

## Geopolítiques de la pandèmia: la salut pública en perspectiva històrica

PRESENTACIÓ

En aquesta ocasió, la secció de diàleg s'ha organitzat entre dos especialistes: Esteban Rodríguez Ocaña, catedràtic d'Història de la Medicina i Col·laborador extraordinari del Departament d'Anatomia Patològica i Història de la Ciència de la Universitat de Granada i Joan Benach, Catedràtic del Departament de Ciències Polítiques i Socials de la Universitat Pompeu Fabra.

La proposta es mantenir una conversa que consisteix a abordar de manera analítica la salut pública des d'una perspectiva històrica i alhora com una qüestió central en clau de present i futur de la societat actual.

Als dos reconeguts especialistes se'ls demana que aportin les seves reflexions sobre aquest assumpte des de camps disciplinaris diferents, amb l'objectiu principal d'oferir a les historiadores i historiadors instruments teòrics i metodològics amb què abordar els problemes i els models que ha plantejat i planteja la noció de "salut pública".

En els moments actuals ens sembla que aquest exercici contribueix a enfortir algunes de les línies de recerca ja existents i estimular noves línies amb què pensar el present en clau històrica.

Finalment, ens sembla que val la pena esmentar que l'enregistrament d'aquest diàleg, posteriorment transcrit per Andrea Tappi i revisat tant pels autors com per nosaltres com a editors, ha estat utilitzat com una activitat per als alumnes de l'assignatura "Pensar la Història Escoles, Teories i Interpretacions" de Primer Curs de Grau impartit a la Secció d'Història Contemporània i Món Actual del Departament d'Història i Arqueologia de la Universitat de Barcelona. Els resultats obtinguts en aquesta pràctica, amb els informes lliurats del seu seguiment, i la resposta molt positiva que ofereix l'alumnat seria molt probablement matèria d'un altre diàleg futur sobre l'ensenyament universitari de la Història.

Andreu Mayayo, *director de Segle XX*  
 Javier Tébar, *subdirector de Segle XX*

## Geopolíticas de la pandemia: la salud pública en perspectiva histórica

### PRESENTACIÓN

En esta ocasión la sección de diálogo se ha organizado entre dos especialistas: Esteban Rodríguez Ocaña, catedrático de Historia de la Medicina y Colaborador extraordinario del Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia de la Universidad de Granada y Joan Benach, catedrático del Departamento de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra.

La propuesta es una conversación que consiste en abordar de manera analítica la salud pública desde una perspectiva histórica y, al mismo tiempo, como una cuestión central en clave de presente y futuro de la sociedad actual.

A los dos reconocidos especialistas se les pide que aporten sus reflexiones sobre este asunto desde campos disciplinarios diferentes, con el objetivo principal de ofrecer a los historiadores y las historiadoras instrumentos teóricos y metodológicos con los que abordar los problemas y los modelos que ha planteado y plantea la noción de “salud pública”.

En los momentos actuales nos parece que este ejercicio contribuye a fortalecer algunas de las líneas de investigación ya existentes y estimular nuevas líneas con las que pensar el presente en clave histórica.

Por último, nos parece que vale la pena mencionar que la grabación de este diálogo, posteriormente transcrito por Andrea Tappi y revisado tanto por los autores como por nosotros como editores, ha sido utilizado como una actividad para los alumnos de la asignatura “Pensar la Historia Escuelas, Teorías e Interpretaciones” del Grupo B1 del Primer Curso de Grado, impartido en la Sección de Historia Contemporánea y Mundo Actual del Departamento de Historia y Arqueología de la Universidad de Barcelona. Los resultados obtenidos en esta práctica, con los informes entregados de su seguimiento, y la respuesta muy positiva ofrecida por el alumnado sería muy probablemente materia de otro diálogo futuro sobre la enseñanza universitaria de la Historia.

Andreu Mayayo, *director de Segle XX*  
 Javier Tébar, *subdirector de Segle XX*

# Pandemic's Geopolitics: Public Health in Historical Perspective

## INTRODUCTION

On this occasion, the dialogue section has been organized between two specialists: Esteban Rodríguez Ocaña, Professor of History of Medicine and Special Collaborator of the Department of Pathological Anatomy and History of Science of the University of Granada, and Joan Benach, Professor of the Department of Political and Social Sciences of the Pompeu Fabra University.

It is a proposal for a dialogue that consists of analytically approaching public health from a historical perspective and, at the same time, as a central issue in terms of the present and future of today's society.

The two renowned specialists were asked to contribute their reflections on this matter from different disciplinary fields, with the main objective of offering historians theoretical and methodological instruments with which to address the problems and models posed by the notion of "public health".

At present, it seems to us that this exercise contributed to the strengthening of some of the already existing research lines, and to stimulating new lines with which to think about present time in a historical key.

Finally, we think it is worth mentioning that the recording of this dialogue, later transcribed by Andrea Tappi and reviewed both by the authors and by us as editors, has been used as an activity for the students of the subject "Thinking History. Schools, Theories and Interpretations" of the First Degree Course, taught in the Contemporary History and Current World Section of the Department of History and Archaeology of the University of Barcelona. The results obtained in this activity, with the reports delivered on its follow-up, as well as the very positive response of the students, would most likely be the subject of another future dialogue, focused on university teaching of History.

Andreu Mayayo, *director of Segle XX*  
Javier Tébar, *deputy director of Segle XX*

## Geopolíticas de la pandemia: la salud pública en perspectiva histórica

ESTEBAN RODRÍGUEZ OCAÑA Y JOAN BENACH DE ROVIRA

**Andreu Mayayo Artal (AMA).** Primero, queremos agradecer vuestra predisposición para aceptar el diálogo que os proponemos. Nos ha interesado, en esta ocasión, darle una perspectiva y un tono distinto a los anteriores; contar con especialistas en otras disciplinas y, al mismo tiempo, incorporar la perspectiva a un tema como el de la Pandemia dado el impacto que ha tenido en nuestras vidas de manera reciente. Conocéis, porque os la adelantamos, la forma de diálogo abierto sobre el asunto, con un guion breve y que previamente habéis recibido, pero a partir del cual podéis orientar o reorientar esta conversación. Insisto, la revista va dirigida a las historiadoras e historiadores, tal como os dijimos, pero tenéis la total libertad para entrar en los terrenos que consideréis oportunos y en los temas que os susciten mayor interés o preocupación. La idea, por tanto, es dar esa dimensión histórica al fenómeno de lo que hemos definido como “geopolítica de las pandemias” buscando conectar pasado y presente.

**Javier Tébar Hurtado (JTH)** En este sentido, os quería formular una petición. Walter Scheidel, historiador austriaco que reside en el mundo universitario norteamericano (Stanford), autor del *El gran nivelador: Violencia e historia de la desigualdad desde la Edad de Piedra hasta el siglo XXI*, publicado en 2017 y que Crítica lo tradujo al español en 2018, más recientemente, en 2020, sostenía en un artículo publicado en *The New York Times*, titulado “Por qué los ricos temen a las pandemias”, que “A corto plazo, es probable que la pandemia aumente la desigualdad” (...) El autor de *El gran nivelador* dice que la miseria y el descontento podrían llegar a niveles tales que las decisiones políticas más radicales “se vuelvan incluso inevitables”. ¿Qué opinión tenéis ambos sobre este pronóstico?

**(AMA)** ¿Con qué novedades se nos ha presentado esta pandemia? ¿Qué contraste se ha producido en todo el mundo, y si se están produciendo estas salidas distópicas o estas nuevas situaciones de las que hablaba Javier?

**Joan Benach (JB)** A diferencia de lo que habitualmente oímos en los medios y redes sociales sobre la pandemia actual, creo que una primera idea que debemos destacar es su carácter social. Veámoslo con algo de perspectiva histórica. Siempre ha habido y siempre habrá epidemias, pero cuando pensamos en ellas casi siempre lo hacemos desde el punto de vista de una simple enfermedad infecciosa; es decir, pensamos en sus rasgos médicos, sus síntomas clínicos, o su generación debida a causas biológicas como bacterias o virus. Sin embargo, vale la pena recordar que desde el punto de vista de la salud colectiva (la salud pública), existen epidemias o pandemias agudas, de tipo infeccioso, y epidemias o pandemias

de tipo crónico, muy relacionadas con causas sociales. Por poner algunos ejemplos, hoy existe en el mundo una pandemia de obesidad y otra de tabaquismo que se deben fundamentalmente a factores socioeconómicos, y también existe una pandemia de pobreza, de falta de agua limpia, de precarización laboral y otras más, casi todas las cuales tienen un fuerte carácter social.

Desde un punto de vista histórico, podemos pensar en la peste negra del siglo XIV que produjo la muerte de quizás la mitad de la población europea; o en la viruela, derivada de la expansión colonial, que produjo decenas de millones de muertes que acabaron con buena parte de la población indígena del Nuevo Mundo; o en epidemias de la Revolución Industrial europea como el cólera, la tuberculosis o la sífilis debidas a la explotación y miserables condiciones de trabajo, al hacinamiento existente en talleres y viviendas, a condiciones de vida insalubres y a la mala alimentación. Y por supuesto, también podemos observar la emergencia de epidemias más recientes. Pensemos que en las tres últimas décadas han aparecido alrededor de 200 nuevas enfermedades infecciosas, incluyendo cinco epidemias de coronavirus en el siglo XXI. Todas esas epidemias y pandemias siempre se ven imbuidas por factores sociales, muchas de las cuales son el resultado de complejos procesos socio-históricos y ecológico-políticos. ¿A quiénes afectaron más esas epidemias? A las clases trabajadoras en mucha mayor medida, en todas ellas se han producido en mayor o menor medida desigualdades de salud. Es decir, las epidemias tienen un mayor impacto en las poblaciones más pobres, marginadas y discriminadas que, además, previamente casi siempre tienen ya un peor estado de salud debido a razones sociales. Por ejemplo, la pandemia de gripe de 1918 mató entre 50 y 100 millones de personas a lo largo de tres oleadas, con fuertes desigualdades en la mortalidad entre los países y entre los grupos sociales, ya que fue especialmente la población más pobre e indigente la que se vio mucho más afectada. Lo mismo puede decirse de la pandemia de gripe A (H1N1) de 2009. En definitiva, todo ello pone de manifiesto la existencia de un círculo infernal casi siempre repetido: la desigualdad social aumenta el impacto de las pandemias, éstas aumentan las desigualdades sociales de salud y a su vez éstas aumentan de nuevo la desigualdad social.

**Esteban Rodríguez Ocaña (ERO)** Sí, yo quería sumarme a ese planteamiento porque precisamente la historia de la salud pública, la historia de las epidemias ha mostrado claramente esa faceta. Como escribía Roderick Mcgrew hablando sobre la primera pandemia de cólera, este en realidad no había creado nuevos problemas, sino simplemente había subrayado los problemas existentes. Es decir, la aparición del cólera vino a poner de manifiesto las precarias condiciones de vida de las masas urbanas en aquella sociedad que se estaba industrializando a pasos agigantados. Por tanto, es evidente que, desde esa perspectiva, la visión histórica de las epidemias del pasado debe de fijarse precisamente en esos elementos que generan la vulnerabilidad social en su conjunto, los elementos que subrayan precisamente el papel de las desigualdades.

**(AMA)** ¿Os parece como novedad a subrayar la rapidez de la transmisión de esta pandemia que tenemos respecto a las anteriores? Es decir, se dice que en la peste negra el ritmo de transmisión era el de la carreta y ahora es el del avión. ¿Destacaríais como novedad de esta pandemia el tema de la rapidez como un elemento de la globalización?

**(JB)** Planteas un tema de gran relevancia. De todos modos, antes de entrar en esa valoración, creo que es relevante valorar primero cómo medimos el impacto de una pandemia. Hasta mediados de octubre de 2021, los datos oficiales han registrado unos 240 millones de casos y casi 5 millones de muertes. Sin embargo, se trata de una información muy limitada. Pongamos un ejemplo para verlo. Según algunos estudios, la tasa de mortalidad por Covid-19 en la India podría ser entre siete y ocho veces más alta que la que se registra oficialmente. ¿Qué nos dice eso? Nos dice que probablemente aún tenemos una visión de lo que está ocurriendo en el mundo muy incompleta, y que probablemente tardaremos

varios años en tener una imagen más o menos real del conjunto del iceberg de la salud; es decir no sólo de toda la mortalidad, sino de todas las enfermedades generadas, las enfermedades sin atender, la salud mental, el malestar social, etc. De momento, sólo estamos viendo la parte más visible, la parte registrada, pero todavía sabemos bastante poco de lo que realmente está ocurriendo en la salud en un sentido más amplio, por no hablar ya de sus interacciones con el ámbito socioeconómico.

Vayamos ahora al asunto de cómo se ha transmitido la pandemia. Si comparamos la pandemia actual con la gripe del 1918, ¿qué diferencias hallamos? Has apuntado el tema de la propagación y la rapidez. Desde luego parece evidente que la expansión del turismo de masas, el transporte en avión y la globalización en general, han propagado la difusión de los virus de forma mucho más rápida que hace un siglo. Ahora bien, hay otras diferencias. Voy a señalar tres o cuatro que me parecen especialmente relevantes. La primera es el conocimiento. En el año 1918 no se conoció el virus relacionado con la pandemia (los virus fueron observados a partir de los años 30 al disponer de microscopios electrónicos). Sólo recientemente ha sido posible hallar probables muestras de virus en personas que murieron durante esa pandemia que han sido conservadas congeladas en algunas islas árticas noruegas. Segundo, la atención sanitaria. En la pandemia de 1918 la atención, globalmente hablando, pero también en los países ricos, fue muy pobre, muy escasa. A pesar de la propaganda y de algunas fotografías que llevan a pensar que hubo mucha atención, la atención sanitaria de hace un siglo fue muy limitada en comparación con la actual, aún y teniendo ésta muchas insuficiencias. El tercer punto es la investigación. Hace un siglo la investigación biomédica estaba muy poco desarrollada. No cabe duda de que en las últimas décadas se ha dado un salto enorme, como lo prueba la rápida obtención en pocos meses de vacunas efectivas. Dicho sea de paso, digamos entre paréntesis que una cosa es la investigación biomédica y otra la investigación más global de salud pública. Y, en cuarto lugar, recordemos que la información de la pandemia de gripe del 1918 fue escasa, fue censurada. Esa es una de las razones por las cuales la pandemia fue conocida como “gripe española”. En realidad, todo indica que la pandemia surgió en China, pasó a Estados Unidos (en Texas), y de ahí pasó a Europa vía las tropas americanas que participaron en la Primera Guerra Mundial. Pero la pandemia fue “descubierta” en España por la censura de información aplicada a otros países. Diría que estas son algunas de las diferencias que me parecen relevantes.

**(ERO)** Yo creo que hay también una característica culturalmente significativa que es que estamos viviendo la epidemia a nivel mundial, pero es como si estuviéramos todos en la misma habitación. Es decir, los instrumentos de información hacen que esta sea la primera pandemia retransmitida en directo. Sobre todo, durante la primera fase de la pandemia, nada más levantarnos lo primero que hacíamos era mirar los números. Es la primera pandemia en la cual todo el mundo prácticamente está viviendo al unísono y eso sin duda crea una sensación o, mejor dicho, crea unos lazos que por una parte estimulan la conciencia de la solidaridad mundial entre las personas y, por otra, también nos produce e incrementa la sensación de angustia. Curiosamente, porque nos vemos como mucho más atacados individualmente. Creo que esta es una distinción importante en cuanto a la vivencia de la enfermedad, porque las enfermedades no son solamente productos biológicos, también son consecuencia de relaciones sociales. Evidentemente, en el caso de las pandemias infecciosas, pues está claro que las vías de comunicación y el intercambio entre distintas sociedades y entre distintos grupos constituyen un factor de aceleración y expansión de la pandemia. Pero al mismo tiempo, desde el punto de vista individual, esa vivencia,

esa coexistencia con el mundo a través de los números, me parece que es un elemento significativo en estos momentos.

**(JB)** Estoy de acuerdo con lo que señala Esteban. Como apuntó hace un tiempo un interesante artículo del ensayista y periodista Ignacio Ramonet, la pandemia es un “hecho total”, en el sentido de que toca prácticamente todos los aspectos de la vida en el planeta. Es un fenómeno bio-eco-social que ha tocado todos los ámbitos de la vida: la salud, la enfermedad y la muerte, la medicina y la salud pública, los medios de comunicación y las *fake news*, la política y el poder, la psicología social y la cultura, el uso de la tecnología y el medio laboral, la economía y la legalidad, la crisis ecológica... Por tanto, de alguna manera como hemos dicho es una “pandemia desigual” pero también es un hecho global que, como ha dicho el escritor Boaventura de Sousa Santos parafraseando a Eduardo Galeano, “ha abierto las venas del mundo”. Y es que seguramente en bastantes sentidos podemos decir que la pandemia representa el fin y el inicio de una época histórica.

**(JTH)** Quería añadir, al hilo de lo que estabais planteando una cuestión: ¿Veis que el hecho diferencial cultural, en el que insistís, tiene algún aspecto particular? Precisamente, sobre esta pandemia es sobre la que mayor información tiene la ciudadanía, sobre el hecho total, como dice (JB), pero al mismo tiempo se empiezan a producir extrañas circunstancias, lo que yo denominaría como una especie de “síndrome del CSI” [se refiere a las varias formas en que la representación exagerada de la ciencia forense en la franquicia *Crime Scene Investigation* y otros programas de televisión influye en la percepción pública de la criminalística] sobre la pandemia, es decir aquella idea de adquirir una cultura forense, a través de las películas norteamericanas. ¿Vosotros veis, como especialistas en salud pública, que ha habido elementos que han conducido precisamente a ese “efecto CSI”, más que a una formación sobre salud pública? Por ejemplo, los discursos, incluso periodísticos y algún discurso público apuntaría en esta dirección. Y nos interesaba mucho para los alumnos que distinguieramos, distinguierais vosotros esa diferencia entre salud pública y sistema sanitario. A veces se habla del sistema sanitario como si fuera el “todo”, cuando en realidad es una parte de la salud, de las políticas de salud pública. La pregunta es: ¿hay algo en el discurso informativo periodístico, también de las propias autoridades y los discursos políticos que hayan contribuido a crear esa confusión, ese ruido informativo, de manera que llega a alentar la propia autoformación o, como queremos llamarla: autoayuda del “síndrome del CSI” en torno a la actual pandemia?

**(JB)** Has tocado varios puntos de interés. El hecho de que sea un fenómeno global y de que los medios de comunicación y las redes sociales expandan las noticias a la velocidad de la luz puede dar la falsa impresión de que estamos conociendo en vivo y en directo el problema. Es cómo decía ese viejo y erróneo eslogan de la CNN de los años 80 cuando repetían algo así como: “está pasando, lo estás viendo”. Pero no, no comprendemos lo que está pasando. Comprender en profundidad la realidad es un fenómeno muy diferente a recibir datos o tener información simple, aunque ésta sea instantánea, aunque sea muy rápida y se difunda por doquier. ¿Por qué? Por muchas razones. Vivimos en un mundo de sobreinformación y también de mucho “ruido” y gran desconocimiento. Como antes decía, puede dar la impresión de que tenemos toda la información a mano: el número de infectados, de muertes... Pero no es así, comprender la realidad es mucho más complejo.

En salud pública usamos mucho la metáfora del iceberg que me parece muy ilustrativa. El iceberg representa aquello que vemos y aquello que está escondido, lo que es invisible. Eso tiene que ver con problemas de salud que no sabemos reconocer, ni medir, pero también con sus causas, con una mirada de la salud que a menudo es excesivamente biomédica y que olvida los determinantes sociales de la

salud, las insuficiencias del sistema sanitario público, o bien los sesgos que se realizan en una investigación biomédica que a menudo es ciega a una visión global de salud pública. Y es que ni las acciones sanitarias especializadas y tecnológicas, ni la investigación biomédica pueden prevenir problemas de salud que son poblacionales, colectivos, con una honda raíz en lo social y lo político. Eso lo podemos ver con claridad en la mayoría de los expertos que aparecen en los medios de comunicación donde abundan virólogos, clínicos, médicos y algunos epidemiólogos... probablemente para una gran parte de la población es la primera vez que habrán oído de forma repetida la palabra “epidemiología”. Sin embargo, en los medios apenas si hay salubristas, aquellos profesionales y expertos con una visión global de la salud de toda la población, que se ocupan de la salud pública. Y es que siempre hay que repetir que la “sanidad pública” no es lo mismo que la “salud pública”. Cuando uno tiene un problema de salud necesitas atención, quieres que te cuiden, que te diagnostiquen y te curen, pero la salud pública es una disciplina enormemente compleja y amplia que abarca desde la vigilancia de la salud, la educación sanitaria, las políticas públicas, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la protección ante riesgos, la planificación de la salud colectiva, y muchas más cosas. Junto a los salubristas, nos podemos preguntar: ¿dónde están otros profesionales que son imprescindibles para tener una visión mínimamente completa? Veterinarios, sociólogos, politólogos... En mi opinión, solamente una visión más integral e integrada nos hubiera permitido comprender y hacer frente a la pandemia de un modo más rápido y efectivo.

**(ERO)** Efectivamente, sanidad y salud pública no es lo mismo, aunque sí lo fueron en un momento en nuestra historia del pasado. En los términos han cambiado y como somos prisioneros del lenguaje, ahora cuando decimos sanidad y temas sanitarios pensamos en la enfermedad, en la atención a los enfermos, los hospitales etcétera, pero eso no era así antes. Ese concepto se ha acuñado realmente en los últimos 50 años. Anteriormente “sanidad” venía a representar la acción concertada, la administración de los Gobiernos en relación con la salud de la población. Era una actividad fundamentalmente preventiva. Y con la capacidad que existía antes de la virología y antes del desarrollo de la microbiología, esta actividad se limitaba a medidas de control de los desplazamientos, de control de las fronteras respecto a la posible importación de casos de enfermedades que pudieran a su vez producir la epidemia en el interior del país. En momentos de epidemia la Comisión de Salud Pública o la Junta de Sanidad local se ocupan de cuidar la cuestión del medio urbano, de evitar que haya basura, procurar que haya alimentos que no estén en mal estado, etcétera. Pero eso ocurre solamente de forma episódica [en presencia de epidemias]. Solamente a partir de 1904 con el Real Decreto de Instrucción General de Sanidad en España se introduce la preocupación por la enfermedad de la población como una tarea diaria y entonces se pone el énfasis en la actividad municipal. Son los municipios los encargados de vigilar el ambiente urbano, con la vista puesta en evitar la aparición de las enfermedades, aunque con el establecimiento del concepto de enfermedad infectocontagiosa de corte microbiológico, se desplaza ligeramente el foco del medio hacia las personas, porque los individuos se convierten en portadores de contagio y se reorienta la visión puramente ambiental para incluir a las personas, a través de las campañas médico-sociales de la primera mitad del siglo XX. Únicamente es el triunfo de la gran tecnología médica, el “hospitalocentrismo”, que se impone a partir de la Segunda Guerra Mundial en todo Occidente y en España a partir del año 1960 de forma clara, el que separa las tareas de prevención de las tareas de atención a la enfermedad. La salud pública mantiene la mirada sobre el conjunto de la población, mientras

que la actividad clínica es el resultado de la mirada médica exclusiva o fundamentalmente centrada en las circunstancias individuales.

**(JB)** La pandemia ha generado una aparente paradoja en la atención sanitaria. Desde el punto de vista histórico, es muy evidente que la sanidad pública ha avanzado mucho en las últimas décadas en España. Hay muchos más conocimientos, recursos, profesionales e instrumentos para hacer frente a las enfermedades y, sin embargo, la pandemia ha señalado también nuestras incapacidades y sus limitaciones y el hecho de que pensamos en enfermedad más que en salud. Y eso nos muestra nuestra escasa capacidad para hacer frente en serio al problema de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Se nos dijo y repitió que teníamos uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo. Obviamente, eso depende de con quien y con que nos comparemos, pero es muy claro que nuestro sistema sanitario, que nuestro modelo de hacer frente a los problemas de salud-enfermedad se ha mostrado muy insuficiente para reconocer, vigilar, prevenir, atender y actuar ante los problemas de salud más importantes que enfrenta la sociedad. La pandemia es el mejor ejemplo de nuestras insuficiencias. Y todo ello tiene que ver con el modelo hegemónico biomédico, hospitalocéntrico, y en buena parte mercantil de nuestro sistema de salud, donde la salud pública está escandalosamente subfinanciada. Todo eso, nos lleva a hacernos otras preguntas cruciales: ¿por qué no se ha invertido ni se invierte en salud pública ni en los determinantes sociales de la salud?, ¿por qué no se invierte en atención primaria y en servicios sociales?, ¿por qué no cambiamos ese modelo hegemónico, tan insuficiente para atender los problemas de salud y desigualdad la población?

**(ERO)** El tema de la prevención, está claro, ha ocupado casi casi siempre en los últimos tiempos un lugar muy secundario en las preocupaciones de los gobiernos. Están mucho más preocupados por conseguir soluciones a corto plazo de las que pueden obtener algún rédito. La prevención es otro terreno, como tú bien sabes. Es mucho más complicado invertir en prevención, porque el rendimiento no se consigue de forma inmediata y además es muy difícil de visualizar.

**(AMA)** Esto da pie, en otro orden de cosas, a preguntaros qué pensáis sobre algunas cuestiones como, por ejemplo: ¿cuál ha sido la evolución de la estructura sanitaria española y el proceso de regionalización de la sanidad a partir de 1978 (por ejemplo: la relación entre España y la OMS; las políticas, durante la consolidación de la democracia, ante el síndrome tóxico por aceite de colza, la drogodependencia de los años ochenta y el sida, por poner algunos ejemplos)

**(ERO)** En fin, yo creo que en España hubo un momento crítico que fue en torno a la Transición de 1975 a 1986 en que pareció que las consideraciones fundamentales que promueve la salud pública – es decir, la cuestión de la salud en todas las políticas, la participación de la comunidad, principios de equidad, precaución y transparencia, etcétera – que se han recogido expresamente en la Ley General de Salud Pública de 2011, parecían ir marcando las líneas de evolución de la estructura sanitaria a partir de la Ley General de Sanidad de 1986, pero después no se cumplió realmente. La atención del estado y del público recayó expresamente en la organización y provisión de la atención médica. Es curioso advertir cómo los grandes o medianos hitos en la historia de salud pública española reciente se alcanzan a finales de los mandatos de los Gobiernos del PSOE que han sido los más activos en ese terreno, pero siempre al final. Por ejemplo, la Ley de Salud Pública mencionada fue prácticamente uno de los últimos actos del Gobierno de Zapatero. Y ahora los salubristas, a través de las sociedades profesionales como la So-

ciudad Española de Epidemiología o la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, están reclamando que se aplique una ley que entró en vigor hace diez años.

**(AMA)** ¿Qué cuestiones habría de considerar como las principales a la hora de investigar en torno a las desigualdades en salud, los análisis geográficos de la salud y las políticas sociosanitarias?

**(JB)** Creo que la pandemia ha puesto de manifiesto lo que podemos llamar un “déficit preventivo” de todas las prevenciones que usamos en salud pública. Desde la prevención primaria (por ejemplo, prevenir la aparición de una enfermedad mediante una vacuna), la secundaria (predecir la aparición de un cáncer de mama para evitar que se desarrolle), la terciaria (reducir los efectos de las enfermedades), y la cuaternaria (evitar el daño realizado por acciones médicas). De hecho, al señalar que muchos problemas de salud que debemos prevenir son sistémicos y globales, en un reciente artículo hemos propuesto el concepto de “prevención planetaria”.

Me parece que durante la pandemia se han generado tres modelos principales de acción preventiva y gestión sanitaria. El modelo que podemos llamar “preventivo-institucional”, realizado en muchos países asiáticos y Oceanía donde, alertados por anteriores pandemias, han actuado radicalmente para eliminar la transmisión comunitaria utilizando la estrategia ‘COVID-o’, con intervenciones rápidas y muchos medios y recursos con pruebas, detección, rastreadores, aislamientos, controles y campañas de salud pública masivas y persistentes. Luego tenemos un modelo, común en los países occidentales, de mitigación “reactivo-empresarial”, con un permanente bloqueo/liberación de actividades y confinamientos para minimizar los daños económicos y reducir el impacto de salud cuando el sistema sanitario (sobre todo las UCI) llegaba al límite. Y también tenemos un modelo “necrofílico” representado sobre todo por Trump en los Estados Unidos y Bolsonaro en Brasil, con una estrategia autoritaria “neofascistoide” asociada al capital financiero y empresas farmacéuticas, caracterizada por dismantelar la salud pública y despreciar la vida de quienes “no son dignos de vivir.” La investigación disponible ha mostrado las ventajas del primer modelo para la economía, en relación con las libertades sociales y a la salud. Por ejemplo, los países de la OCDE que optaron por la eliminación del virus (Australia, Islandia, Japón, Nueva Zelanda y Corea del Sur) tuvieron 25 veces menos muertes que los países que favorecieron la mitigación.

**(JB)** En relación con las vacunas, la desigualdad en el nivel de vacunación entre países y poblaciones muestra a las claras que no se trata de un tema científico o sanitario sino sobre todo de un asunto geopolítico y económico. A finales de agosto de 2021, más de 2.500 millones de personas ya estaban vacunadas con al menos una dosis, pero con grandes desigualdades en todo el mundo. Y es que la pandemia es como un espejo de cómo funciona la geopolítica mundial y el capitalismo neoliberal. A mediados de octubre de 2021, menos del 1% de la población de los países más pobres estaba totalmente vacunada frente a más del 50% de los países medios y ricos y casi el 80% de los países más ricos. Aunque la democratización de la vacunación, convirtiéndola en un bien común de toda la humanidad sería la “vacuna social” más efectiva, las empresas farmacéuticas anteponen sus beneficios ante cualquier otra cosa (empresas como BioTech, Moderna y Pfizer siguen ganando decenas de miles de millones de euros) y los Estados e instituciones internacionales no dan los pasos necesarios para “vacunar al mundo”.

Por último, un comentario también en relación con la evolución histórica reciente de la sanidad en España. Desde la democracia, ésta se puede dividir esquemáticamente en varias fases. Una primera fase, desde 1986 a 1996, que se inicia al ser aprobada la Ley General de Sanidad por el PSOE, que había ganado en 1982 las elecciones con una mayoría abrumadora. La ley se aprobó después de muchos debates y una feroz oposición, entre otras la del conservador Colegio de Médicos. Aún con sus insuficiencias

y limitaciones fue un importante paso adelante. Luego, con el PSOE aún en el Gobierno, se fueron desarrollando cada vez más presiones privatizadoras de la sanidad. Recordemos el famoso “informe Abril” de 1991. Tanto en Catalunya como en el conjunto de España se fue acentuando un “goteo” de propuestas para mercantilizar progresivamente la sanidad, algo que se acentuó con fuerza desde 1996, cuando el PP de Aznar gana las elecciones, y más aún al renovar con una amplia mayoría su gobierno en el 2000. Con ello se impulsaron “experimentos” como el hospital Alzira en Valencia, y otras muchas reformas con tácticas y estrategias muy pensadas para avanzar en el proceso de mercantilización de la sanidad. Ese avance neoliberal tuvo su máxima expresión en 2012 con un Real Decreto sobre el Sistema Nacional de Salud. La crisis de 2008 y las subsiguientes políticas de recortes fueron precarizando y debilitando a la sanidad pública, pero también provocaron una reacción de resistencia popular para intentar oponerse al proceso de privatización y contrarreforma sanitaria. En cualquier caso, la atención primaria, los servicios sociales y la salud pública han recibido una financiación y un desarrollo escasos, algo de lo que hemos sido testigos durante la pandemia. Finalmente, decir que la mercantilización creciente de la sanidad en el mundo es muy preocupante, especialmente si la combinamos con algunas de las principales tendencias tecnológicas actuales: la investigación biomédica, los big data y datos biométricos masivos, la digitalización de procesos, la telemedicina (con realidad virtual y aumentada si la crisis ecológica y energética pudieran hacerlo posible), y la inteligencia artificial, entre otros procesos, pueden reforzar aún más el modelo biomédico hegemónico y la desigualdad.

**(ERO)** Estoy de acuerdo con la periodización que planteas. En el caso de la organización de la estructura de salud pública dentro del sistema sanitario, con la infradotación que has señalado, la característica fundamental fue la diversificación autonómica. Cada autonomía recibió las competencias de salud pública, que prácticamente fueron las primeras que se dieron, comenzando en 1978, y las aplicaron cada una a su estilo y su manera de forma que ha habido distintos modelos. Otra novedad es que se han desgajado parcelas importantes de la preocupación preventiva del ámbito de la salud pública. Por ejemplo, la sanidad alimentaria prácticamente se ha independizado en muchos casos. Varias autonomías tienen su propio sistema de gestión separado para la sanidad ambiental e incluso la salud laboral. Alimentación, trabajo y medio ambiente, tres grandes temas, tres grandísimos temas que tienen que ver justamente con el problema de los determinantes: las cosas que nos hacen enfermar, más allá de la presencia de gérmenes microscópicos. Esta situación obliga a un esfuerzo de coordinación grande que tardó un tiempo en establecer unos instrumentos sólidos (en 1993 se creó la Comisión de Salud Pública dentro del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud) y que tiene muchos vaivenes porque depende de las relaciones políticas entre los distintos Gobiernos autonómicos y el Gobierno central. Sin olvidar la necesaria coordinación europea. Recordemos el comienzo de la pandemia de sida, que empezó en 1981. La respuesta inicial fue muy confusa, no estaban las cosas claras en ningún momento desde el punto de vista de la organización y del trabajo preventivo ni tampoco del asistencial. En 1987 se comenzó a enderezar con una Comisión nacional, donde se incorporó una representación válida de la sociedad civil a partir de 1993 y a partir de 1996 se encarrila con la formulación de los planes de movilización multisectorial contra el sida. Planes y estrategias que también se han llevado a cabo en otros terrenos en consonancia con iniciativas internacionales, como, por ejemplo, contra el tabaquismo, donde España fue uno de los primeros países en suscribir el Convenio de la OMS y pocos años después reforzó las actuaciones para evitar el humo en espacios determinados, evitar la afectación de los profesionales de hostelería, etcétera. También la estrategia contra la obesidad en relación con la alimentación escolar. Pero dentro de todo eso, efectivamente hay un hueco, hay un gran espacio que

justamente marcó un poco tu propio trabajo, con la Comisión científica para el estudio de las desigualdades de salud en España, que fue la primera investigación sobre esa cuestión a nivel estatal que se publicó en 1996. ¿Verdad?

A mí me gustaría que comentaras un poco tu experiencia. ¿Cómo fue esa comisión? ¿Qué elementos positivos hicieron posible que se formara una comisión y que trabajase sobre este asunto? ¿Qué pasó con los resultados?

**(JB)** Sí, voy a comentarlo, pero antes si te parece me gustaría comentar un poco uno de los hilos que lanzas. Antes citabas el tema del “hospitalocentrismo”, es decir, los hospitales como grandes palacios de la enfermedad donde la gente va a pedir ayuda, con un enfoque biomédico, tecnológico y básicamente curativo. Pero además no podemos olvidar que la atención sanitaria puede ser muy útil para curar, pero también produce daños, por acción o por omisión. Por ejemplo, en Estados Unidos, un país con muchos premios Nobel de Medicina, los mejores hospitales y una investigación biomédica puntera, hay una cuarta parte de la gente que no visita al médico al no poder pagar el coste sanitario, y más de la mitad de la población tienen dificultades para pagar las facturas médicas. Al mismo tiempo, en ese país la sobremedicalización y mala praxis generan un gran daño, la llamada “iatrogenia”, que se traduce en que se ha convertido en la tercera causa de muerte. Si la tercera causa de muerte de un país se debe a la mercantilización de la sanidad y a su excesiva medicalización, no cabe duda de que tenemos un grave problema de salud pública.

Para seguir ahora con el otro hilo que lanzabas sobre la Comisión de la desigualdad de salud en España. Aunque nos podríamos remontar al siglo XVIII o al XIX, ya en el siglo XX el cambio mayor en el análisis de la desigualdad de salud se produjo en Inglaterra en 1980 cuando se publica un importante informe llamado *Black Report*. Desde entonces, tenemos una evidencia cada vez más sólida y más profunda de la existencia de las desigualdades en salud y de sus causas, los llamados “determinantes sociales” de la salud, que son el elemento fundamental que determina la salud colectiva. Es decir, tener un tipo u otro de leyes y políticas, que haya un mercado de trabajo con desempleo y precarización laboral elevados, o bien un parque de viviendas que no está al alcance de mucha gente, o que haya un medio ambiente degradado... Todos esos y otros muchos factores son decisivos para comprender como se genera la salud de la población y las desigualdades. Esos determinantes sociales están estrechamente interrelacionados con los factores conductuales y biológicos. ¿Qué ocurre? Que la investigación científica tiende mediante el análisis a separarlo todo (especialistas como el genetista, el psicólogo, el epidemiólogo, etc, por no citar todo tipo de subespecialidades) olvidando las interrelaciones de la realidad y el conocimiento y el hecho de que todas esas especialidades dependen estrechamente del medio político, económico y cultural en que vivimos. Es en ese sentido que usamos metáforas muy elocuentes para interconectar todas esas realidades al señalar que “lo social se nos mete dentro del cuerpo” y que de ese modo se expresa en forma de enfermedades. O también decimos por ejemplo que “la desigualdad se te mete debajo de la piel”. Volviendo al punto esencial, tras el *Black Report*, en muchos países europeos, Canadá y Estados Unidos, se fueron desarrollando numerosos estudios e informes sobre las desigualdades en salud. Sin embargo, desgraciadamente ese conocimiento no se ha traducido demasiado en políticas. Las razones son diversas, pero una de ellas es el rechazo absoluto de los políticos más conservadores a ni tan siquiera plantear el problema. Por ejemplo, cuando el *Black Report* se publica en Inglaterra, Margaret Thatcher gana las elecciones y tira directamente a la basura el informe, sin permitir ni siquiera que se hagan copias. Hubo que esperar hasta 1982 para que los autores pudieran publicarlo en una edición de Penguin. ¿Qué pasó en España? En España la Comisión sobre desigualdades de salud

de la que formé parte junto con Vicente Navarro y otros/as investigadores/as se puso en marcha en octubre de 1993. Hubo muchas dificultades y complicaciones para realizar ese informe pero finalmente se publicó a inicios de 1996. En ese estudio, que tuve la fortuna de coordinar, analizamos desigualdades de mortalidad, el estado de salud, las conductas sanitarias, las políticas de salud, etc. Pero en 1996 ganó las elecciones el PP y, como ocurrió en Inglaterra, el estudio quedó en el ostracismo. Desde entonces, ha habido otros intentos y Comisiones, pero por desgracia las desigualdades en salud y en general los fenómenos ligados a los determinantes sociales de la salud tienen una visión retórica pero muy poca acción política real. En esa carencia y dejadez, los gobiernos progresistas tienen también una parte muy importante de responsabilidad.

**(ERO)** Creo que después se ha publicado el Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (2008) realizado por una asociación privada, una ONG, la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, sin participación gubernamental. Y confieso mi desconocimiento sobre otras iniciativas.

**(JB)** En España hubo otra Comisión de Desigualdades de Salud en el año 2010 que coordinó Carme Borrell y de la que también formé parte. También estaba en ese momento gobernando el PSOE, pero recordemos que el gobierno del PP de Rajoy ganó las elecciones a finales de 2011 y de nuevo ocurrió lo que ya señalé, el muy escaso interés del gobierno entrante en hacer frente a las desigualdades de salud.

**(ERO)** Casi al final de otra legislatura, en este caso cuando ganó Rajoy... Una de las cosas curiosas y curiosísima de esta novedad informativa es que hayamos descubierto que el trabajo es lo que mantiene la sociedad en marcha. Efectivamente, la pandemia nos afecta a todos, pero no afecta a todos de la misma manera. Desde luego quienes salen desfavorecidos son fundamentalmente aquellos que no se pueden proteger a sí mismos y por eso entran dentro de la gran bolsa de marginación, que tampoco podemos decir marginación porque es el 40% de la sociedad en España. El avance del informe Foessa de 2021 habla de 11 millones de personas en situación de exclusión social en España, 2,5 millones más que en 2008, una cifra similar a la de *El Estado de la pobreza 2020* publicado por la Red Europea contra la Pobreza y la Exclusión [<https://www.eapn.es/estadodepobreza/descargas.php>] que cifra en un total de 12,5 millones de personas, es decir, el 26,4 % de la población española, las que están en riesgo de pobreza y/o exclusión social, de ellos unos 4,5 millones de personas, el 9,5 % de la población española, viven en pobreza severa. A nivel internacional, global, una proporción aún mayor mantiene unos niveles de vida muy bajos, inferiores a lo que permite un mínimo bienestar individual. Recordemos que la vieja definición de salud (1948) que dio la OMS la ligaba a un concepto de bienestar, definición que se elaboró en el mismo entorno que la Declaración de Derechos Humanos, aprobada por la ONU. Sin embargo, si tomamos el concepto con dicha literalidad, la conexión parece haber desaparecido en nuestros días. La realidad que Boaventura de Sousa Santos llama el *Gran Sur*, como conjunto de población que vive en la pobreza, incluso con trabajo, muchas veces informal, en el que las mujeres soportan una doble explotación, es la que se ha puesto de manifiesto absolutamente con la pandemia y es hipócrita que ahora nos hagamos de nuevas sobre su existencia.

**(JTH)** Como habéis planteado, es como si en un laboratorio de revelado de fotografías la pandemia hubiera positivado todas las debilidades de la sociedad. Dentro de esto, el tema del trabajo y de los trabajos, tanto productivo como reproductivo, de repente ha aflorado como si fuera una realidad nueva, como si la pandemia hubiera traído a la existencia real a las personas que ya antes se dedicaban a trabajar y que ahora pasarían a formar parte de ese grupo etiquetado como “trabajadores y trabajadoras esenciales”. Es decir, estos trabajadores y trabajadoras existían antes y de repente en esta situación de tener que estar cerrado aparecían como únicos el escenario. ¿Qué opináis sobre esta cuestión? ¿Cómo

se ha planteado por los medios de comunicación y el propio discurso político? Y, por último, ¿cuáles serían los determinantes sociales de las desigualdades en salud (incluyendo condiciones de trabajo y trabajo precario)?

**(JB)** El tema del trabajo sobre el que preguntas, Javier, es justamente uno de esos contrastes que antes comentábamos. Sobre todo, al principio de la pandemia, se habló mucho sobre los trabajadores y trabajadoras “esenciales”, de quienes trabajan en sectores como la alimentación, la limpieza, los cuidados, entre otros muchos, y también del papel de los trabajadores de la sanidad, todos los cuales se hallan entre los más precarizados. Aquí se produce otro contraste y otra paradoja que debe darnos mucho que pensar en relación con el trabajo, tanto en España como en el mundo en general. La Organización Internacional del Trabajo decía hace poco en un informe que sigue habiendo más de 200 millones de desempleados, pero con notables diferencias entre países ricos y pobres, ya que en éstos muchísimas personas no pueden permitirse el lujo de estar desempleadas, y donde existe un nivel muy elevado de trabajo informal y de trabajadores pobres, personas con trabajo pero que siguen siendo pobres o muy pobres. Sobre todo, a partir de los años 70, se han generado unos procesos de precarización laboral creciente a causa de las distintas oleadas de políticas neoliberales que han tratado (y en buena parte conseguido) debilitar a los sindicatos.

El trabajo y el empleo son dos determinantes sociales de la salud y la desigualdad fundamentales, muy importantes para la vida personal y colectiva. El trabajo es crucial por lo que hace al sustento de las familias, la autoestima de las personas o el trabajo no remunerado en el hogar que realizan fundamentalmente las mujeres. Hay un gran número de estudios que muestran que el desempleo afecta a la salud en muchos sentidos: te mueres prematuramente, duermes peor, tienes más problemas de salud mental, más probabilidad de abusar del alcohol y ser alcohólico, etcétera. Pero si eres precario, también compartes muchos de esos riesgos. Por lo tanto, con respecto a la falacia que habitualmente oímos decir que señala que “es mejor tener un trabajo que no tener ninguno”, yo diría que eso depende. Si no tienes un trabajo, pero vives en un país nórdico, tienes un elevado nivel de protección social, y te puedes reubicar laboralmente, pues, seguramente, es mucho mejor estar así que si eres una persona con un trabajo precarizado, que trabaja sin descanso por un sueldo mísero en eso que hemos llamado ser un “trabajador pobre”.

Para completar un poco la visión sobre la pandemia diría varias cosas. De un lado, que en realidad, como han escrito varios estudios científicos, se trata de una *sindemia*, es decir, un proceso donde existe una concatenación de muchos factores al mismo tiempo, sociales, culturales, políticos, ambientales, de muchos órdenes y con características distintas que además pueden no producir un problema de salud específico sino varios o muchos problemas al mismo tiempo. Por otro lado, sin embargo, podríamos decir que es más que una sindemia. Yo diría que bajo el neoliberalismo capitalista estamos ante auténticas *endemias*, ante una situación permanente donde se generan diversas pandemias de tipo diverso, muchas de las cuales son crónicas. Por ejemplo, se estima que de los casi 8.000 millones de personas en el mundo, quizás 5.000 no disponen de unas características laborales y sociales dignas, con la adecuada protección y seguridad social. ¡Es un número enorme! Es un tema estructural e histórico que hay que entenderlo en toda su complejidad al tiempo que forma parte del perenne conflicto entre capital y trabajo, entre quienes tienen más poder de decisión en el mundo del trabajo y quienes luchan por mejorar los derechos laborales. Por otro lado, hoy asistimos a nuevas formas de trabajo de lo que eufemísticamente se denomina “economía colaborativa”, que no deja de ser sino un nuevo modo de dominación y explotación laboral y que la pandemia está tendiendo a empeorar. Eso se puede ver muy

bien con la última película de Ken Loach, *Sorry, We Missed You*, que muestra a un trabajador precario de una familia precarizada y vulnerable, que internaliza la auto-explotación, en mi opinión uno de los fenómenos clave de esos nuevos tipos de trabajo. No se trata sólo de un trabajador que es vigilado (en todo momento saben dónde estás y que haces) a través del móvil, como se ve en la película, sino que además, tienes que autoexplotarte si quieres ganar el sustento básico para poder mantener a tu familia y vivir con la mínima dignidad. En este caso ya no tenemos un patrón o un supervisor que nos controla e indica en todo momento que tenemos que hacer, sino que eres tú mismo quien debes explotarte, debes aplicar violencia sobre ti mismo para poder sobrevivir.

**(JTH)** ¿Cómo valoráis lo que podríamos llamar “geopolíticas de la pandemia actual y sus modelos”, las diferentes formas de gestionar por parte de los gobiernos la crisis sanitaria global?

**(ERO)** A este respecto, yo quería recordar una cosa y es que, en cuanto a los efectos directos de la pandemia actual, no debemos advertir solamente el número de casos conocidos de personas fallecidas o diagnosticadas. Por una parte, porque existen problemas de medición, en particular en países con sistemas sanitarios débiles o poco desarrollados. Es lo mismo con las epidemias del pasado, para cuantificar sus efectos demográficos los estudios históricos atienden de preferencia a las cifras globales de mortalidad de los periodos epidémicos, lo que también permite salvar el problema del diagnóstico retrospectivo –o de su ausencia. También nosotros tenemos que considerar que el efecto demográfico de esta pandemia no se puede medir solamente con los afectados directos, reconocidos, diagnosticados, sino con el conjunto de personas que van a verse afectadas. Al principio, (JB) comentaba que hay muchos enfermos crónicos que han dejado de ser atendidos regularmente por las condiciones de la pandemia: tuberculosos, enfermos infantiles, etcétera. Pero es que en el caso de enfermedades agudas, como los infartos de miocardio. la Sociedad Española de Cardiología [<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.09.022>] ha explicado que ha habido un descenso muy considerable, de hasta un 30%, en el número de personas con diagnóstico de infarto, atendidas en los centros hospitalarios, e igualmente una reducción en el número de personas atendidas por enfermedad cerebrovascular. Y desde el Institut Català de la Salut [<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102142>] se ha advertido una reducción similar en el número de diagnósticos de cáncer respecto a años anteriores. Sin mencionar por supuesto las enfermedades psiquiátricas. Entonces, hay un conjunto de enfermedades que se van a ver afectadas colateralmente, por el retraso en su diagnóstico y la ausencia de tratamiento o de seguimiento, lo cual generará un impacto mucho mayor que el de sólo las víctimas por COVID19.

También quería referirme brevemente al tema anterior, planteando que hay una línea un poco discrepante en este terreno, concretamente en los estudios de José Antonio Tapia Granados sobre la crisis anterior de 2009-2012. Sus trabajos muestran que la esperanza de vida al nacer ha mejorado en los países europeos durante los años de la crisis. Naturalmente, esto entra en contradicción con la relación positiva entre la riqueza de un país y el estado de salud, representada, por ejemplo, por las curvas de Samuel Preston de 1975. Desde los estudios de Charles Winslow (*The cost of sickness and the price of health*, World Health Organization, 1951 –en español, Oficina Sanitaria Panamericana, 1955), la propia OMS ponía de manifiesto que los países más ricos tienen mayores niveles de salud. También la doctrina de los determinantes plantea que unas malas condiciones de vida repercuten negativamente en la salud. La visión alternativa que defiende Tapia lo contradice al afirmar que la disminución del PIB, una disminución de la actividad económica, mejora el nivel de salud.

Sobre la cuestión del impacto ecológico y del papel de la destrucción del medio ambiente en la producción de pandemias, debo llamar la atención sobre el Informe Escaping the ‘Era of Pandemics’

de la Plataforma Intergubernamental de ciencia y política sobre la diversidad biológica y servicios de los ecosistemas (IPBES) [<https://ipbes.net>], publicado el 20 de octubre de 2020, que afirma que las mismas actividades humanas que impulsan el cambio climático y la pérdida de biodiversidad generan riesgos de pandemia a través de su impacto sobre nuestro medio. Es importante advertirlo porque en el caso de una pandemia concreta se puede actuar, como en cualquier otra situación catastrófica, a varios niveles. Habitualmente nos retiene la atención el nivel inmediato donde, en este caso, interviene una vacuna. Las vacunas protegen, pero no siempre tenemos vacuna, ni siempre las vacunas protegen todo lo que nos gustaría, como estamos comprobando. Además, en caso de una enfermedad infecciosa, la vacunación debería ser universal, para que sea efectiva en un mundo globalizado como el actual. La OMS creó su fondo de vacunas, que ha topado desgraciadamente, con un fracaso tremendo. Las cifras que ha dado (JB) lo indican. El número de vacunas COVID disponibles para los países menos desarrollados es ridículo porque no lo pueden pagar y porque el fondo internacional, que se nutre de donaciones voluntarias, no alcanza. Pero, insisto, la vacunación actúa al nivel más bajo del riesgo; sería preciso intervenir contra escalones más altos de la cadena de producción de las pandemias.

**(AMA)** Si me permitís, para ir finalizando, quisiera plantear otro factor fundamental como es el tema medioambiental, el tema del cambio climático como un elemento central. Hay una idea de que la pandemia es la de siempre, pero como ahora somos más listos y sabemos todo, conseguiremos vacunas más rápidas y lo iremos solucionando, al menos para algunos. Pero yo creo que quizás valdría la pena subrayar las repercusiones que pueden tener los cambios climáticos, que no en el futuro, sino en el presente, se están produciendo y vincularlas a todo el tema de salud y no sólo al tema de pandemias. Esteban lo sabe mejor que yo que todas las epidemias virológicas se inician en los animales y luego pasan a los humanos. Pero además al principio Joan hablaba de elementos como, por ejemplo, la contaminación y su relación con enfermedades y pandemias crónicas. Son elementos esenciales para relacionar, en definitiva, tema salud y cambio climático o temas medioambientales.

**(JB)** En relación con la pandemia también debemos hablar de un tema que es esencial. Por un lado, cada vez conocemos mejor la relación global entre la salud pública y el medio ambiente. Los estudios relativos a lo que a veces se denomina *One Health*, o también *Planetary Health* o *Planetary Wellbeing*, muestran a las claras cómo el ser humano es interdependiente de los demás, ya que desde que nacemos hasta que nos morimos dependemos de los demás. Somos muy frágiles. Y también somos eco-dependientes, dependemos de la naturaleza, dependemos de los recursos de los que la naturaleza nos provee y eso lo incluye casi todo: los recursos agrícolas, la energía, los minerales, etc. En los dos últimos siglos, hemos asistido a una evolución de la Revolución Industrial o del capitalismo industrial hacia un capitalismo fosilista basado en la disponibilidad masiva de energía barata. Los avances tecnológicos y la difusión en el imaginario popular del “progreso continuo” han generado una visión que nos ha separado de la naturaleza, haciéndonos olvidar que nosotros también somos naturaleza. Somos animales sociales, pero animales al fin y al cabo, que nacemos, vivimos, nos morimos, etc. Y sin embargo, el avance tecnológico, la disponibilidad de energía y el fuerte crecimiento económico han generado una falsa sensación de poder. Somos seres dependientes de una naturaleza que destruimos, lo cual nos genera nuevos problemas. Pensemos que en las últimas tres décadas se han manifestado algo así como 200 enfermedades infecciosas nuevas. La grave pandemia del coronavirus es sólo la última, pero pueden venir más y más graves. ¿Nos podemos imaginar qué pasaría si hubiera una enfermedad con un virus tan contagioso como el que genera la COVID-19 y al tiempo tuviera la letalidad del ébola? Si eso se

produjera ¿podemos imaginarnos el impacto sobre la humanidad y sobre los grupos sociales con peores condiciones sociales?

El tema ecológico es gravísimo, junto a la desigualdad es el tema crucial de nuestra época. Los estudios científicos señalan el peso y rapidez de los procesos derivados de la crisis climática y sus múltiples impactos ambientales, sociales y sobre la salud de las personas, ya que son fenómenos sistémicos que se retroalimentan entre sí, que se entrelazan de forma compleja entre sí. Cada nuevo estudio nos muestra que estamos ante un problema muy serio que cada vez se acelera más y que aún no conocemos del todo bien. Por ejemplo, ¿cuál puede ser el impacto del deshielo del permafrost y la aparición de nuevos virus y nuevas infecciones? En realidad hay muchos indicadores que nos muestran que no sólo estamos ante una crisis climática, sino ante una crisis eco-social de dimensión global. Es una crisis de biodiversidad, de recursos, de energía, de contaminación, etc. Y eso tiene que ver con la dinámica de producción y consumo del sistema económico hegemónico bajo el que vivimos que es el capitalismo, que cada vez vemos con más claridad que es más incompatible con la vida. En 1972, hace ya medio siglo, se publicó el famoso estudio del Club de Roma sobre los límites del crecimiento donde nos mostraron los escenarios que podían ocurrir y en concreto del que hemos seguido: el BAU, el *business as usual*. En 2018 pasamos el pico global del petróleo y también hemos pasado y/o estamos a punto de pasar el pico del gas, del carbón, del uranio... y tenemos también una crisis de materiales. Eso quiere decir que no es posible seguir nuestro modo de vida mediante la expansión de energías renovables (que desde luego hay que hacer) o que no será posible reemplazar los automóviles actuales por eléctricos, porque no hay suficiente litio ni otros minerales. ¡Es imposible! Eso quiere decir la importancia de cambiar nuestro modo de producir, de consumir y de vivir. Si no cambiamos de forma muy profunda nuestra forma de vida, no sólo aparecerán nuevas pandemias, sino que alcanzaremos situaciones extremas para la humanidad, que en la lucha geopolítica de recursos puede llevarnos a un ecocidio y a un genocidio. Por ello, al pensar en salud también debemos pensar en la ecología política, en la socio-ecología y en el capitalismo. Y es que si no se entiende el capitalismo –y no es tan fácil entenderlo– no podemos entender salud, porque el capitalismo quiere decir acumulación de capital y búsqueda permanente de beneficios y crecimiento en un planeta que es finito, que tiene límites biofísicos que ni la economía ni el avance tecnológico podrán resolver. Por eso señalé antes que más que una situación pandémica estamos en una situación endémica. Por ejemplo, ¿cuántas personas pasan hambre en el mundo? Alrededor de 800 a 900 millones de personas. ¿Cuántas personas tienen obesidad o sobrepeso en el mundo? Quizás entre 1.400 y 1.600 millones de personas. ¿Cuántas personas no tienen acceso a agua potable? Probablemente, 1.000 millones de personas. ¿Cuántas personas morirán en este siglo por contaminación ambiental? Quizás entre 700 y 900 millones de personas. ¿Cuántas personas morirán a causa del tabaquismo? Con la pandemia han muerto oficialmente 5 millones de personas, un número que podría ser finalmente de más del doble. Pues bien, se estima que en nuestro siglo podrían llegar a morir hasta 1.000 millones de personas. Eso da idea de lo que significan una endemia capitalista compuesta por muy diversas pandemias.

Y es que el sistema de producción capitalista es generador de fenómenos que pueden parecer paradójicos pero que hay que entender. Por ejemplo, pensemos en la siguiente paradoja: cuando hay una crisis económica, la mortalidad global mejora. Eso no quiere decir que mejore la sociedad o la salud en general. Por ejemplo, con las crisis aumenta el desempleo y aumenta la mortalidad debida a suicidios. Sin embargo, paradójicamente, la mortalidad global mejora. ¿Por qué? Pues porque el crecimiento económico comporta más contaminación, más accidentes de tráfico, más accidentes laborales, más con-

sumo de grasas saturadas, más consumo de tabaco, etc. Entonces lo que ocurre es que cuando hay una crisis mejora la mortalidad, hay menos muertes, aunque no mejore la salud general ni el bienestar de la población, ni la salud mental, etc. Parte del problema es la forma en que medimos el llamado “desarrollo”. Y es que habitualmente medimos el crecimiento mediante el PIB, un indicador que no permite realmente valorar el desarrollo o el progreso. El PIB no puede medir eso. Si contaminas y descontaminas una ciudad, o si deforestas y reforestas un bosque el PIB sube, lo cual nos indica que se trata de una absurdidad. Es por ello, que han aparecido medidas alternativas como el *Genuine Progress Indicator* que tratan de medir el desarrollo de otro modo, incluyendo la calidad de vida, el ambiente, etc. Por tanto, debemos quitarnos de inmediato el imaginario de medición de la riqueza y desarrollo mediante el PIB.

Todo eso me hace pensar también en el punto que al principio señalaba Javier de cómo medir la desigualdad. Y es que una cosa es la pobreza y otra la desigualdad. En general todos pensamos que la desigualdad es algo negativo, lo cual es cierto obviamente en multitud de casos. Sin embargo, no siempre es del todo así. Ahí hay también otra paradoja. Pensemos que cuando se produce una catástrofe, una hambruna, o una guerra de consecuencias devastadoras, la igualdad puede mejorar. ¿Por qué? Porque una gran parte de la población puede ver empeorar su situación. Si la clase media empeora mucho su situación, ésta se equiparará con los más desfavorecidos con lo que, paradójicamente, la igualdad puede aumentar. Es por ello, que en salud pública siempre debemos mirar las dos cosas: la situación poblacional, el colectivo, y la situación de los distintos grupos sociales, la equidad. La doble mirada es fundamental.

Esteban Rodríguez Ocaña es catedrático de Historia de la Ciencia en la Universidad de Granada, jubilado. Su trabajo como investigador se ha centrado en la historia social de las enfermedades, historia de la salud pública, de la salud ocupacional y de la atención a la infancia. Su último proyecto financiado versó sobre la Organización Mundial de la Salud y España. Miembro fundador del Consejo editorial de *Dynamis. Acta hispanica ad medicinarum scientiarum-que historiam illustrandam* (1981), ha sido director de dicha publicación entre 1987 y 1999 y presidente de la *European Association for the History of Medicine and Health* (2001-2003). Es autor de *La constitución de la Medicina Social como disciplina en España, 1884-1923*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987, y, junto con Ferrán Martínez Navarro, de *Salud Pública en España de la Edad Media al siglo XXI* (Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008).

Joan Benach de Rovira, investigador senior y catedrático de sociología en el Departamento de Ciencias Políticas y Sociales (área de Sociología) de la Universidad Pompeu Fabra en Barcelona (Catalunya, España) donde se incorporó hace un cuarto de siglo. En la misma universidad es Director del Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud / Employment Conditions Network (GREDS / EMCONET), codirector del Johns Hopkins-UPF Public Policy Center (UPF-BSM) y director del Master de Políticas Públicas y Sociales de la Universitat Pompeu Fabra. Entre sus publicaciones como informes o libros destacan el primer “Informe Black” español sobre Desigualdades en Salud (1996) dirigido por el Ministerio de Sanidad español, dos “Informes Black” en Cataluña (2003 y 2005), varios Atlas de Mortalidad a áreas pequeñas pioneros en España y Cataluña (2001, 2005, 2010), el libro en coautoría con Carles Muntaner ‘Aprender a mirar la salud: como las desigualdades sociales dañan nuestra salud’ (2005), el libro en inglés y castellano: ‘Employment, Work, and Health Desigualdades: a Global Perspective’ (2011 y 2013), y también libros de divulgación como ‘La sanidad está en venta’ (2012), ‘Como comercian con nuestra salud’ (2014), ‘Sin trabajo, sin derechos, sin miedo’ (2014), y ‘La Salud es Política (Icaria, 2020), o la participación en los libros “la Enfermedad de los sistemas de salud” (2015), “Política, políticas y cambio de época en la Cataluña del siglo XXI” (2018), y ‘Philosophical and Methodological Debates in Public Health’ (2019).

## §