOSFERA \ TEBEOTECA \ DOCUMENTOS (14 de noviembre de 2002). <http://www.tebeosfera.com/Documento/Entrevista/Rabago/Andres.htm>. [Página consultada 27-12-03].

³⁹³ Berger J. *Fotocopias*. Madrid: Alfaguara, 2000:176

Recordar como son las cosas. No olvidar como las cosas pueden ser. Unirse a la entrega ajena. Resistir. Resistir en un mundo con palabras gastadas para definir la barbarie. Aprovechar los resquicios, abrir fisuras.

“El mundo nada puede contra un hombre que canta en la miseria (...) A la vida le basta el espacio de una grieta para renacer. Lo primordial, es negarse a asfixiar cuanto de vida podemos alumbrar.”³⁹⁴

Ver a los vencidos, entender que para el poder hay muertos que interesan y muertos que no interesan. No dejarnos extirpar la memoria, luchar por una sociedad de diferentes y de iguales. Buscar nuestras palabras, señalar a nuestros culpables, combatir sus injusticias. No silenciar las cosas que importan.

“Los muertos, nuestro muertos, tan mortalmente muertos de muerte «natural», es decir de sarampión, tosferina, dengue, cólera, tifoidea, tétanos, pulmonía, paludismo y otras lindezas gastrointestinales y pulmonares. Nuestros muertos, tan mayoritariamente muertos, tan democráticamente muertos de pena porque nadie hacía nada, porque todos los muertos, nuestros muertos se iban así no más, sin que nadie llevara la cuenta, sin que nadie dijera, por fin, el YA BASTA”.³⁹⁵

Anticipar el futuro, cambiar desde dentro y desde fuera. Vivir cada día como si fuera el primero y cada noche como si fuese la última. Defender la salud, defender la alegría.

³⁹⁴ Sábato E. *La resistencia*. Barcelona: Seix Barral, 2000:108.

³⁹⁵ Comité Clandestino Revolucionario Indígena-Comandancia General del Ejército Zapatista de Liberación Nacional., 18 de enero de 1994.

“Hoy más que nunca la alegría es un artículo de primera necesidad, tan urgente como el agua o el aire. Nadie nos va a regalar este derecho de todos. Es preciso pelearlo: contra el propio miedo, el miedo a romper la costumbre de la pena, y contra los administradores de la tristeza acional, que le sacan jugo y venden las lágrimas. Pelearlo, digo, y no por la gente, sino con ella y desde ella.”³⁹⁶

No esperar nada, vivir esperándolo todo. No buscar completar la tarea, pero no cejar en el empeño de hacerlo. Decir las cosas como son, enfrentarse a la barbarie.

“Por trabajar nos matan, por vivir nos matan. No hay lugar para nosotros en el mundo del poder. Por luchar nos matarán, pero así nos haremos un mundo donde nos quepamos todos y todos nos vivamos sin muerte en la palabra”.³⁹⁷

La buena salud, individual, colectiva, la salud del planeta, es un tema social crucial. Al aprender sobre la sociedad, aprendemos sobre nuestra salud. Al aprender sobre la salud, aprendemos sobre nuestra sociedad. Las desigualdades en la salud son la enfermedad de nuestra época, nuestra principal epidemia. Las enfermedades de masas requieren remedios de masas. El cambio es colectivo, empieza por uno mismo, por nosotros mismos.

³⁹⁶ Galeano E. *Ser como ellos y otros artículos..* Madrid: Siglo XXI, 1993:80.

³⁹⁷ Comité Clandestino Revolucionario Indígena-Comandancia General del Ejército Zapatista de Liberación Nacional. Cuarta declaración de la Selva Lacandona. México, 1º. de enero de 1996.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA SOBRE GLOBALIZACIÓN, DEMOCRACIA Y MANERAS DE MIRAR

- Aguirre M. & Ramonet I. *Rebeldes, dioses y excluidos*. Barcelona: Icaria, 1998.
- Berger J. *El sentido de la vista*. Madrid: Alianza, 1990.
- Berger J. *Fotocopias*. Madrid: Alfaguara, 2000.
- Berger J., Blomberg S., Fox C., Dibb M. & Hollis R. *Modos de ver*. Barcelona: Gustavo Gili, 2000.
- Berger J. *Y nuestros rostros, mi vida, breves como fotos*. Madrid: Hermann Blume, 1986.
- Chomsky N. *La des(educación)*. Barcelona: Crítica, 2001.
- Chomsky N. *Dos horas de lucidez*. Barcelona: Crítica, 2003.
- Fernández Buey F. & Riechmann J. *Ni tribuneros. Ideas y materiales para un programa ecosocialista*. Madrid: Siglo XXI, 1996.
- Galeano E. *Patatas arriba. La escuela del mundo al revés*. Madrid: Siglo XXI, 1998.
- Galeano E. *Ser como ellos y otros artículos*. Madrid: Siglo XXI, 1993.
- George S. *Informe Lugano*. Barcelona: Icaria/Intermon, 2001.
- Hobsbawm E. *Historia sobre el siglo XXI*. Barcelona: Crítica, 2000.
- Ovejero F. *La libertad inhóspita. Modelos humanos y democracia liberal*. Barcelona: Paidós, 2002.
- Ramonet I. *Geopolítica i comunicació de final de mil·lenni*. Sabadell: Fundació Caixa de Sabadell, 1999.
- Ramonet I. *La tiranía de la comunicación*. Madrid: Debate, 1998.

- Sábato E. *La resistencia*. Barcelona: Seix Barral, 2000.
 - Sen A. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta, 2000.
 - Stiglitz J. *El malestar en la globalización*. Madrid: Taurus, 2002. [En Catalán: Stiglitz J. *El malestar de la globalització*. Barcelona: Empúries, 2002]
 - Van den Eynde A. *Globalització. La dictadura mundial de 200 empreses*. Barcelona: Edicions 1984, 1999.
-

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD

- Amick III B.C., Levine S., Tarlov A.R., Chapman D., eds. *Society & Health*. New York: Oxford University Press, 1995.
- Bartley M., Blane D. & Davey Smith G. *The Sociology of Health Inequalities*. Oxford: Blackwell, 1998.
- Benzeval M., Judge K. & Whitehead M. *Tackling inequalities in health*. London: King's Fund. 1995.
- Berkman L.F., Kawachi I. (eds). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
- Blane D., Brunner E., Wilkinson R. (eds). *Health and Social Organization*. London: Routledge, 1996.
- Borrell C., Benach J. (coords). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània, 2003.
- Evans R.G., Barer M.L., Marmor I.R. (eds). *Why are some people healthy and others not?* New York: Aldine De Gruyter, 1994.
- Mackenbach J., Bakker M., (coords). *Reducing inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge, 2002.
- Marmot M., Wilkinson R.G. (eds). *The social determinants of health*. New York: Oxford University Press, 1999.
- Navarro V., Benach J. y la Comisión Científica para el estudio de las desigualdades sociales en salud. *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
- Navarro V. (editor). *The political economy of social inequalities*. Amityville: Baywood, 2000.
- Shaw M., Dorling D., Gordon D. & Davey Smith G. *The widening gap. Health inequalities and policy in Britain*. Bristol: The Policy Press, 1999.

- Whitehead M. Bridging the gap. *Working Towards equity in health and health care*. Sundbyberg: Karolinska Institutet, 1997.
 - Wilkinson R.G. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.
-

INDICE

PRÓLOGO.....	3
AGRADECIMIENTO.....	5
I. OTRA FORMA DE MIRAR LA SALUD.....	11
II. DIFERENCIA NO ES DESIGUALDAD.....	17
III. EN BUSCA DEL CONOCIMIENTO ADECUADO.....	25
IV. LA POBREZA ENGENDRA ENFERMEDADES.....	39
V. LA EPIDEMIA MÁS IMPORTANTE	47
VI. CLAVES PARA COMPRENDER LA DESIGUALDAD.....	55
VII. LAS OTRAS ESPAÑAS.....	73
VIII. ¿DÓNDE ESTÁN LAS CAUSAS?.....	93
IX. LA SALUD ES INSEPARABLE DE LA POLÍTICA.....	115
X. GUÍAS PARA ORIENTARSE.....	131
XI. EPÍLOGO.....	147
BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA SOBRE GLOBALIZACIÓN, DEMOCRACIA Y MANERAS DE MIRAR.....	155
BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD.....	157