

## ¿Es la Libertad y Seguridad el gran conflicto en la gestión de la Salud Pública?

Javier Segura del Pozo, médico salubrista

(Ponencia preparada para el **XV Congreso Nacional de Bioética**, Vitoria, 6 nov, 2021, cuya edición en el blog, con las imágenes aludidas de la presentación, se puede ver [aquí](#))

Gracias por invitarme a este Congreso de Bioética que ha sido una oportunidad de conocer un nuevo espacio tribal desconocido para mí: la *tribu de la bioética* (entiendan que uso la palabra tribu con todo el cariño<sup>1</sup>).

### Tres confesiones previas

Sin embargo, debo empezar con tres confesiones: La primera, es que yo no he hecho el master de Bioética de Diego Gracia<sup>2</sup>, ni he asistido a las clases del profesor Domingo<sup>3</sup>, por lo que no me siento capaz de debatir con el lenguaje, códigos y conceptos de la bioética, y deben, por lo tanto, perdonar mi ignorancia y probables imprecisiones y confusiones conceptuales. La segunda, es que les confieso que cuando hace unos meses me encargaron una ponencia para una mesa que llevaba el título “Libertad y seguridad, el gran conflicto en la gestión de la salud pública”, me puse a la defensiva, pensando que, de nuevo, se nos acusaba al sector profesional de la salud pública (SP, a partir de ahora) de ser unos déspotas.

Viniendo de donde vengo, me sonaba a las acusaciones de que la razón epidemiológica había atropellado injustificadamente la libertad de empresa del dueño de la discoteca o la libertad de la ciudadanía madrileña para disfrutar del interior de los bares y restaurantes o de su segunda residencia en la costa levantina. La caricatura de libertad: la *libertad de tomarte unas cañas* donde quieras y con quién quieras. Además pensé que los principales conflictos de la SP, que son muchos, eran otros o más complejos. Por lo que rehíce el título poniéndole entre interrogantes y me dispuso a reivindicar mi profesión.

Sin embargo, el día de ayer, invertido en escucharles y conocerles, me di cuenta que tras esta supuesta dicotomía, subyace una preocupación especial y específica de esta tribu: una justificada indignación por el aislamiento extremo y la muerte en soledad en hospitales y residencias de personas mayores y discapacitadas, debido a una aplicación grosera de las medidas de protección de la salud y/o a una desconsideración del valor de la vida de los frágiles y dependientes. Y no es que estos lamentables hechos no formen parte del dilema seguridad vs libertad, como el asociado a la limitación de la libertad de empresa o la libertad para la sociabilidad y el ocio, pero coincidirán conmigo que no los podemos asemejar por varias razones.

Primero porque lo que ocurrió en las residencias más que exceso de seguridad, fue un caso de abandono por desatención sanitaria, pero también por el hecho de que cuando queremos dilucidar quién fue el o la responsable del aislamiento hospitalario extremo (prohibición de visitas) y del desastre de las residencias de personas mayores durante el pico de la primera ola, se corre un tupido velo. Aparentemente, queda indeterminada la responsabilidad: entre el desborde pandémico inicial, las ordenes del gobierno de España durante el estado de alarma, los criterios de los protocolos elaborados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), la aplicación de esas ordenes y criterios desde las CCAA (que tienen las competencias según el art 148 de la Constitución), su aplicación desde los centros sanitarios y sociosanitarios (con sus culturas institucionales, a veces todavía deficitarias en el llamado proceso de humanización) y los efectos de un modelo precarizado de residencias enfocado al beneficio, en detrimento de una adecuada atención sanitaria y del cuidado personalizado.

Estas dudas no deben oscurecer la responsabilidad principal y última que corresponde a quien tuvo y tiene las competencias de gestión de los centros sanitarios y sociosanitarios, desde el primer

---

<sup>1</sup> Para entender mejor mi uso de la palabra tribu, ver: “No olvides que habías venido a desecar la ciénaga (V): Las tribus de la salud pública”. *Salud Pública y otras dudas*, 3 febrero de 2013

<sup>2</sup> Una parte importante de los asistentes al congreso habían formado parte de varias de las promociones del Master de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid, creado en 1988 y dirigido por el profesor Diego Gracia Guillén.

<sup>3</sup> El profesor Agustín Domingo Moratalla, catedrático de Filosofía Moral y Política en la Universidad de Valencia, era el otro invitado en la mesa donde expuso antes su ponencia

momento de la pandemia. Estos responsables políticos no pueden descargarla ni en el gobierno central, ni en los criterios epidemiológicos elaborados en el CISNS, ni en las decisiones tomadas por los profesionales y los directivos de los centros, cuya funcionamiento debe ser vigilado por estas autoridades autonómicas<sup>4</sup>.

La última confesión es que, aunque estoy en proceso de desadicción al Powerpoint, todavía no he conseguido la maestría comunicativa de Fernando Fantova y esta vez no me atrevo a hacer la ponencia “a capela”.

Una vez hechas estas confesiones, empecemos pues.

### **La SP sale del armario**

La pandemia ha sido una gran oportunidad para que la SP salga del armario. Para que se de a conocer al gran público: ¿Qué es un epidemiólogo o una salubrista? En los periodos interpandémicos/interepidémicos la SP es invisible, como lo es el riesgo. Cuando se evita un evento indeseado, este es invisible y difícilmente se reconoce la acción de la prevención. El Cardenal Richelieu lo expresó con estas palabras.

“No hay nada más oculto que los efectos de la prudencia, ya que consisten en evitar los males previniéndolos. Esto hace que en general no se reconozcan los favores de este tipo, cuando en realidad son los más grandes que se pueden hacer”

Sin embargo, *nuestro gozo en un pozo*: mientras se aplaudía la heroicidad de nuestros socialmente reconocidos colegas de bata blanca o EPIs, la imagen que ha predominado de la SP es que solo se hace cargo de la seguridad (=protección frente al riesgo), a costa de la libertad, y que además hay que desconfiar de su independencia en relación al poder político. Que se puede pasar en su afán securitario y perjudicar aspectos importantes de nuestra vida, como la libertad y la economía, sin clara justificación científica y por sospechosos intereses ajenos.

Durante esta pandemia, se han invocado supuestas dicotomías entre seguridad (confinamiento, limitación de sociabilidad) y libertad; entre salud y economía; entre salud física (infección) y salud mental. Incluso, en las tierras madrileñas de donde provengo, se ha hecho una traducción artera de esta dicotomía, extrapolándola a la supuesta incompatibilidad entre libertad o socialismo/comunismo, para crear un marco mental en el que la libertad se asocie al liberalismo (mejor dicho, al neoliberalismo) y las pulsiones securitarias y autoritarias al socialismo.

### **De quién es el conflicto**

Para analizar bien estos supuestos conflictos, debemos hacernos algunas preguntas. La primera es: de quién es el conflicto. Por el título de la mesa parecería que el conflicto es de la SP, como disciplina o área profesional. O por lo menos, el título plantea el interrogante de quién *gestiona* la SP. Teóricamente, la SP *propone* (desde el punto de vista de su conocimientos científico sobre la salud colectiva), pero la política *dispone* (una vez confrontada la salud con otros bienes comunes o intereses). Sin embargo, en la realidad este modelo y esta separación no es tan clara, como luego veremos. Lo cual facilita el oscurecimiento de la responsabilidad.

Las áreas o funciones más conflictivas de la SP son la prevención y la protección de la salud. Operan con el concepto de riesgo, que es muy polisémico. En su acepción probabilística: el riesgo es la probabilidad de enfermar o morir, y la SP se ocupa de estimarlo y definir cómo reducir esta probabilidad mediante intervenciones. Pero el riesgo exige también considerar la vulnerabilidad, y en eso la SP a veces no es tan cuidadosa.

---

<sup>4</sup> El 21 de marzo de 2020 se publicó en el BOE una [orden del Ministerio de Sanidad](#) que establecía cómo debían organizarse las residencias en lo relativo a los usuarios, los trabajadores, las medidas de limpieza y la vigilancia y seguimiento de los casos. Una [segunda orden](#), dos días después, especificaba que los centros debían mantener sus servicios salvo que, “por las circunstancias concurrentes”, la autoridad competente de la comunidad autónoma” determinara lo contrario. Estas medidas del Gobierno eran de obligado cumplimiento para las residencias, pero -como recogía la norma- eran las “autoridades sanitarias competentes de cada comunidad autónoma” las encargadas de dictar las disposiciones para garantizar el desarrollo y ejecución de las medidas.

Los mayores conflictos en las decisiones de SP se dan cuando hay incertidumbre sobre el riesgo y sobre quiénes son los vulnerables. En esos casos, se aplica el principio de precaución, como sustituto del principio de prevención. Este último se invoca cuando hay evidencias sobre el daño y por lo tanto, su aplicación admite pocas dudas. Se echa mano del principio de precaución para la adopción de medidas ante sospechas fundadas, sin que se cuente todavía con una prueba científica definitiva. Por lo tanto, es una apreciación eminentemente *política* sobre el nivel de protección buscado, respetando otro principio, el de proporcionalidad, para evitar los máximos daños, por ejemplo, a la libertad de comercio. De hecho, el principio de precaución se definió en 2000 por los conflictos de las medidas ambientales con la libertad de empresa.

### **Miedo, libertad y seguridad**

Cuando hablemos de la pandemia, creo que debemos distinguir dos momentos. Uno es marzo y abril de 2020, cuando vino *el tsunami pandémico* y nos miramos en el espejo de lo que había sucedido poco antes en Italia. En ese momento había muchas incertidumbres sobre este nuevo coronavirus y se aplicó el principio de precaución a tope. Para evitar el desbordamiento de los cuidados críticos, se buscó la seguridad máxima mediante un inusual confinamiento total, que significó la restricción máxima de movimientos (la limitación total de la libertad de circulación) y el blindaje microbiológico de los dispositivos sanitarios y sociosanitarios, donde se concentraban los más vulnerables por edad y condición física.

Claramente fue una protección grosera, con medidas de SP medievales (las cuarentenas y los lazaretos), que aunque seguramente evitaron muchas muertes y sufrimientos (que como dijimos antes, quedarán en el limbo de la prevención invisible y no reconocida), fueron aplicadas en muchos sitios de forma poco cuidadosa con los frágiles y desiguales, con el consecuente resultado de otros sufrimientos, malas muertes y muertes evitables.

En este primer periodo, la población aceptó en general esta limitación de su libertad, por la percepción del riesgo, por el miedo que imperaba. Sin embargo, cuando al avanzar la primavera disminuyó la percepción de riesgo y arreció la fatiga pandémica, el conflicto con la libertad deseada se puso más en evidencia. Estábamos en un nuevo periodo, de mayo a octubre 2020, en el que las certezas fueron mayores. La SP como disciplina aplicaba criterios que venían de organismos superiores con prestigio (OMC ECDC, CDC,...) y en base al conocimiento científico rápidamente difundido. Mejoró la organización y la oportunidad de la información recogida. También la disponibilidad de equipos de protección y de test diagnósticos.

Se definieron y refinaron criterios comunes (a modo de *semáforo*: que relacionaba niveles de riesgos con una escala de medidas), elaborados en las ponencias técnicas CISNS. Eran propuestas de restricciones menos groseras, en función de niveles de riesgo bastante bien definidos, que pretendían avanzar escalonadamente hacia una deseada “nueva normalidad”, aunque también volver a “escalonar” las medidas de protección en caso de repunte de la transmisión vírica.

Sin embargo, había que comunicar bien este semáforo, en una fase en el que la percepción de riesgo era menor y desde determinadas fuerzas políticas y medios afines se azuzaban sospechas sobre la discrecionalidad de las decisiones de las autoridades sanitarias. Y creo que, lamentablemente, no se comunicó bien.

Como saben, a finales de junio, finaliza el estado de alarma y pasa la responsabilidad casi total de la gestión de la SP a las comunidades autónomas (lo cual no quiere decir, insisto, que en el periodo anterior no fuera de su responsabilidad, incluida la gestión de las residencias de personas mayores y discapacitadas), confiando en la suficiencia de la aplicación de los criterios comunes acordados en el CISNS para una gestión coordinada.

En esta fase, se acentúa el carácter político del conflicto de la gestión de la pandemia, presente desde el principio. Son algunos responsables políticos de estos territorios quienes conflictúan estos criterios técnicos, asumiendo, adaptando, ignorando o poniendo en cuestión los mismos. La gestión de la SP estaba atravesada por la batalla política partidista (entre el gobierno de España y la oposición, entre entes territoriales, partidos políticos, etc.), que favorecía el sectarismo e impedía el necesario consenso en un momento histórico crítico, además de promover simplicidades pandémicas defensivas de las que luego daremos algunos ejemplos.

Es en este segundo momento, por cierto, cuando se refinan los protocolos y los planes de protección de residencias de personas mayores, se permiten algunas visitas a centros sanitarios, pero a la vez, se consolida la ocultación y amnesia de lo ocurrido en las residencias. La fácil asunción de la responsabilidad de los éxitos y la difícil de los fracasos queda determinada por la batalla partidista.

En mi región de origen, cuya presidenta se convierte en abanderada de la libertad, frente al despotismo securitario, la ocultación (o atribución ajena de responsabilidad) es imprescindible para no romper el deseado relato dicotómico, y que se la asocie a la responsabilidad del encierro y muerte en soledad y sufrimiento de miles de madrileños frágiles y dependientes.

### **La seguridad, ¿de quiénes? y la libertad, ¿de quiénes?**

La segunda pregunta que me hago es que cuando hablamos de seguridad vs libertad: a la seguridad de quiénes y a la libertad de quiénes nos referimos.

En mis 37 años de práctica salubrista, muchos conflictos surgen cuando los sujetos a proteger no son los mismos que los sujetos que sienten limitada su libertad. Ejemplos: las quejas de los comerciantes o empresarios, que se sentían atropellados en su libertad empresarial, cuando intentábamos hacer cumplir, durante las inspecciones, la reglamentación higienico-sanitaria de restaurantes, carnicerías o industria alimentaria, para proteger a los consumidores. O con la ley de tabaco, que suscitó las quejas de los fumadores que sentían limitada su libertad por las medidas de protección de los fumadores pasivos. En estos casos, el conflicto entre valores como seguridad y libertad, está entretelado con un conflicto de intereses entre grupos de sujetos. El problema es que se intenta ejercer una libertad, sin tener en cuenta la libertad y seguridad del otro u otra. Es decir, ejercer una libertad sin responsabilidad.

Pero también debo decir que en estos planteamientos dicotómicos, se da por supuesto que toda la población (a la que se pretende proteger), tiene el mismo riesgo de perder la salud. A la trampa de la simplicidad dicotómica, se añade la trampa de las grandes palabras y las medias: cuando hablamos de *La salud/el bien común/la población/el riesgo medio (las tasas)*, muy habituales en SP. Pues en SP sabemos que ni el riesgo, ni la vulnerabilidad están distribuidas igualmente. Por ello insistimos en tener variables que desagreguen ese riesgo: para tomar mejores decisiones de intervención. Y lo que nos faltan, como veremos, suelen ser especialmente las variables sociales.

Creo que en la pandemia hubo especialmente tres ejes entrelazados de desigualdad que determinaron las diferencias en el riesgo y en la vulnerabilidad: edad, ocupación y clase social.

1º La Covid-19 es una enfermedad de dos caras: mortal para mayores y relativamente leve para jóvenes, en el que la aplicación de medidas de seguridad generalizadas, que afectaron especialmente a la sociabilidad de los más jóvenes, ha requerido un gran ejercicio de responsabilidad de estos frente a sus mayores.

2º La exposición laboral de los sanitarios y sociosanitarios y de las clases ocupacionales que no pueden ejercer el teletrabajo ha determinado la incidencia, hospitalización y mortalidad diferencial.

3º La clase social moduló el riesgo de morir en mayores (tipo de residencias más afectadas: más grandes, más *baratas*, sacando la plusvalía a costa de la precarización de los cuidados) y en la exposición laboral y residencial (trabajos presenciales precarios, *presentismo*, vivienda precaria)-

Aunque habría que añadirle un cuarto eje: el género, que, de nuevo, se entrelaza con los tres anteriores (interseccionalidad), y se manifiesta de forma compleja. El género determinó diferencias en la exposición (personal sociosanitario, de comercios y ocupaciones precarizadas e invisibilizadas de cuidado, mayoritariamente femeninas; otras ocupaciones esenciales y precarias, como seguridad, conductores, *riders* o mataderos, mayoritariamente masculinas) y en la vulnerabilidad *sindémica* al virus (en hombres: mayor prevalencia de obesidad y ciertas enfermedades crónicas, que a su vez, tienen un fuerte gradiente social, y consecuentemente, mayor riesgo de hospitalización, letalidad y mortalidad)

Por eso, cuando en la segunda ola de la pandemia, algunas voces decían que había que elegir *entre morir de Covid y morir de hambre*, no se mencionaba que el riesgo y la vulnerabilidad no estaban repartido de forma igual. Si se decidía aceptar un número de muertes diarias, con tal de abrir el interior de los bares, restaurantes y locales de ocio (aplicando el anti-principio de precaución y de prevención), no se decía que en esta ecuación macabra, no todas las clases sociales iban a poner

el mismo número de muertos encima de la mesa. Tampoco se decía que la única cierto era la muerte por Covid-19 y que la supuesta muerte por hambre dependía de las ayudas sociales, empresariales y laborales que se pudieran movilizar; en vez de pretender que los socialmente más vulnerables pusieran sus cuerpos para “salvar las navidades” o “salvar la semana santa”.

Es decir, la relación entre seguridad y libertad, hay que articularla con la equidad

### **No hay dos sin tres (...o cuatro, o cinco, o...)**

Lo que hemos visto hasta ahora, es que en las dicotomías siempre falta un tercero (...un cuarto, un quinto,...): seguridad, libertad y responsabilidad; seguridad, libertad e igualdad (o equidad); seguridad, libertad y transparencia (sobre los criterios aplicados en las tomas de decisiones) & rendición de cuentas. En fin, que no es cuestión de dos polos contradictorios (entre seguridad y libertad). Más que blancos y negros, hay una escala de grises, en la que deben adaptarse los criterios generales a situaciones concretas con respeto de la diferencia y la dignidad de las personas. Hablamos de la ética de los cuidados.t63

### **El nacimiento de la SP y la dicotomía ayusiana**

Debo admitir que no es exacto pretender que el conflicto entre seguridad y libertad sea más de la política que de la SP (entendida como ámbito profesional), si no consideramos el carácter especial que tiene la SP en su relación con el poder político, desde su nacimiento. Y que han existido y existen diferentes formas de entender esta relación. Para explicarlo, tengo que acudir a la historia.

La SP nace prácticamente a la vez que los polos de la dicotomía *ayusiana*: del liberalismo y socialismo. Nace precisamente en la ciudad industrial, entre el siglo XVIII y XIX, con la industrialización, la creciente urbanización y el surgimiento de la clase proletaria. Y por ello, en pleno enfrentamiento de dos modelos políticos: el liberalismo y el socialismo, basados a sus vez en el individualismo y el mutualismo, respectivamente.

Es verdad que la triada liberal de la revolución francesa incluía la igualdad y la fraternidad (sinónimo de ayuda mutua) junto con la libertad. Pero como sabemos, la segunda se desvaneció y la libertad fue interpretada de forma particular por las clases dirigentes defensores del liberalismo.

La salud pública nace de la preocupación del riesgo epidémico en las ciudades, asociado a las condiciones de vida en los “barrios bajos”. El origen de estas condiciones de vida urbanas estaba en la desigualdad social y la explotación laboral, asociados al capitalismo y liberalismo del siglo XIX y XX.

Los modelos de abordaje buscaban paliar la situación de pobreza (caridad, beneficencia social), sin variar el *statu quo* asociado a este capitalismo y estas desigualdades de clase social. Como ejemplo, tienen esa portada del “ABC” de 14 de agosto de 1920, sobre la Semana Médico-social, que da cuenta del origen de clase de la mayoría de los salubristas de entonces y su estrecho vínculo con la burguesía y aristocracia dominante.

La pujanza de la “revolución bacteriológica” a finales XIX (ahí tenemos al máximo representante de la SP de base bacteriológica, Paul Ehrlich), dejó de lado la preocupación social, ambiental y urbanística, y primó un enfoque clínico, individual, tecnológico, centrado en la enfermedad, junto con la educación higiénica y moral del proletariado (el cartel muestra el modelo burgués de hogar higiénico impuesto, frente al *libertinaje, embriaguez e inmoralidad del proletariado*).

Este paradigma de la SP que focalizaba la lucha contra la enfermedad en la bioclínica, el laboratorio y la técnica, desatendiendo lo social y medioambiental, a la vez que ejercía la responsabilización individual, es al que, como luego mencionaré, creo que hemos regresado en el abordaje de la pandemia.

### **El doble filo de la SP**

No les voy a negar que la SP puede ser peligrosa y hay que vigilarla atentamente contra los monstruos que puede producir el sueño de la razón salubrista (parafraseando a Goya). Pero prefiero pensar que existe un doble filo de la SP: una cara securitaria/cómplice de los poderosos y una cara solidaria/cómplice con los débiles, que determina dos o tres SP.



En el filo peligroso tenemos a la SP que proporciona la argumentación científica para modelos ideológicos y de dominación desde el poder. En términos foucaultianos, es un Biopoder de la Biopolítica. En el otro filo está la SP que visibiliza y denuncia la relación entre salud y desigualdades sociales, impulsa reformas sociales (“desde arriba”: la SP reformadora) y atiende las necesidades desde el vecindario (“desde abajo”: la SP *a pie de barrio*)

Aunque este doble filo no se limita a la SP, probablemente lo comparten todas las ciencias sociales que nacieron alrededor de “la cuestión social”, como la SP. Las ciencias biológicas tampoco han sido ajenas. Es decir, “La ideología que domina la ciencia” no se limita a la SP. En este libro recién editado por Javier Ugarte, una de las máximas autoridades en biopolítica en España, titulado “Cooperación o competencia: sobre la ideología que domina la biología”, se describe cómo se privilegiaron los trabajos de Darwin, Galton, Mendel, Spencer (que sostenían que la evolución funcionaba por una selección intraespecie por competencia de individuos) vs Lamarck, Kropotkin, Margulis (que sostenía una selección por adaptación al ambiente y por cooperación intraespecie). El Darwinismo social, que predicaba la selección de los más aptos de la especie, sirvió de justificación científica para el liberalismo (las desigualdades, el individualismo) y el imperialismo (racismo, eugenesia).

La máxima expresión de este filo peligroso de la SP (de proporcionar argumentos para la dominación), fue la eugenesia y la tanatopolítica nazi. El poster de la izquierda del partido nazi justifica la política racial de eliminación de enfermos congénitos. Como muestra de que la eugenesia fue abrazada por casi todo el arco político, en el centro tenemos a Enrique Madrazo (1850-1942), médico próximo al socialismo, quien entre las medidas de eugenesia negativa, para promocionar la regeneración de la raza española, propuso la eliminación física de los gitanos en España.

A la derecha, tienen el retrato del Dr. Antonio Vallejo Nájera (1889-1960) encima de una foto de los reclusos republicanos en el campo de concentración de San Pedro de Cardeña (Burgos). Como jefe de los Servicios Psiquiátricos Militares del régimen franquista, al comandante Vallejo Nájera le fue encargado un estudio que demostrase la inferioridad mental de las personas de ideología marxista, usando como conejillo de indias a los reclusos de este campo y del de mujeres de Málaga.

### **Individualismo vs Mutualismo**

Volvamos a la dicotomías. El liberalismo predicaba el valor del individualismo y la mínima intervención del estado (libertad de mercado), excepto para la caridad (para *pobres merecedores*) o en situaciones extremas (epidemias). Por el contrario, el socialismo invocaba la cooperación, la fraternidad o el mutualismo obrero.

El individualismo era un lujo solo al alcance de los que tenían mas posibilidades de elegir. Ante el abandono de las autoridades, la clase obrera tenia que elegir ese mutualismo defensivo o fraternidad para sobrevivir. Empezando por el mutualismo de la familia obrera, en el que casi todos tenían que trabajar, incluido mujeres y niños, para sumar jornales suficientes. En detrimento del tiempo de ocio, juego, incluso escolarización. En la fabrica, la huelga era la máxima expresión de ese mutualismo defensivo. En el tercer espacio donde se desarrollaba la vida cotidiana de la clase obrera, el barrio, también se dio un mutualismo: ejemplo “el Bilbao de las chabolas (comic del Correo vasco que ilustra como los barrios de chabolas que rodean a Bilbao, se montaron clandestinamente por la solidaridad vecinal obrera).

En el supuesto conflicto seguridad vs. libertad, era muy evidente que había que preguntarse la seguridad o libertad ¿de quiénes?. La seguridad (en termino de salud y vida) de la clase obrera y su libertad (en términos de libertad de espacios y tiempos) tenia el límite de la libertad (libertad de empresa) y beneficio de la clase burguesa.

Esta libertad de empresa se construye sobre la negación al obrero y obrera de ser dueño de un tiempo suficiente para el descanso, el ocio o la cultura (representada por esa clásica reivindicación del movimiento obrero de las 8 horas para trabajar, 8 para dormir y 8 para el resto). Los bajos salarios cercenaban la libertad de elegir una vivienda digna o la libertad de la infancia de poder estudiar y jugar, en vez de la imposición del trabajo infantil.

Negación de libertades, con efectos negativos sobre la salud y la seguridad, que nos recuerda el *presentismo* actual (ir a trabajar a pesar de estar enfermo por temor a perder el trabajo) y

las precariedades habitacionales de las clases populares, que favorecieron la transmisión pandémica, especialmente en la segunda ola, y que fue atribuida por nuestra presidenta a sus “modos de vida”, es decir, a su insensato uso de su libertad.

La atribución de los males por algunos gobernantes decimonónicos a la responsabilidad moral de los menesterosos, combinado con el mutualismo obrero como fraternidad compensadora del abandono institucional, nos recuerda lo vivido en estos tiempos del coronavirus y al papel jugado por las redes de ayuda mutua vecinal, que luego mencionaremos.

En resumen, de nuevo, aparece el triángulo Seguridad-Libertad-Equidad

### **Una SP “a pie de barrio”**

Frente a la SP que justifica y sostiene el statu quo, hay una SP que visibiliza las desigualdades sociales en salud y empuja para las reformas desde arriba. Un ejemplo es Cesar Chicote, médico responsable del Laboratorio Municipal de Madrid, durante la pandemia de 1918, que fue autor del libro ilustrado “La vivienda insalubre en Madrid” que sacó a la luz el lamentable estado higiénico de la vivienda de los barrios obreros de la capital y propuso reformas.

Como dije antes, también había una SP “a pie de barrio” o comunitaria. Es una SP o salud comunitaria que promueve el mutualismo obrero y se alia con él. Se identifica con el movimiento *Settlement*, representado por figuras como Jane Addams y Lilian Wald, consideradas respectivamente las madres del trabajo social y de la enfermería comunitaria. Frente al modelo caritativo de los pobres merecedores y no merecedores, se fomentaba la accesibilidad y universalidad de los servicios, pero también la escucha, el respeto a la diversidad de las comunidades inmigrantes y la empatía con sus condiciones de vida y biografías. Inspiraron los primeros centros de salud comunitaria en los barrios obreros de inmigrantes de las grandes ciudades industriales norteamericanas.

Pero es importante resaltar que estos ejemplos de mutualismo obrero y de servicios comunitarios no fueron un camino de rosas y tenían muchos enemigos. Primero los propios empresarios que tenían a su lado el estado, el ejército, incluso la judicatura para reventar las huelgas o las reformas legales: por ejemplo, sentenciando que la limitación del máximo de jornada laboral o la edad de inicio para trabajar, chocaba con la libertad de empresa<sup>5</sup>. O cuando los centros comunitarios fueron acusados, desde la histeria anticomunistas de los 30 de formar parte de un complot rojo (el lema “comunismo o libertad” no se lo inventó Ayuso). También por parte de la medicina privada, agrupada en el colegio de médicos de ese país (*American Medical Association*), que en ese recorte de periódico clamaba contra el supuesto abuso de la caridad de los dispensarios comunitarios, que eran una amenaza para la libre empresa de las clínicas privadas y sus beneficios.

No me da tiempo para desarrollar esta línea histórica hasta el momento de la pandemia y voy a dar un gran salto. A finales del XX se va abriendo paso un nuevo paradigma en la SP. Es el de la determinación social de la salud (DSS), representado en este informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS de 2009 titulado “Subsanar las desigualdades en una generación”. De acuerdo a las evidencias recolectadas, se concluía que para reducir la carga de enfermedad y muertes prematuras, hace falta abordar sus determinantes sociales y reducir la brecha social. En términos morales: hay una responsabilidad social de la salud.

Este enfoque es invocado en la mayoría de los discursos, planes y programas actuales de SP de las instituciones. En las últimas dos décadas esta orientación a la DSS ha estado “de moda” en los estudios de las revistas y en las comunicaciones de los congresos de SP. Pero del dicho al hecho, hay un trecho, como ahora veremos.

---

<sup>5</sup> Por cierto, me recuerda algunas opiniones escuchadas recientemente sobre el efecto negativo que tendría la subida del salario mínimo en las empresas y “la economía”

### **Sindemia o simpleza pandémica**

Cuando vino la pandemia, muchos hablaron que más que ante una pandemia estábamos ante una sindemia, una sinergia de epidemias, incluidas las de obesidad y enfermedades crónicas, en el que la vulnerabilidad biológica se entretreje con la vulnerabilidad social

Una *sindemia* exige un enfoque complejo que incorpore lo social y lo comunitario a lo biológico. Sin embargo, bajo mi experiencia hemos vivido y sufrido un abordaje muy diferente que he denominado *simpleza pandémica*. Es decir, un enfoque simplista que no considera la complejidad de la interrelación con lo social y lo comunitario en la transmisión e impacto de la covid-19 y que, por ello, genera intervenciones de eficacia limitada.

Aunque están íntimamente interrelacionadas, se puede diferenciar dos tipos de simplezas. Una es la “simpleza política” que ha generado una respuesta estandarizada (sin atender la diversidad y vulnerabilidad social), autoritaria (sin escucha y ni búsqueda de complicidad ciudadana), demagógica (*populismo sanitario*), culpabilizadora (más centrada en las conductas individuales que en las responsabilidades institucionales) y poco transversal (pandemia como campo batalla política).

Pero también ha habido una “simpleza técnica”. A pesar de la maduración de la salud colectiva en las últimas dos décadas, durante esta pandemia, se ha producido una suerte de “regresión infantil” a enfoques bio-clínicos, individualistas y asociales. Se ha marginado el paradigma de la DSS y las invocadas estrategias comunitarias. Se sintetiza en la frase escuchada de: “No estamos para florituras”<sup>6</sup>.

Simpleza en el análisis y simpleza en la intervención. Una epidemiología poco social ha favorecido un análisis simplista. Una SP, atención primaria y servicios sociales retraídos intramuralmente y poco comunitarios, han llevado a intervenciones simplistas.

### **De los “como si” al “efecto arrastre”**

Dentro de la simpleza política, han destacado las estrategias “como si”: intervenciones de las autoridades escasamente fundamentadas y de dudosa eficacia que buscan la apariencia de acción, y desviar la atención de la opinión pública sobre la dejación de acciones más eficaces, pero más costosas económica o políticamente. Ejemplos serían los test masivos sin atender los criterios epidemiológicos establecidos o los pseudoconfinamientos por zonas básicas de salud densamente urbanas.

También cabe mencionar como simpleza política, el efecto arrastre o dominó que se dio entre CC.AA, pero también entre gobiernos europeos, que para no ser menos “radical” que su vecino, copiaban medidas de dudosa eficacia pero de gran vistosidad.

### **Épica guerrera o ética de los cuidados**

El enfoque combinado de hospitalocentrismo & desmovilización de la atención primaria y los dispositivos socio-sanitarios comunitarios, ha hecho que la épica clínico-tecnológica, de guerra y patriótica se haya impuesto a la ética de los cuidados. En la que el filo de esa “SP a pie de barrio” estaba bastante mellado.

Las redes vecinales de apoyo mutuo intentaron cubrir el vacío dejado por el retraimiento institucional, en un momento de aumento de necesidades sociales. Fue de nuevo el mutualismo obrero o ciudadano, o lo que ahora llamamos cuidado comunitario, lo que brilló frente al retraimiento de los servicios públicos y el déficit de ayudas institucionales oportunas.

Volviendo al enfoque sindémico, tuvimos sobrados indicios de que la desigualdad social y la precariedad habitacional & laboral estaban siendo potentes vectores de la transmisión Covid-19. Las clases populares sufrieron especialmente la exposición al virus, pero también las barreras para cumplir las medidas salud pública y los efectos secundarios de estas medidas (desempleo, aislamiento, cuidado de vulnerables). Durante el confinamiento descubrimos que entre las

---

<sup>6</sup> Para estas voces, no solo las variables sociales, el abordaje comunitario o las aportaciones de las ciencias sociales son *florituras*, sino todo lo que han estado ustedes discutiendo estos días en el congreso sobre bioética y ética de los cuidados.



“ocupaciones esenciales” los trabajos presenciales y precarios ocupaban un lugar destacado. Y supimos del gradiente social del teletrabajo. ¿Pero fuimos capaces de incorporar esta realidad en nuestra práctica salubrista?

La posibilidad de hacer análisis no simplistas se vio dificultada desde el principio, al tener un sistema de información de casos y contactos sin apenas variables sociales y con falta de información útil sobre los ámbitos de exposición. De nuevo, la justificación era “que había que simplificar la recogida de datos”. Y las variables que “retardaban” eran al parecer las variables sociales, como la ocupación. También eran al parecer *florituras*.

Nos hemos encontrado también con una regresión a una epidemiología de contar números, atrapada en una compulsión generadora de tablas estadísticas sin apenas análisis. Representada con esa imagen del hámster atrapado dando vueltas en la rueda ...como se sentirían algunas epidemiólogas mientras sacaban las tablas del día.

### **Dinámicas organizativas**

También creo que debemos reflexionar sobre qué ha fallado en nuestras dinámicas de organización interna. A pesar de haber recibido y organizado decenas de cursos de gestión de crisis, por qué nos hemos sentido desbordados. Hay dos temas que considero importantes, uno es el tiempo y el otro la opacidad.

Se han achacado muchas cosas a la falta de tiempo. No había tiempo para: reuniones de equipo y análisis, evaluación, discriminación de funciones en la gestión crisis, cuidado de la comunicación de crisis, coordinación intersectorial, interdisciplinariedad (especialmente, con las ciencias sociales), escucha. En resumen, no había tiempo para parar y pensar.

Por otra parte, la opacidad estaba presente cuando no se sabía quién tomaba las decisiones y por qué (protagonismo de asesores de políticos, aislados de la estructura técnica; técnicos que se enteran antes por los medios de las decisiones y criterios, que por su propia institución,..)

Probablemente, muchos de estos déficits han motivado excesos de precaución, falta de fineza en la gestión de la pandemia y desconsideración de la ética de los cuidados: la limitación de visitas a residencias de mayores u hospitales, la desatención del proceso de muerte y duelo, el retraimiento intramural de los dispositivos, las barreras socioculturales al acceso al IMV.

### **Vacunación: la otra vulnerabilidad desatendida**

Estamos bastante orgullosos de la marcha del proceso de vacunación, pero creo interesante recordar, como indicador de las dificultades para operar con las desigualdades sociales en salud, que en el primer diseño de la Estrategia de vacunación de diciembre 2020, se incluía al grupo de “personas en situación socioeconómica desfavorecida”. Es decir, personas con trabajos, viviendas y economías precarias. Y se consideraba prioritarios (por los criterios de riesgo de gravedad, exposición, impacto y transmisión) para ser vacunados, antes de los grupos de trabajadores socio sanitarios de 2a fila, trabajadores esenciales y docentes. Recordemos que urgía vacunar primero a los más vulnerables.

A medida que se fueron actualizando las sucesivas versiones del documento de la estrategia, acabó desapareciendo este grupo en la lista de orden de prioridad. Se optó por considerar solo la vulnerabilidad por edad o por comorbilidad como criterio en el cronograma de vacunación, y desapareció la vulnerabilidad socioeconómica. También la consideración de los cuidadores no profesionales.

Al parecer se consideraba muy complejo acceder a estos grupos sociales, a pesar de poder contar con la complicidad de ONG's, sindicatos, asociaciones y dispositivos que los tienen bastante bien identificados, y se confió en que aunque se retrasara su vacunación unos meses, al final serían vacunados cuando hubiera disponibilidad y se les llamara por su cohorte de edad.

Indudablemente estos déficits han estado muy condicionados por las mermadas plantillas por los recortes previos y las bajas por enfermedad. Pero ¿hasta que punto esta “simpleza técnica” o falta de asunción del enfoque sindémico ha estado solo determinada por las simplezas políticas, los escasos recursos y la falta de tiempo? ¿O ha sido más bien debida a una superficial asunción previa del

modelo de los DSS y de la orientación comunitaria, que todavía tienen muchas dificultades de pasar *del dicho al hecho*?

Conclusiones

- Gestionar la dicotomía seguridad vs libertad requiere considerar otros valores: responsabilidad, equidad y transparencia. Si no, caeremos en una simplificación, la imposición de un marco mental político y la ineficacia en la protección de la salud colectiva.
- Detrás de las decisiones de SP y las resistencias a las mismas, opera una maraña de conflicto de intereses y poderes opuestos a la pérdida de privilegios/beneficios, que menosprecian la salud colectiva
- La pandemia ha desnudado nuestras frágiles costuras. Especialmente, la dificultad de operar (política y técnicamente) con la equidad y la ética de los cuidados. También de la fragilidad de nuestra democracia (consenso, territorio, transparencia).
- Debemos revisar y reforzar no solo nuestra SP y Sanidad Pública, sino nuestro sistema político y de valores comunes, si queremos estar mejor preparado ante la próxima pandemia.

Gracias! Eskerrik Asko!