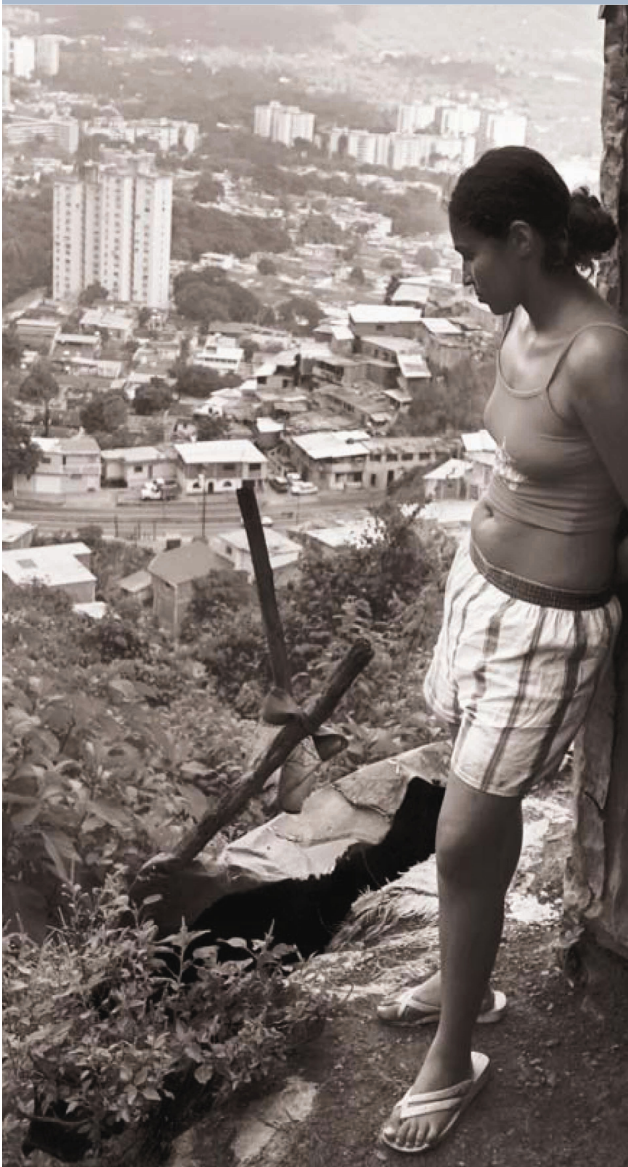




ALAMES
ASOCIACIÓN
LATINOAMERICANA
DE MEDICINA SOCIAL

Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud



**30 de septiembre a 2 de
octubre 9 a 14 hs.**

Martes 30

**El problema de la determinación
social de la salud**

Participan: Andrés Barreda, Jaime Breilh,
Vilma Santana, Ada Alfonso, Luis E.
Portela, Carolina Martínez Salgado

Miércoles 1

**Problemas éticos, desigualdad,
inequidad e injusticia**

Participan: Hugo Spinelli, Eduardo
Menéndez, José Carlos Escudero,
Ma. Isabel Rodríguez, Alcira Castillo, Mario
Hernández

Jueves 2

**Los determinantes sociales de la
salud y la acción política**

Participan: Oscar Feo, Ana María
Tambellini, Sonia Fleury, Francisco Rojas
Ochoa, Mauricio Torres, Cristina Laurell,
Oliva López

Más información en: www.alamesgeneral.es.tl

**Universidad Autónoma Metropolitana
Rectoría General***

* Prolongación Canal de Miramontes 3855 Col. Ex-Hacienda San
Juan de Dios, Delegación Tlalpan, C.P. 14387 México, D.F.

Mujer en Caracas, Venezuela, Jacob Silberberg / Panos Picture



INDICE

	Página
Documento Base	3
Mesa 1. El problema de la determinación social de la salud	
Jaime Breilh , "Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud"	14
Carolina Martínez , "Abrir" la epidemiología	30
Ada Alfonso , Reflexiones en torno a la sexualidad en el contexto de los determinantes sociales de la salud	39
Mesa 2. Problemas éticos: desigualdad, inequidad e injusticia	
Hugo Spinelli , La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina.	50
Eduardo Menéndez , Etnicidad, racismo y género: algunos problemas ético/metodológicos	60
Ma. Isabel Rodríguez , Problemas éticos: desigualdad, inequidad e injusticia	71
Mario Hernández , Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones	86
Mesa 3. Los Determinantes sociales de la salud y la acción política	
Ana María Tambellini , Da Determinação Social da Doença à Vulnerabilidade Sócio-Ambiental: construindo categorias de intervenção para o sistema de saúde	98
Francisco Rojas Ochoa , Los determinantes sociales de la salud y la acción política	111
Mauricio Torres , Los determinantes sociales de la salud y la acción política.	117
Asa Cristina Laurell , Los determinantes sociales de la salud y la acción política.	129
López O., Blanco J., Garduño M.A., Granados J.A., Jarillo E., López S., Rivera J.A., Tetelboin C , Los determinantes sociales de la salud y la acción política: una perspectiva desde la academia.	144



TALLER LATINOAMERICANO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Documento para la discusión

Elaboración colectiva por el Comité Organizador del
Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud

I. INTRODUCCIÓN

Al hacer públicas las evidencias científicas sobre los efectos negativos en la salud derivados de la inequidad social y de la injusticia, no sólo se difunden las evidencias, sino que se hace una denuncia.

Así mismo, cuando esta denuncia se hace a todo el mundo, se contribuye, no sólo a la difusión del conocimiento académico de “las causas de las enfermedades”, sino que también se aporta a la movilización de aquellos agentes sociales interesados en erradicar dichas inequidades e injusticias.

Cuando se pone en el centro de la agenda de la salud mundial la necesidad de movilización social para superar la inequidad, se va más allá de las acciones técnicas dirigidas a atenuar los estragos de la inequidad; se propone al mismo tiempo, elaborar un programa de cambios sociales que posibiliten el derecho humano a la salud, en contraparte a los numerosos casos de enfermedad y muerte innecesarios en el mundo actual.

El trabajo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), así como el de diversos grupos y organizaciones sociales que se han generado alrededor de ella, a contra-corriente de los planteamientos neoliberales, han aportado a la denuncia de la inequidad, han contribuido a darle visibilidad mundial y han promovido la movilización social. A su vez, las evidencias y denuncia presentadas, abren la discusión sobre un programa de cambio social que posibilita hacer realidad el derecho humano a la salud.

La Asociación Latinoamericana de Medicina Social, comunidad que nos une a académicos, trabajadores de la salud y movimientos sociales que, tanto en el campo de estudio de la determinación social de la salud como en el de movilización social, hemos trabajado desde hace varias décadas en la defensa del derecho a la salud, no podemos menos que apoyar las denuncias que la CDSS ha hecho en esta dirección, así como aportar nuestros puntos de vista a la discusión que sobre estos problemas y sobre un programa de cambios sociales que generará el informe de la CDSS.

Los informes de los grupos de conocimiento y el borrador del reporte final de la CDSS, nos plantean un conjunto de evidencias sobre el efecto de las inequidades sociales sobre las enormes desigualdades en salud, entre y dentro de los países del mundo. Se trata de denuncias, la mayoría de ellas desgarradoras, sobre las que los grupos de conocimiento y la propia CDSS han elaborado un marco ético, un marco conceptual y una propuesta política y programática. Así, el propósito central de este documento es plantear algunos puntos centrales de la discusión de estos problemas desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana.

I. EL PROBLEMA DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

La determinación social de la salud y de la enfermedad, es un problema central para la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas (MS y SCL). Estos temas, han sido motivo de reflexión desde hace ya varias décadas, no solo como campo del saber científico, sino también como vínculo con los movimientos y resistencias populares en defensa de su salud. Por tal motivo, iniciamos este documento contrastando los planteamientos de la CDSS y los de la MS y SCL.

La CDSS parte de un esquema general de la determinación social de la enfermedad que coincide y recupera el enfoque de la epidemiología social europea.¹

Este enfoque se resume en el esquema que se presenta a continuación. Existen según este modelo dos tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud y los segundos son los llamados determinantes intermediarios.

Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar.

a) Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia.

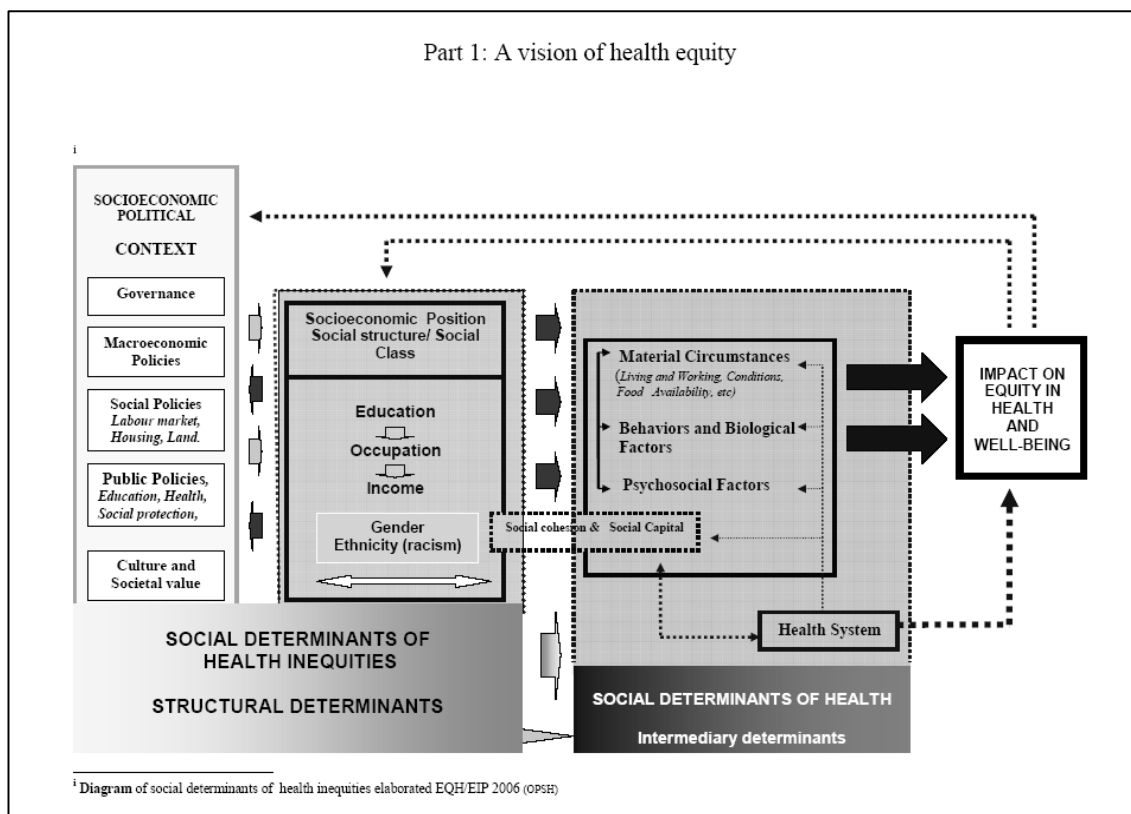
Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son la el **tipo de gobierno**, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales.

La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios.

b) Determinantes intermediarios.

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar.

¹ Closing the gap in a generation: health equity taking action on the causes of the causes. The Commission on Social Determinants of Health Draft Final Report December 2007.



Los planteamientos hechos desde la MS Y SCL, coinciden con el esquema anterior, y con otros de la CDSS y de la epidemiología social europea, en reconocer la existencia de una articulación múltiple y compleja entre los procesos sociales y los procesos bio-psíquicos de individuos y colectividades humanas. Así, tanto una como otra corriente reconocen que los procesos sociales macro tienen variados correlatos con los patrones de salud y de enfermedad, y que esta relación no es única, lineal y mecánica, ni se da sólo a través de la articulación de distintos niveles. Mediante esta articulación la sociedad determina las condiciones de vida y éstas últimas, en la medida en que interactúan con procesos bio-psíquicos específicos, modifican a individuos y colectividades, ya sea fortaleciendo su salud o generando enfermedad.

Sin embargo, existen dos diferencias importantes entre el acercamiento de la CDSS y de la epidemiología social europea y el de la MS Y SCL.

La **primera diferencia** está en las distintas construcciones teóricas que sobre las relaciones y procesos sociales han realizado la epidemiología social europea y la MS Y SCL.

En las construcciones elaboradas por la MS Y SCL, iniciadas ya hace más de 40 años, y salud colectiva de manera sintética se pretende explicar:

a) lo que es inherente a la sociedad capitalista en términos de sus formas de propiedad, poder y división del trabajo, así como las formas a través de las cuales la producción y reproducción propias del capitalismo, producen las abismales diferencias en la calidad de la vida de las distintas clases sociales, géneros y etnias. A las inequidades por clase social, se deben agregar las inequidades generadas por el patriarcado;

expresadas en las diversas formas de discriminación genérica y el eurocentrismo expresado en las diversas relaciones coloniales de racismo que se tejen entre pueblos originarios y/o culturas subalternas con las culturas hegemónicas;

b) las formas a través de las cuales las inequidades por clase, género y etnia de las cuales se nutre la sociedad capitalista, producen grandes diferencias en condiciones de vida que a su vez se expresan en distintos perfiles de salud, enfermedad y atención;

c) las formas a través de las cuales los individuos y las colectividades crean un conjunto de sentidos y significados de la salud y de la vida que se materializan en prácticas en salud; así como las formas a través de las cuales esas prácticas en salud entran en interacción con las condiciones de vida determinadas para individuos y colectividades, conformando lo que se han denominado modos de vida. Las primeras aproximaciones de la MS Y SCL se centraron en el papel de la clase social² y el proceso de trabajo³ en los diferenciales de salud y enfermedad, con lo cual se planteó la centralidad del modo de producción en la distribución de la riqueza y, por tanto, en las condiciones materiales de existencia. A partir de esta premisa, posteriormente, se desarrolló la comprensión de que la salud y la enfermedad de las poblaciones tenían que incluir el papel de los significados y la subjetividad, dónde, los aspectos simbólicos de la salud también pueden ser entendidos desde una perspectiva de poder, resistencia y conflicto. Así, los sentidos y significados que las sociedades otorgan a diferentes aspectos de la vida y la salud pueden expresarse en las instituciones, prácticas y subjetividades y de este modo afectar negativa o positivamente la salud. Este reconocimiento de lo simbólico y lo subjetivo dio lugar a una mayor utilización de metodologías cualitativas en el campo de la epidemiología;⁴

d) las diversas respuestas ante la enfermedad, que se expresan en diferentes prácticas en salud: los servicios médicos hegemónicos, otras prácticas que no son hegemónicas que coexisten con ellos⁵, las resistencias de los de 'abajo' a las políticas y programas de los de 'arriba', aspectos planteados siempre por el Estado como algo a ser aceptado obedientemente por los de 'abajo' con el argumento de que provienen de visiones científicas;

e) las formas a través de las cuales las prácticas en salud conforman el uso de los recursos disponibles o se desarrollan como diversidad de luchas y movimientos sociales contra las clases dominantes, dirigidos a eliminar aquellas restricciones para vivir una vida saludable, lo cual necesariamente pasa por la ampliación de los espacios para decidir en libertad y con dignidad según los sentidos y significados construidos, las formas de vivir, de disfrutar, y por qué no, de "gastar" la vida de individuos y comunidades, en equidad y democráticamente;

² Bronfman M & Tuirán R. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. Cuadernos Médico Sociales 1983; 29:53-75.

³ Laurell, Asa Cristina "Trabajo y Salud: Estado del Conocimiento", en Franco, Saúl, Nunes, Everardo, Breilh, Jaime, Laurell, Asa Cristina (eds.) Debates en Medicina Social Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 92 (Quito: OPS/ALAMES); 1991.

⁴ Mercado FJ & Robles L. Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México. Universidad de Guadalajara, México, 1998, 313pp.

⁵ Menéndez E. Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Cuadernos de la Casa Chata 179. Ciesas, México, 1990.

f) las formas en las que las clases dominantes ejercen su hegemonía dentro de la sociedad, así como las formas a través de las cuales las clases subalternas van construyendo una contra-hegemonía y el papel que ocupa dentro de éstas, la lucha por la salud y por el derecho a la salud; y

g) la premisa de que la distribución de la salud y la enfermedad, así como la respuesta social organizada ante la misma, es producto de los conflictos que se dan al interior de las sociedades y que estos conflictos forman parte de la pugna por el poder entre las clases dominantes que despliegan distintas estrategias para mantener su hegemonía y dominación y los diferentes actores como sindicatos, movimientos sociales, etc.

En las construcciones teóricas de la MS Y SCL, entonces, se establece una articulación entre la crítica de lo que la sociedad es, las formas en las que produce o anula la salud y las formas en las que le brota desde dentro la defensa de la salud y la lucha por una sociedad mejor, sin la explotación y el despojo propios de la sociedad capitalista.

Los marcos conceptuales de la CDSS y de la epidemiología social europea, en cambio, prestan muy poca atención a lo que la sociedad actual es, centrándose en lo que produce en términos del modelo educación – ocupación – ingreso. Se basan fundamentalmente en la sociología funcionalista,⁶ de acuerdo a la cual, de la estratificación socioeconómica deriva la relación entre escolaridad, ocupación e ingreso. Así, para ellos, uno de los puntos centrales de lo que definiría la justicia o injusticia social es el hecho de que la sociedad brinde por igual una buena educación que les garantice mejores empleos y por tanto mayores ingresos, que a su vez permitan contar con mejores condiciones materiales y por tanto mejor salud. Así, las transformaciones que logran verse desde esta óptica, son solo las mejoras posibles dentro de una sociedad inherentemente inequitativa, a la que se le han limado sus aristas más agresivas y letales (como por ejemplo el trabajo forzado, el trabajo infantil, el trabajo peligroso, etc.).

En el enfoque de la CDSS, el ámbito privilegiado para lograr las transformaciones propuestas son las políticas de Estado y la promoción de culturas y valores sociales. El campo de defensa de la salud entonces es, privilegiadamente, el campo del cambio en las políticas macroeconómicas, sociales y públicas (componentes del contexto en el esquema de arriba) para favorecer mejor educación, ocupación e ingreso, que repercutirán en mejoras en las condiciones materiales y por tanto en la salud.

Entonces, los objetos de la crítica de la MS y la SCL y de la CDSS en el campo de la determinación social de la salud son distintos. Para las dos primeras, inician con la naturaleza misma de la sociedad capitalista, para la segunda, con las posibles repercusiones que esta produce en materia de educación, ocupación e ingreso, género o etnia. Pero, aunque por supuesto, de ello se derivan estrategias distintas, existe un acuerdo importante entre estas tres concepciones que consiste en hacer visibles los determinantes sociales más inmediatos de la salud, la enfermedad y la atención, y en pugnar por medidas inmediatas (a través de políticas nacionales e intencionales) que

⁶ Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research. *Annu Rev Public Health* 1997; 18: 341-78.

mejoren la salud, ya sea bajo la perspectiva de llegar a la mejor situación dentro de una sociedad opresiva o, incluso, de superar las formas actuales de organización social opresiva.

La MS y la SCL por su parte, tienen como categoría fundamental la categoría marxista de clase social pues desde esta perspectiva, la desigualdad socioeconómica tiene su origen en las relaciones de explotación derivadas del proceso de producción. De la relación que los individuos mantienen con los medios de producción deriva su posición en las relaciones de dominio y explotación.⁷ Estas relaciones son determinadas por las formas que en una sociedad toman la propiedad y el trabajo y sus conexiones a través de la producción, distribución y consumo de bienes, servicios e información. Las clases sociales son “grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción históricamente determinado, por las relaciones en que se encuentran con respecto a los medios de producción (...), por el papel que desempeñan en la organización del trabajo y, consiguientemente por el modo y la proporción en que reciben la parte de la riqueza de que disponen. Las clases son grupos humanos, uno de los cuales puede apropiarse del trabajo del otro, por ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de economía social”⁸.

La **segunda diferencia**, vinculada con la anterior es que la MS Y SCL otorga un peso mucho más grande a los cambios en la correlación de las grandes fuerzas sociales en la transformación de la calidad de vida, como parte de los procesos de generación de una contra hegemonía de las clases subordinadas frente al poder económico, ideológico y político de las clases dominantes, aspecto que será desarrollado de manera más amplia en el punto IV de este documento.

Ambas diferencias (la existente entre los modelos epistemológicos y teóricos de la determinación social de la salud y la existente entre los determinantes del cambio social), atravesarán las distintas temáticas de cada uno de los informes parciales preparados por la CDSS⁹ (globalización, trabajo, desarrollo del niño, género, ciudad, exclusión social, medio ambiente y sistemas de salud).

II. PROBLEMAS ÉTICOS: DESIGUALDAD, INEQUIDAD E INJUSTICIA

El concepto de desigualdad social en salud puede ser visto desde dos perspectivas: a) una perspectiva conceptual, en tanto que representa una forma de abordar la realidad sanitaria y b) una perspectiva ética, cuando la discusión se centra en la valoración de las diferencias en condiciones de vida y de salud que existen entre los grupos sociales. Desde la óptica de la ética, la desigualdad social puede ser vista como un factor que limita el goce pleno de los derechos humanos de varios sectores de una sociedad.¹⁰ La salud es conceptualizada como una necesidad básica de cualquier ser humano en tanto que es un

⁷ Santos JAF. A teoría e a tipologia de classe neomarxista de Erik Olin Right. Dados 1998; 41 (2).

⁸ Bronfman M & Tuirán R. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. Cuadernos Médico Sociales 1983, 29: 55.

⁹ La discusión abarca también la forma en la que fueron seleccionados los temas o campos de los o informes parciales

¹⁰ Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. Int J Epidemiol 2001; 30: 668-77.

requisito para que los sujetos puedan alcanzar las metas que consideran válidas así como para tener una participación exitosa en la vida social,¹¹ por ende, la desigualdad social en salud implica un acto inmoral e injusto ya que varios sectores de la sociedad no pueden cubrir esa necesidad básica.

En este campo la discusión se dirige, por tanto, a definir lo que se considera injusto en términos de la distribución de la enfermedad dentro de una población. De acuerdo con Whitehead¹² las desigualdades o inequidades en salud son injustas cuando no son resultado de la libre elección de los individuos, sino que son producto de situaciones que están fuera de su control. La misma autora señala que las diferencias en las condiciones de salud derivadas de desigualdades sociales son evitables ya que no son diferencias producidas por la biología de los individuos.

Amartya Sen¹³ ha señalado que es necesario hacer la diferencia entre los logros y la libertad de lograr (*freedom to achieve*) y que en este terreno, el conflicto real se da entre los diferentes tipos de libertad de la que disfrutaban las personas. En torno al concepto de “desigualdad de oportunidades” señala que debe más bien ser referido a “desigualdad en las capacidades” y sostiene que la sociedad debe ofrecer a sus miembros la posibilidad de aumentar sus capacidades de exigirle justicia y salud y no sólo otorgarle los bienes que puedan hacerle falta.

Un segundo punto de discusión con la CDSS es el de la caracterización de la desigualdad, la inequidad y la injusticia y sus vínculos con las formas de organización social.

La CDSS se ha basado en mucho en los desarrollos conceptuales de Margaret Whitehead¹⁴ sobre esta problemática. Resumidamente, la CDSS parte del concepto de que una parte importante de las desigualdades epidemiológicas en salud tienen un origen social. A estas desigualdades, cuyo origen está en los diferentes lugares que ocupan las personas en el orden social, que son sistemáticas y evitables, se les designa bajo el concepto de INEQUIDADES EN SALUD y en la medida en que atentan contra el derecho humano a la salud, la CDSS establece que las inequidades en salud son injustas.

Según este enfoque, las inequidades en salud pueden deberse, entre otras cosas, a conductas dañinas para la salud debidas a un “grado de elección de estilos de vida” severamente restringido (por ejemplo, alimentación restringida por carencias económicas); exposición a condiciones de vida y trabajo insalubres y estresantes, o a acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros básicos como sanidad, vivienda o atención médica.

¹¹ Doyal L, Gough I. A theory of human need. Londres: Ed. MacMillan, 1992.

¹² Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22 (3): 429-45.

¹³ Sen A. Capacidad y bienestar, en *La calidad de vida*. comp. de M.C. Nussbaum y A. Sen. México. FCE, 1993

¹⁴ Whitehead, M., Göran Dahlgren, *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*, WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool.

Göran Dahlgren Margaret Whitehead, Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health Studies on social and economic determinants of population health, No. 3 WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool

Las inequidades en salud, en el enfoque de la CDSS, tienen sus causas en la distribución desigual de la riqueza y del poder entre grupos de individuos en la sociedad.

El objetivo final de la CDSS es mejorar la salud mundial por la vía de lograr la equidad en salud, viéndolo como un asunto de justicia social. Para lograr la equidad en salud se necesitan políticas sociales que empoderen a individuos, comunidades y países y la redistribución de la riqueza social a fin de promover una vida saludable y próspera. Las medidas propuestas, como se verá con mayor detalle en un apartado siguiente, se dirigen a recomendar políticas que reduzcan las desigualdades en salud, cerrando la brecha en salud en el curso de una generación.

La medicina social latinoamericana (MS Y SCL) desde su surgimiento se ha manifestado en sus escritos, investigaciones y acciones, en una dirección semejante a la de la CDSS. Una tarea central de la MS Y SCL ha sido estudiar y evidenciar las grandes desigualdades en salud en el mundo derivadas de las formas de organización social y la injusticia. Pero ha conceptualizado la inequidad de una manera distinta a la CDSS y por tanto ha impulsado estrategias distintas ante ella.

De manera resumida, y siguiendo a uno de nuestros principales autores, la medicina social latinoamericana (MS Y SCL), establecería el siguiente marco:¹⁵

Las sociedades inequitativas son aquellas donde existe un proceso de distribución desigual del poder. No solo del poder que controla la propiedad y el uso de las riquezas materiales, sino del poder que se requiere para definir y expandir la identidad, los proyectos y las aspiraciones de utopías.

La inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso sino al proceso intrínseco que la genera. La inequidad alude al carácter y modo de ser de una sociedad que determina el reparto y acceso desiguales (desigualdad social) que es su consecuencia.

Esta distinción es muy importante porque si nuestro análisis estratégico se queda en el nivel de la desigualdad, estaríamos reduciendo o desviando nuestra mirada a los efectos, en lugar de enfocar sus determinantes.

La inequidad da cuenta de la esencia del problema, es lo que está en el fondo o en la raíz, mientras que la desigualdad es una evidencia empírica que se hace ostensible en los agregados estadísticos.

La desigualdad es una injusticia en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute, una disparidad en la calidad de vida, mientras que la inequidad es la falta de equidad, es decir la característica inherente a una sociedad que impide el bien común. La inequidad es la injusticia produciendo desigualdades.

Entonces, para la comprensión de la desigualdad es necesario desentrañar la inequidad que la produce. La desigualdad es, más bien, una expresión observable típica y grupal de la inequidad. Expresa un contraste de una característica o medida producida

15 Breilh, Jaime. Epidemiología Crítica Ciencia emancipadora e interculturalidad. El Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina, 2003, 1a. Edición.

por la inequidad. La categoría desigualdad es la expresión observable de una inequidad social. Las desigualdades se miden, las inequidades se juzgan.

Cuando aparece históricamente la inequidad, es decir la apropiación de poder y la concentración del mismo en determinadas clases, en uno de los géneros o en algunas etnias, entonces la diversidad, en lugar de ser fuente de avance humano, pasa a ser un vehículo de explotación y subordinación.

La fuente primigenia de toda inequidad es la apropiación de poder: la apropiación privada de la riqueza que dio origen a las clases sociales, la apropiación patriarcal del poder y la apropiación por parte de grupos étnicos situados con ventaja estratégica. Esta es la triple inequidad que produce nuestras desigualdades sociales en salud. Las desigualdades en salud en la sociedad actual, son producto de esa triple inequidad que las genera y que acompaña inevitablemente a una sociedad como la capitalista que está regida por la acumulación de la riqueza en un polo, y la explotación, el despojo y la exclusión en el otro polo de la sociedad.

Entonces, para la MS Y SCL, no se trata de centrarse o limitarse a las desigualdades sociales en salud (que la CDSS equipara con inequidades) sino que examina la inequidad que les da origen, misma que deberá ser juzgada a partir de la apropiación de poder y de riqueza que la genera y las formas en las que se manifiesta. Así, la MS Y SCL, si bien apoyan el impulso de políticas sociales que reduzcan la desigualdad en salud, y en eso coincide con la CDSS, no limitará su acción a esto, sino que buscará la superación social de la inequidad que las produjo.¹⁶

III. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA ACCIÓN POLÍTICA

La CDSS ha llamado la atención sobre la importancia de tener un enfoque de determinantes sociales retomando la tradición de Alma Ata que señalaba que el avance en salud, si bien incluía acciones médicas curativas y de prevención específica, debía incluir otros tantos aspectos relacionados con el “desarrollo”. Después del retroceso que significó el abandono de la concepción original de Atención Primaria a la Salud (y su sustitución por los paquetes mínimos) y la política neoliberal que predominó en la OMS, haciendo de la salud una mercancía, la formación de la CDSS y su trabajo pueden verse como un intento por reconsiderar y actualizar los planteamientos de Alma Ata. En lugar del lema “*Salud para todos en el año 2000*”, la CDSS ha puesto como objetivo lograr la equidad en salud y como meta se ha fijado “cerrar la brecha en salud existente en el mundo en el curso de una generación”. Para lograrlo se ha planteado un conjunto de pasos clasificados en dos grupos: conductores estructurales y cambios en las condiciones de vida.

¹⁶ Walzer M. *Las esferas de la justicia. Una defensa del pluralismo y la igualdad*. México: FCE, 2001. Walzer introduce el concepto de igualdad compleja que en términos formales significa “que ningún ciudadano ubicado en una esfera o en relación con un bien social determinado puede ser coartado por otra esfera, con respecto a un bien distinto”, es decir que no se violen los principios de distribución propios de cada esfera y evitar que el éxito en una esfera implique la posibilidad de ejercer la preponderancia en otras. En nuestra opinión este concepto reproduciría permanentemente la desigualdad.

En el *primer grupo* quedarían situados los siguientes elementos: financiamiento justo (adecuado y orientado a aumentar el gasto en salud y determinantes sociales de ésta a nivel mundial), responsabilidad del mercado (justo equilibrio entre lo público y lo privado); equidad de género (con el sesgo en poder, normas, valores y recursos); toma de decisiones imparcial (empoderamiento y participación amplia en la toma de decisiones referente a la equidad en salud); compartir responsabilidad en la salud (entre distintas instituciones estatales); buena conducción gubernamental global (a partir de mayor peso de organismos multilaterales que coloquen el marco de determinantes sociales en el centro).

En el *segundo grupo* se enlistan medidas dirigidas a lograr: equidad desde el inicio de la vida (“el desarrollo temprano del niño y la educación son grandes niveladores de salud”, dice la CDSS); empleo justo y trabajo decente (dice la CDSS en un borrador “el trabajo pagado tiene el potencial de erradicar la pobreza y proveer seguridad material, inclusión social y empoderamiento político”, por lo que hay que combatir el trabajo precario, el desempleo y las condiciones de trabajo deficientes); lugares (de vivienda) saludables (con acceso a bienes y diseñado para promover la salud física y mental); atención médica universal (promoviendo sistemas universales y gratuitos, fundados en la APS, y que garanticen acceso equitativo en cada país); y finalmente, protección social universal.

Para la MS Y SCL es también de especial importancia dar visibilidad social a los determinantes sociales de la salud, a contracorriente de la concepción dominante derivada del modelo médico actual, que parte de la premisa de que cada quien enferma por el estilo de vida que ha elegido. A su vez varias de las medidas propuestas por la CDSS son demandas que la propia MS Y SCL ha reivindicado y que apoyará, tales como el aumento inmediato a los gastos en salud (que no solo al sistema de atención médica como lo plantea correctamente la CDSS), la creación de un sistema universal y gratuito de salud, etc.

Sin embargo, hay un problema con la lógica general en la que se basa el qué hacer propuesto por la CDSS, que no coincide con los planteamientos de la MS Y SCL.

La CDSS ha puesto en el centro el logro de la *equidad en salud*, y las medidas que propone buscan, en efecto reducir lo que la CDSS entiende como inequidades en salud. Así, estas inequidades pueden ser atendidas por instituciones sociales a las que se convenza de que la mejor forma de actuar para mejorar la salud es actuar sobre algunos determinantes sociales de éstas.

Pero, como vimos anteriormente, lo que la CDSS identifica como inequidades en salud, son en realidad desigualdades sociales en salud, es decir, manifestaciones concretas y medibles de una inequidad social, es decir, un trato desigual entre personas propio de una sociedad en la que predomina el interés privado (y no el común y general) con el peligro consecuente de que se confundan los efectos con las causas. El asunto entonces puede plantearse así: en efecto hay que anular las desigualdades sociales en salud, pero ¿superando qué inequidades? ¿conformando qué sociedad organizada para el bien

común? Sobre esto la CDSS no ha podido en avanzar una respuesta porque en sus marcos no se ha establecido la necesidad de explicar a la inequidad como fenómeno social.

La MS Y SCL, en cambio, desde sus orígenes ha buscado explicar cómo es que las formas de organización social privilegian el interés particular; cómo de ello se desprenden inequidades y, finalmente, explicar cómo éstas se manifiestan por complejas vías en formas de vivir, enfermar y atender la salud. Abatir las desigualdades sociales en salud, es para la MS Y SCL, igual que para la CDSS un imperativo ético, pero vinculado a otro que es abatir las inequidades y la injusticia social que las origina.

La MS Y SCL concibe que las sociedades capitalistas actuales es un proceso de reproducción en el que, así como se produce y reproduce la inequidad, se están produciendo las fuerzas y tendencias que se le oponen para refrenar las desigualdades e inequidades y para construir una sociedad más justa.

Entonces, para la MS Y SCL, la lucha contra las desigualdades en salud ha de ubicarse en el marco de la lucha de aquellos beneficiarios del actual orden social por mantener su hegemonía y dominación y la lucha de la humanidad oprimida producto de ese orden social por construir una contra-hegemonía. La MS y SCL no ponen en el centro que los gobiernos de los de 'arriba' tomen tales o cuales políticas, ni se conciben como sus posibles asesores. Demandas tales como el aumento al presupuesto destinado a la salud, la creación de un sistema universal de salud, más escuelas o trabajos más seguros, deberán entonces ubicarse dentro del proceso de lucha entre la hegemonía de las clases dominantes y de creación de contra-hegemonía por las clases subalternas. En contraparte a los enfoques que ven a las personas como sujetos contractuales representados por el Estado, la MS y la SCL ven a sujetos sociales colectivos en lucha contra aquellas formas de opresión que les han sido y son impuestas cotidianamente.

Por esta razón la MS y SCL consideran de manera muy importante conocer y difundir los movimientos sociales y su componente en salud pues ahí están surgiendo las nuevas formas de enfrentar los determinantes sociales de la salud y están haciendo surgir nuevos modos de vida y nuevas prácticas colectivas, solidarias y equitativas.

Hoy podemos observar cómo grandes fundaciones privadas dirigidas por los más grandes empresarios del planeta (como la Fundación de Bill y Melinda Gates) destinan recursos dirigidos a mejorar la salud de "los que menos tienen", como contrapeso a las tantas causas mezquinas que se les conocen. Así mantienen su hegemonía.

La MS Y SCL busca, como la CDSS abatir las desigualdades sociales en salud, si, pero siempre en la perspectiva de fortalecer la contra-hegemonía de los oprimidos por esas desigualdades e inequidades.

En este sentido, finalmente, en ALAMES nos tendremos que plantear de nueva cuenta la cuestión sobre la que nos hemos unido en otros tantos momentos, ¿Cuáles son las principales tareas y retos de la medicina social y salud colectiva latinoamericana?

**ASOCIACION LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL
TALLER LATINOAMERICANO SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE
LA SALUD¹**

**PONENCIA PARA LA MESA 1: LA DETERMINACIÓN SOCIAL EN LA
SALUD**

**“Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en
la Determinación Social de la Salud”**

Jaime Breilh²
Universidad Andina Simón Bolívar

*A la memoria de los años de intensa amistad
vividos con Edmundo Granda;
a la memoria de Juan Samaja y sus aportes a la
construcción progresista de nuestro conocimiento.*

Contextualización Necesaria

Cada cierto tiempo aparecen en los campos de la investigación y la práctica categorías claves que condensan los puntos cardinales del debate y definen los puntos sobresalientes del disenso científico.

Esto sucede en cualquier rama del saber, pero más aún en aquellas que, como la Epidemiología, proveen de herramientas para evaluar el modo de vivir de una población, y el éxito o fracaso de sus proveedores económicos y políticos.

A través del tiempo, la epidemiología como brazo diagnóstico de la salud colectiva y gracias a su capacidad para producir la imagen de la salud de una sociedad, ha estado permanentemente sometida a presiones cruzadas desde demandas y valores opuestos. De ahí que sus paradigmas interpretativos y modelos de investigación jamás han sido el exclusivo resultado de decisiones autónomas de los especialistas –académicos o no académicos- sino más bien producto de la interrelación entre las ideas y operaciones individuales de éstos, con las fuerzas, reglas, facilidades y obstáculos sociales de contextos históricos específicos.³

De ahí que la ciencia epidemiológica, como cualquier otra operación simbólica “...es una expresión transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad.”⁴ Son ese tipo de relaciones de poder, y no simplemente las diferencias éticas o técnicas, las que

¹ México, 29 de Septiembre - 3 de Octubre del 2008

² Jaime Breilh, Md. MSc. PhD; Director del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar; Coordinador de la Red de Acción por el Derecho a la Salud; Co-Coordinador de la Comisión Andina de Determinación Social de la Salud; jbreilh@uasb.edu.ec

³ Breilh, Jaime. Latin American Critical (“Social”) Epidemiology: New Settings for an Old Dream. Oxford: International Journal of Epidemiology, 37, 745-750, 2008

⁴ Bourdieu P. O Poder Simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand, 1998: p.15 (Tranlated from “Le Pouvoir Symbolique, 1989)

nos permiten explicar una historia de disensos científicos en la epidemiología, como los que se dieron entre el *contagionismo conservador* y la *doctrina progresista miasmática* en el siglo XIX; o entre las *explicaciones unicasales* y la *teoría social inicial* en la primera mitad del siglo XX; o entre el *modelo multicausal* -con el paradigma de riesgo como su brazo operativo- versus la *epidemiología crítica* en la actualidad^{5,6}

El disenso actual sobre los llamados “determinantes sociales de la salud” pasa a ser una de esos terrenos de oposición, donde se pugna por definir el campo de la salud colectiva; su contenido y su práctica. Para contrastar las perspectivas divergentes sobre la determinación social de la salud, para comprender por qué la reflexión de grupos de la salud colectiva latinoamericana se adelantó en tres décadas a la Organización Mundial de la Salud; para entender el debate actual sobre dicha categoría y los motivos por los cuales el pensamiento anglosajón invisibilizó la producción latinoamericana al lanzar al mundo su modelo, es necesario insertar dichas reflexiones en el movimiento de las relaciones sociales que batallan por constituir la práctica de la salud.

Aceleración de la Economía y Retroceso de la Vida

Cuando diversos núcleos de la medicina social de América Latina enunciaron a fines de los 70 sus primeras versiones sobre la determinación social de la salud, era un momento de lucha para rebasar los moldes de la salud pública de entonces, haciendo visibles la relación entre estructura social y salud; recuperando categorías fundamentales de las ciencias sociales críticas, como “sistema económico”, “trabajo” y, “clase social”, que habían sido barridas de los modelos de la salud pública oficial. En ese momento el pensamiento hegemónico de la epidemiología se refugiaba en el paradigma de la tríada sistémica de Leavell Clark y en las redes de multicausalidad de MacMahon.

Pero ahora, la aceleración del ritmo de reproducción del capital en la economía global desde mediados de los 80s, ha maximizado el deterioro de la vida en nuestro planeta. En el Mundo y la sociedad actuales, mientras más rápido se reproducen las inversiones y ganancias, menos espacio y recursos van quedando para la vida en la Tierra. En contraste con los tiempos anteriores, no es que haya cambiado la naturaleza del sistema económico que rige en el Mundo, sino que se han acelerado sus procesos, acortándose los ciclos de reproducción del capital, lamentablemente mediante mecanismos que han desatado no solamente devastadores cambios climáticos planetarios y destrucción de los ecosistemas, sino procesos globales de restricción estructural de las condiciones que se requieren para la reproducción de la vida y la salud. En la era actual, el vértigo de la producción, el culto a la competitividad y la celeridad de las operaciones económicas, van de la mano con la religión del consumo. La velocidad de flujos y operaciones que incrementa la rentabilidad es la justificación y fin de todo, pero la circulación y venta de mercancías es el requisito para completar el ciclo de la economía.

⁵ Breilh J. La Epidemiología Entrefuegos. Medellín: Taller Latinoamericano de Medicina Social, 1987.

⁶ Tesh S. Hidden Arguments. New Brunswick: Rutgers University Press, 1988.

Entonces, la lógica imperante es extraer, producir y distribuir, para generar productos que se puedan consumir. En ese movimiento, tras del eufemismo de la tan mencionada “globalización” subyacen tres grandes mecanismos de acumulación de capital y concentración de la riqueza social: la *aceleración*, el *despojo* y el *shock*⁷ que han hecho que los niveles “normales” de deterioro de la salud en la pobreza, se desborden y complejicen, tensionando al extremo no solamente el proyecto concentrador y privatizador, sino la legitimidad y hegemonía de los moldes reduccionistas y lineales de los paradigmas que, multicausalismo, habían servido para la gestión funcional al poder. Bajo esas condiciones surgió la necesidad de un modelo epidemiológico hegemónico, que crease un puente entre los más acuciantes problemas de la aceleración, con los hechos más visibles de la crisis de la salud. De ahí que el modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS, fue esa respuesta de los sectores más alertas de la gestión internacional y nacionales, que validaba una apertura de la cooperación internacional y de la gestión pública hacia acciones redistributivas, como sinónimo de equidad, y hacia el control de las distorsiones mayores de la aceleración, pero cuidando claro está, de no amenazar el sistema social en su conjunto, y completar el círculo de análisis con las raíces socio económicas del poder y las relaciones sociales.

“Riesgo”, “Determinantes” o “Determinación” ¿De qué Estamos Hablando?

En los límites de esta breve exposición no podemos condensar todos los argumentos necesarios para rebatir el pensamiento de la salud pública hegemónica, y contrastarlo con el que inspira, desde una orilla opuesta, la corriente crítica latinoamericana. Destacaremos apenas un par de argumentos, esperando que el lector procure la bibliografía respectiva.

En los años de oro del neoliberalismo, el discurso de la gerencia y el eficientismo; la conversión de los derechos adquiridos en mercancía; la monopolización, privatización y mercantilización de la oferta de los bienes y servicios de los que depende la salud; y la focalización de acciones, configuraron una bien orquestada ofensiva del Estado neoliberal, que necesitó de una epidemiología especial: la epidemiología del riesgo. Las nociones de contagio (siglo XIX) que animaba la relación con lo económico y social, y la de transmisión (temprano siglo XX) que enfocaba la relación medio interno-medio externo, no eran propicias para la lógica de la focalización en fragmentos puntuales de la realidad que pudieran ser cambiados, sin preocuparse por la totalidad o por el “mundo externo”. Se buscó una interpretación extrasocial, que más bien distrajera las interpretaciones hacia el terreno de la probabilidad de sucesos manejables, y la respuesta fue el riesgo.⁸ Alrededor de esta categoría se tejió todo un paradigma que en el Sur de América lo hemos analizado críticamente.^{9, 10} Era un abordaje probabilístico, ligado al formalismo

⁷ Breilh, Jaime y Tillería, Ylonka. *Acercamiento Global y Despojo en Ecuador: El Retroceso del Derecho a la Vida y la Salud Pública en las Décadas Neoliberales*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, 2008

⁸ Ayres, Ricardo. *Sobre O Risco. Para Comprender a Epidemiologia*. São paulo: HUCITEC, 1997.

⁹ Almeida Filho, Naomar. *La Ciencia Tímida*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.

cuantitativo, concebido para estudiar las probabilidades de susceptibilidad de personas o de agregados colectivos según niveles de exposición.

Pero esa expiación de lo social y su transmutación a un hecho estadístico, no sólo fueron detectados como un obstáculo epistemológico por la epidemiología crítica latinoamericana, sino también por epidemiólogos del Norte, sobre todo europeos con conciencia social, para quienes era imposible movilizar la salud pública sobre la lógica inconexa de las probabilidades. En ese contexto nació la idea de los determinantes sociales de la salud bajo el amparo de la Comisión de la OMS. Una solución que abre nuevamente el espectro del análisis a procesos contextuales y a la inequidad socioeconómica que el paradigma de riesgo había cerrado.

Y en este punto cabe una reflexión importante para nuestros foros en el Sur. El hecho de que la difusión para 2005 del modelo de determinantes sociales generado bajo amparo de la OMS, haya ignorado olímpicamente la pionera producción publicada en América Latina desde los años 70 por científicos del pensamiento crítico latinoamericano, que había sido reseñada en artículos de revistas de circulación universal¹¹, y que contaba ya para esos años de una sustanciosa bibliografía, registrada y sistematizada en sistemas internacionales de información como el de la Universidad de Nuevo México y SCielo, no parece ser fruto de las barreras del lenguaje. Podría ser fruto de una sesgada evaluación académica, o por el contrario, podría ser la decisión de ignorar un enfoque profundamente cuestionador de las relaciones generales de poder de la sociedad de mercado, que integra el análisis de los modos de vivir históricamente estructurados de clase-etnia y género, y de sus perfiles de salud, con la estructura de propiedad y de acumulación, sus políticas de Estado y sus relaciones culturales.

La salud colectiva latinoamericana eslabonó la construcción integral del *objeto salud*, con una práctica integral de transformación. No la transformación de “riesgos “ aislados, o “factores determinantes”, sino la incidencia sobre procesos de determinación que implican modos históricos estructurales.

El documento base del Taller Latinoamericano¹² sintetiza adecuadamente diferencias sustanciales de los dos modelos. A la par que suscribimos sus tesis, podemos asentar en esta parte algunas complementaciones.

En primer lugar, cabe un reparo al modo en que nos hemos acostumbrado a explicar el debate, aun desde la orilla progresista. Nos referimos a “determinantes sociales de la salud”, asumiendo como nuestra esa forma de expresión del modelo europeo. En la construcción latinoamericana, el cuestionamiento del causalismo^{13,14,15,16}, como reducción científica de la

¹⁰ Breilh, Jaime. Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

¹¹ Waitzkin H, Iriart C, Estrada A and Lamadrid S. Social Medicine in Latin America: Productivity and Dangers Facing the Major National Groups. The Lancet 2001: 358: 315-23

¹² Comité Organizador. Documento para la Discusión del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. México: Materiales del Taller, 29 Septiembre– 3 de Octubre del 2008.

¹³ Breilh J. Epidemiología: Economía, Medicina y Política. Quito: Universidad Central, 1979. p.127 (next editions: 2nd edition: Sto. Domingo; Ministry of Health of the Dominican Republic,

determinación al principio causal, y como distorsión de la realidad considerada únicamente como mundo de conexiones constantes (causales) y asociaciones externas entre factores; nos permitió llegar desde 1979 a la noción de *determinación* como proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades.¹⁷

Aquello marca una distancia conceptual, pero sobre todo práctica. Si bien el modelo OMS ha contribuido a abrir el horizonte del pensamiento oficial en salud y el espectro de análisis, sigue atado a un neocausalismo donde los “determinantes sociales” son asumidos como factores externamente conectados. Esto nos preocupa, más que por una cuestión teórica por las implicaciones prácticas de repetir el *modus operandi* del causalismo: actuar sobre factores y no sobre el cambio de procesos estructurales.

En correspondencia con lo anterior, si bien el modelo OMS reconoce determinantes estructurales e intermediarios, lo hace de tal forma que es imposible establecer el nexo histórico real entre las dos instancias. Primero por que, como la ha señalado el documento base, en los “determinantes estructurales” están ausentes las categorías definitorias del conjunto y su lógica (acumulación, propiedad, relaciones sociales), el énfasis es en lo que se llama gobernanza y políticas. En segundo lugar en el nivel de las clases sociales, hay una versión lineal de sus componentes (educación – ocupación – ingreso-) y sesgada más bien hacia la dimensión del consumo. Finalmente en el nivel de los determinantes intermediarios, no queda claro cuales son esas “circunstancia materiales”, si corresponde al terreno individual o al social.

En todo el modelo no se percibe el principio definitorio del orden social y del proceso de determinación. A diferencia de la visión latinoamericana que hilvana a lo largo de todos los niveles principios de oposición social (acumulación/desposesión; dominación/emancipación; totalidad/particularidad).

En la epidemiología crítica latinoamericana pueden destacarse tres propuestas teóricas para afrontar la superación del causalismo. Aquí apenas sintetizamos su explicación que consta en otro trabajo del autor.¹⁸ Todas tres presuponen una ontogénesis radical para deconstruir las nociones positivistas de la epidemiología clásica: la exposición como algo externo y el riesgo como un fenómeno contingente. Un primer tipo de propuesta enfatiza en la necesidad de contextualizar la relación “exposición” – “riesgo” en los modos de vida, y buscar

1981; 3rd edition: México, Editora Fontamara, 1986; 4rd edition: México, Editora Fontamara, 1988 5th edition: México, Editora Fontamara, 1989; Sao Paulo: UNESP/HUCITEC Editorial, 1991)

¹⁴ Samaja J. Epistemología y Metodología: Elementos para una Teoría de la Investigación Científica. Buenos Aires: Eudeba, 1993 (2da ed.)

¹⁵ Almeida N. La Ciencia Tímida: Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000

¹⁶ Breilh J. Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003 (Portuguese edition by Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 200

¹⁷ Trabajos como “Breilh J. Epidemiologia: Economía, Medicina y Política, 1979. Op.cit” y luego “Almeida N. Epidemiologia Sem Números: Uma Introdução Crítica a Ciência Epidemiológica. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989.” asumieron la noción de determinación de Mario Bunge.

¹⁸ Breilh, Jaime. Opcit, 2003

el sentido o significado del mismo; encara la necesidad de una planificación pos-estratégica ligada a indicaciones borrosas y la liquidación del modelo cartesiano, sus nociones de representatividad y significación estadística.¹⁹

Importantes propuestas han enfatizado en la relación entre estructura social y el proceso de trabajo,²⁰ asumiendo también las explicaciones históricas de las políticas sociales.²¹

Otra línea teórica ha enfatizado en la dialéctica de los órdenes colectivo e individual, explicando la capacidad generativa de lo individual y la capacidad de reproducción social de lo colectivo; una dialéctica que mantiene con vida el poder determinante de lo individual y lo social. Como parte de esta línea está la caracterización de la multidimensionalidad de la salud como “determinación múltiple bajo interfases jerárquicas”.^{22,23}

Y finalmente otra línea ha trabajado la salud como un objeto complejo multidimensional, aplicando la categoría reproducción social para articular el sistema de contradicciones que se enlazan entre tres grande dominios de la determinación: la lógica estructurante de acumulación de capital, con sus condiciones político culturales; los modos de vivir con sus patrones estructurados grupales de exposición y vulnerabilidad; y los estilos de vida del libre albedrío personal y las condiciones fenotípicas y genotípicas. En correspondencia ha trabajado las relaciones de poder como una matriz integrada: clase-género-etnia. Y ha incorporado la dimensión de la interculturalidad como condición de una objetividad y subjetividad innovadas en el conocimiento epidemiológico.^{24, 25}

En suma, todos los aportes que hemos esbozado, y muchos más que no hemos podido mencionar en los límites de esta ponencia conforman un robusto sistema de pensamiento crítico que ha revolucionado las obsoletas nociones del causalismo, y de sus paradigmas de la multicausalidad y el riesgo.

En América Latina, la reflexión sobre una teoría crítica de la salud ha ligado tres elementos interdependientes: la salud como *objeto*; la salud como un *concepto metodológico*; y la salud como un *campo de acción*.²⁶ Nuestra reiterad propuesta ha sido que no es posible desarrollar un contenido progresista en cualquiera de esos tres elementos, si los otros dos no se transforman simultáneamente. En esa medida, y aplicándolo a la reflexión sobre la determinación social de la salud, debemos interrelacionar tres transformaciones complementarias: el replantea de la salud como un objeto

¹⁹ Almeida, Naomar. Op cit, 2000

²⁰ Laurell C. Laurell, Noriega M. La Salud en la Fábrica. México: Ediciones ERA, 1989

²¹ Laurell C.. La Reforma Contra la Salud y la Seguridad Social. México: Ediciones ERA, 1997

²² Samaja J. Epistemología y Epidemiología: Campinas: Congreso Brasileño de Epidemiología, 1992.

²³ Samaja J. Epistemología y Metodología. Op cit, 1993 (2da ed.)

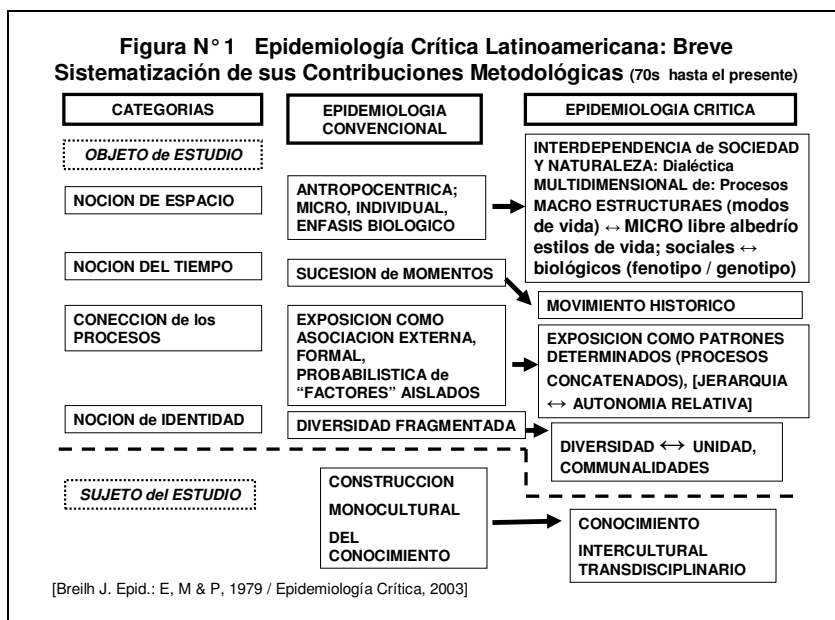
²⁴ Breilh, Jaime. Op cit, 1979

²⁵ Breilh, Jaime. Op cit. 2003

²⁶ Almeida N. For a General Theory of Health: Preliminary epistemological and anthropological notes. Cad. Saúde Pública vol.17 no.4 Rio de Janeiro July/Aug, 2001

complejo, multidimensional y dialécticamente determinado; en segundo lugar, la innovación de categorías y operaciones metodológicas; y tercero, la transformación de las proyecciones prácticas y relaciones de las fuerzas sociales movilizadas.

En la figura N° 1 se exponen las categorías que, a nuestro modo de ver, sintetizan ámbitos de trabajo importantes de la epidemiología crítica, contrastándolas con aquellas que guían la epidemiología convencional. La idea



al presentar este panorama epistemológico, que no pretende ser exhaustivo, es mirar nuestro desafío en su integralidad y reafirmar la necesidad de que la investigación y la acción nuestras, no repitan nociones superadas del pensamiento de la salud pública.

La Determinación de la Salud en la Acción: Su Contribución a la Lucha por el Derecho a la Salud en Ecuador

La epidemiología crítica y la comprensión de la determinación social de la salud han inspirado y orientado varias líneas de acción que ilustran su importante potencial: el desarrollo del articulado sobre el derecho a la salud de la nueva constitución del Ecuador; el diseño de la Comisión Andina de Determinantes Sociales de la Salud; el diseño del programa del doctorado en salud, ambiente y sociedad de la Universidad Andina Simón Bolívar; y la elaboración de un estudio crítico sobre el impacto de la aceleración global y despojo en los años de oro del neoliberalismo del Ecuador (1990-2006).

La Nueva Constitución del Ecuador

En el caso ecuatoriano las experiencias de enfrentar y derrotar tres gobiernos neoliberales, derrotar el proyecto del tratado de libre comercio con Estados Unidos y formar una proceso constituyente con una asamblea democrática, forjaron la convicción colectiva de que era posible avanzar organizadamente para desmontar el modelo neoliberal y avanzar hacia ese otro país posible. Se multiplicaron los escenarios de debate y alud no fue excepción. La Universidad Andina Simón Bolívar convocó a medio centenar de organizaciones sociales, políticas y académicas para conformar una Red por El Derecho a la Salud, que como un espacio crítico, plural e intercultural donde se pudieran articular las distintas miradas y propuestas sobre nuestra sociedad y

consensuar líneas unitarias para la lucha de transformación. Empujamos con éxito la necesidad de tomar distancia con un pensamiento medicalizado, tecnocrático y unicultural. Había que demoler la lógica y la cultura sanitarias forjadas en casi dos décadas de neoliberalismo y un funcionalismo obsecuente. Había que romper la hegemonía de los tecnócratas, y su estrecha visión alopática. En Ecuador, había en definitiva que desterrar el dominio de ideas labradas por el Banco Mundial y sus programas MODERSA y FASBASE.

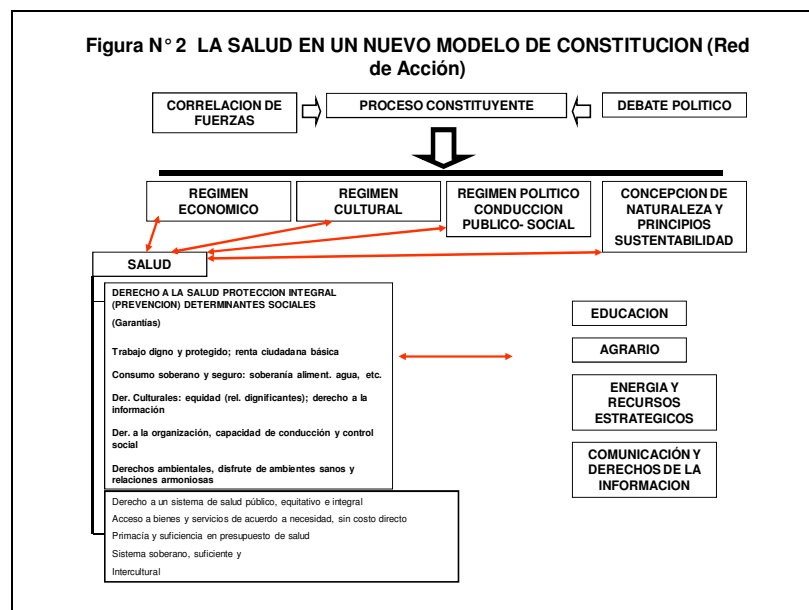
La Red asumió por consenso varios principios para su quehacer: escuchar todas las voces; establecer un trabajo intercultural; y adoptar la perspectiva de la epidemiología crítica y de la determinación social de la salud para organizar el debate sobre el derecho a la salud.

Al asumir la perspectiva de la Epidemiología Crítica y la determinación social de la salud, se estableció que los contenidos sociales y técnicos del articulado de salud, debían formularse pensando que, en primer término, la salud es un derecho individual y colectivo; y segundo, que no se ubicarían exclusivamente bajo los títulos específicos de salud, puesto que el derecho a la salud, está indisolublemente ligado a la vigencia de otros derechos que determinan un modo de vivir saludable, y que dependen de los regímenes económico, político y cultural. (ver figura N°2 donde se expone la estructura de la propuesta elaborada por la Red para la constitución en un diseño basado en las dimensiones de la determinación social de la salud).

De esa manera comprendimos que debíamos participar en el debate del articulado de las otros derechos que tocan la determinación de la salud.

De ese modo surgieron seis ejes temáticos sobre los que se cumplió

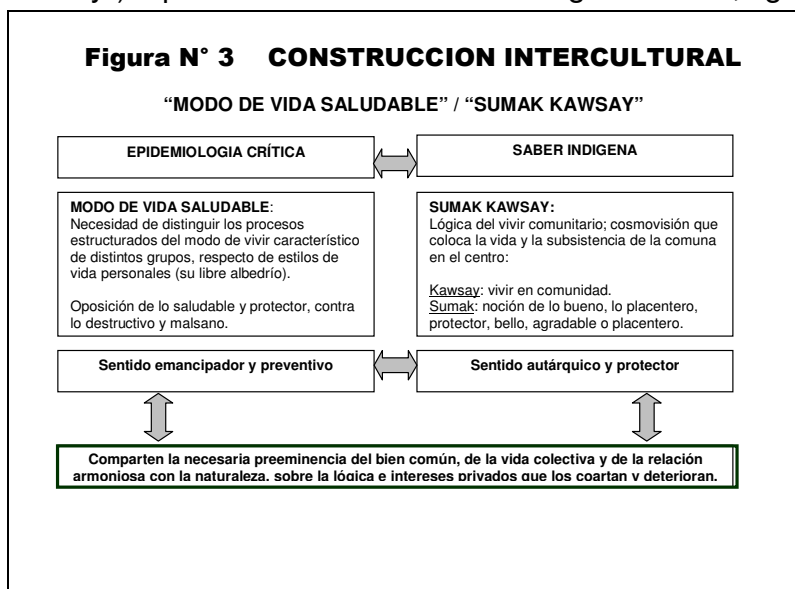
un calendario de trabajo de la Red organizado por comisiones:



- [1] Control Social / Derechos Políticos
- [2] Derechos Globales, Regímenes y Tratados Internacionales
- [3] Protección y Seguridad Social
- [4] Derecho al Trabajo Saludable, Derechos Ambientales y Salud
- [5] Derecho al Consumo Saludable (Condiciones de Vida)
- [6] Derechos Culturales, Universidad y Salud

Cada grupo se responsabilizó por el análisis de la problemática de su eje, y lo hizo tomando en cuenta a su vez, los tópicos de cada una de las mesas constituyentes formadas en la asamblea: Mesa 1. Derechos fundamentales y garantías constitucionales; Mesa 2. Organización, participación ciudadana y sistemas de representación; Mesa 3. Estructura e instituciones del estado; Mesa 4. Ordenamiento territorial y asignación de competencias; Mesa 5. Recursos naturales y biodiversidad; Mesa 6. Producción y trabajo; Mesa 7. Régimen y modelo de desarrollo; Mesa 8. Justicia y lucha contra la corrupción; Mesa 9. Soberanía, relaciones internacionales e integración latinoamericana; Mesa 10. Legislación y fiscalización. El cruce de las dos definiciones temáticas hizo posible una coherencia entre el trabajo de la Red y el de la Asamblea.

La experiencia de nuestra red alimentó un tema que luego se convirtió en elemento central de la estructura de la nueva constitución: el modo de vivir o modo de vida saludable que planteamos en las sesiones y que descubrimos tenía una íntima relación con el principio indígena del “buen vivir” (“sumak kawsay”) que como se ve en la figura N° 3, guardan una importante



complementación.

Una experiencia de conocimiento intercultural sobre la determinación colectiva de la salud.

La Comisión Andina de Determinación Social de la Salud y Observatorio

El desarrollo actual de la salud en los países de la Región

Andina, determinan la presencia de un perfil típico de deterioro de la salud (ver figura N° 4). Es necesario enfocar esa problemática convocando a un trabajo conjunto interdisciplinario e intercultural.

En función de esa necesidad la Universidad Andina Simón Bolívar y el Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia convocaron a un *Taller de determinantes de la salud*, organizado por el Área de Salud de la Universidad Andina. Acudieron investigadores de 12 universidades de la región y Brasil. En ese evento se convino en impulsar la constitución de una **Comisión Andina de Determinación Social de la Salud**, con los objetivos de integrar dicho enfoque al marco académico-social en la región andina, perfeccionar de manera constante su contenido, monitorizar los procesos sociales que producen la situación de salud en la región, dar insumos para el debate y la búsqueda de acciones, coherentes, profundas y transformadoras, y ser actores políticamente activos en la cuestión de salud en cada uno de nuestros países.

En función de viabilizar ese importante empeño la Universidad Andina y el

Organismo Andino de salud Convenio Hipólito Unanue suscribieron un convenio orientado al impulso de dicha Comisión y en igual sentido se hicieron gestiones con la Coordinación Andina de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social.



Luego la misma Universidad Andina fue la sede y coordinadora de una Consulta Latinoamericana coordinada por la Coalición Canadiense por la Investigación de la Salud Global. Evento en el cual igualmente se reafirmó el apoyo a la Comisión Andina y la voluntad de los

investigadores de otras universidades de la región, así como de universidades canadienses para apoyarla.

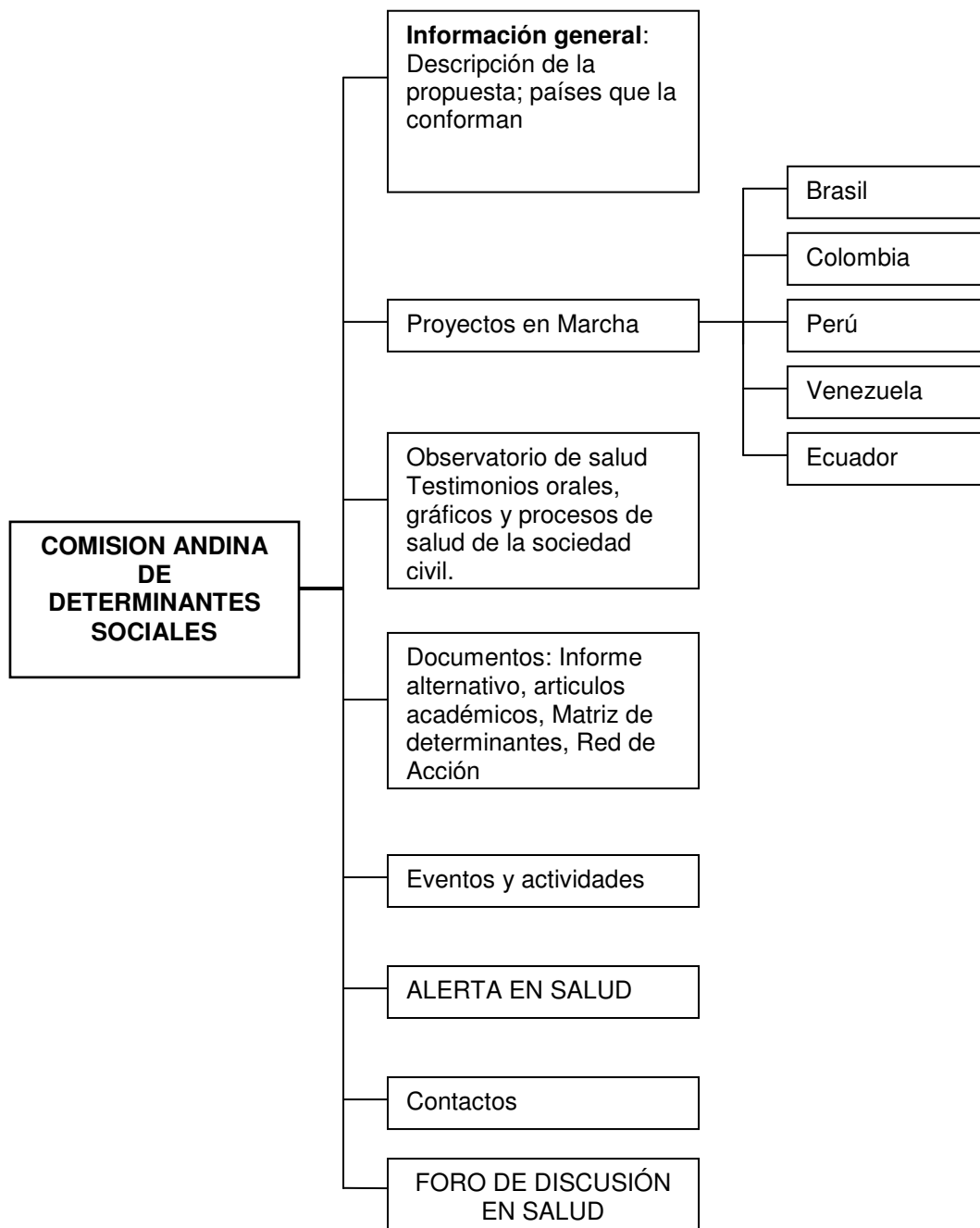
A continuación se insertan fragmentos de un borrador de un plan operativo inicial de la comisión basado en documento preparado por los doctores Juan Piñeros y Marcela Arrivillaga (Doctorado en Salud Pública- UNAC, Bogotá).

Objetivos específicos de la comisión;

- Estimular la producción de conocimiento sobre los procesos de determinación social en salud en la región.
- Perfeccionar y contextualizar para la región andina con una mirada crítica, el discurso DSS históricamente construido.
- Monitorear críticamente problemas de salud pública relevantes y prioritarios de la región. Consolidar el Observatorio Andino de Determinantes Sociales de la Salud.
- Difundir la experiencia y conocimiento en DSS de la región.
- Apoyar de forma constante la movilización social para promover prácticas de salud basadas con un enfoque de derechos humanos.
- Apoyar y generar los espacios políticos para la discusión de la problemática de salud de la región.
- Diseñar propuestas de acciones y políticas de salud con un enfoque de derechos humanos.

Para arrancar en ese proceso se ha establecido un flujograma que se inserta en el portal de la comisión (www.uasb.edu.ec).

Figura N° 5 Flujograma de la Comisión Andina de Determinación Social de la Salud (www.uasb.edu.ec)



Estrategias

Con el fin de poner en movimiento la comisión y recogiendo las recomendaciones de taller y consulta efectuados se ha sistematizado un conjunto de estrategias, que podrán afinarse o modificarse conforme avance el proceso.

Cuadro de Estrategias para la Comisión Andina de Determinación Social de la Salud

Objetivos	Actividades
Estimular la producción de conocimiento sobre DSS.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y discutir los procesos de investigaciones existentes en la región. • Apoyar el diseño de proyectos en DSS. • Ayudar con la gestión de recursos para los procesos investigativos en DSS. • Apoyar la construcción de asociaciones de conocimiento en DSS en la región.
Perfeccionar y contextualizar el discurso de DSS históricamente construido.	<ul style="list-style-type: none"> • Circulación y debate de los documentos de los miembros de la comisión. • Discusión y construcción de categorías para el estudio DSS. • Producción de material documental.
Monitorear crítico de los procesos de determinación social de la salud-Observatorio Andina de DSS.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la creación, conformación y ejercicio del Observatorio andino de DSS. • Ayudar la conformación de redes de monitoreo crítico en la región. • Ayudar a gestionar recursos para el Observatorio en cada país. • Apoyar la articulación del Observatorio con los hacederos de políticas en cada país.
Difundir la experiencia y conocimiento en DSS de la región.	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción de página electrónica de la Comisión Andina de DSS. • Publicar en la página textos y documentos acerca de DSS de los miembros de la comisión. • Publicar y difundir los hallazgos y los informes del Observatorio Andino de DSS, en la página electrónica por país. • Diseñar y desarrollar eventos académicos formales e informales en DSS. • Difundir el enfoque de DSS en las prácticas docentes de los miembros. • Ayudar a constituir semilleros de investigación en DSS en las instituciones académicas. • Diseñar y desarrollar Talleres internacionales anuales de DSS en los diferentes países de la región.
Apoyar la movilización social para promover prácticas de salud basadas en derechos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar al diseño y ejecución de proyectos de organizaciones sociales y grupos que trabajen en temáticas de salud. • Ayudar a las comunidades en la construcción de una gestión contrahegemónica de la salud. • Apoyar las iniciativas sociales de carácter contrahegemónico de denuncia frente a la violación del derecho humano a la salud. • Capacitar líderes comunitarios en el enfoque DSS y derechos humanos. • Promover de forma continua el derecho humano a la salud en las comunidades.

Objetivos	Actividades
Apoyar y generar los espacios políticos para la discusión de la problemática de salud de la región	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar la <i>Red de acción por el Derecho a la Salud</i> en Ecuador. • Ampliar la Red de Acción a los otros países de la región o articularse a las redes existentes en cada país. • Apoyar las iniciativas pertinentes de sectores gremiales de la salud. • Apoyar las iniciativas pertinentes de sectores sociales en defensa por el derecho a la salud.
Diseñar propuestas de acciones y políticas de salud con un enfoque de derechos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Construir y discutir propuestas alternativas sobre las reformas del sector salud en cada país. • Construir y discutir propuestas políticas para la defensa de un derecho humano a la salud integral, con equidad y justo.

Un instrumento importante de la comisión es el observatorio andino sobre determinación social de la salud.

Objetivos del Observatorio:

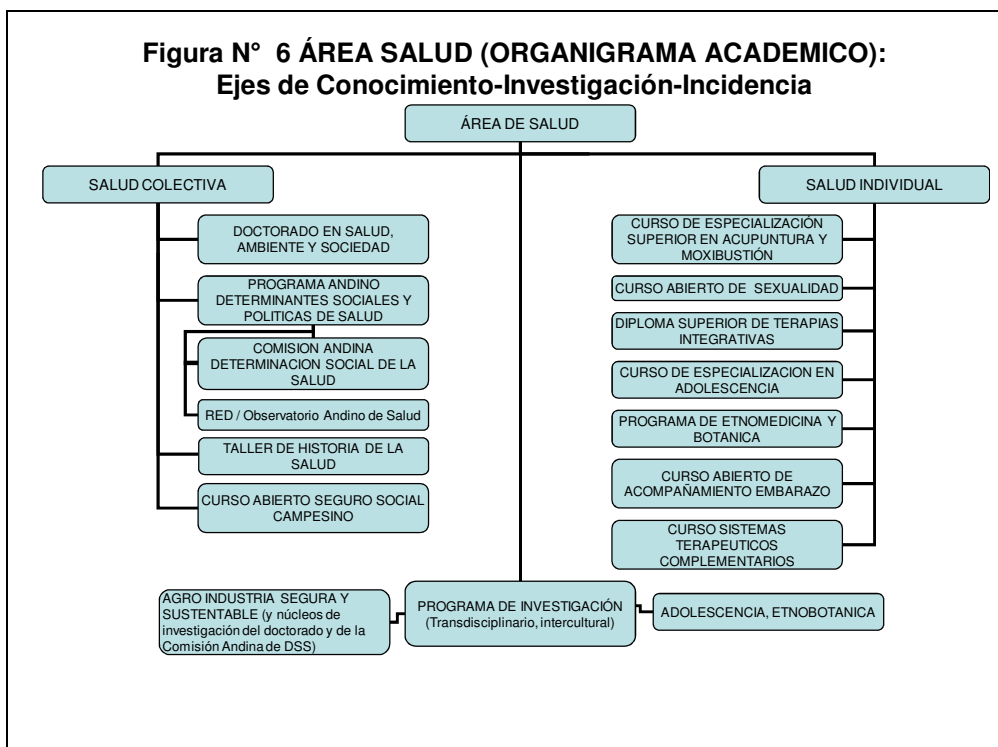
- Monitorizar de manera constante los procesos de determinación social de los problemas de salud más importantes de los países de la región andina.
- Producir información dirigida a generar políticas y acciones integrales e la salud en la región.
- Producir información que permita estimular la producción y difusión de conocimiento práctico en materia de procesos de determinación social de la salud.
- Generar información que apoye la movilización de la sociedad civil en la gestión de sus procesos de salud.
- Generar información que ayude con los procesos políticos para la defensa del derecho humano a la salud en la región.

Doctorado en Salud, Ambiente y Sociedad

Caracterización General

Espacio de formación académica de excelencia, inspirado y orientado a la realidad latinoamericana y andina, pero estrechamente ligado a las actuales corrientes del pensamiento científico mundial, a los fundamentos de la salud colectiva latinoamericana, y las ciencias críticas sociales y del ambiente, como la epidemiología crítica y la ecología crítica.

Desenvolverá su trabajo científico alrededor de ejes de investigación-incidencia conformados bajo acuerdo interinstitucional y con las colectividades y espacios sociales interesadas en escenarios concretos de transformación (ver organigrama académico figura N° 6).



Fuente: Programa Doctoral UASB-AS

Realización del Programa

- COORDINACION: Área de Salud Universidad Andina Simón Bolívar
- Mediante convenio con la Universidad de Columbia Británica
- COLABORACIÓN DE:
 - FUNDACIÓN OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ) Y DE SU ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (BRASIL);
 - INSTITUTO MEXICANO DE SALUD PÚBLICA;
 - INSTITUTO CUBANO DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA
 - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS)
 - UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA EN BERKELEY
 - UNIVERSIDAD DE EMORY

Escenarios de Investigación Incidencia (Ejes)

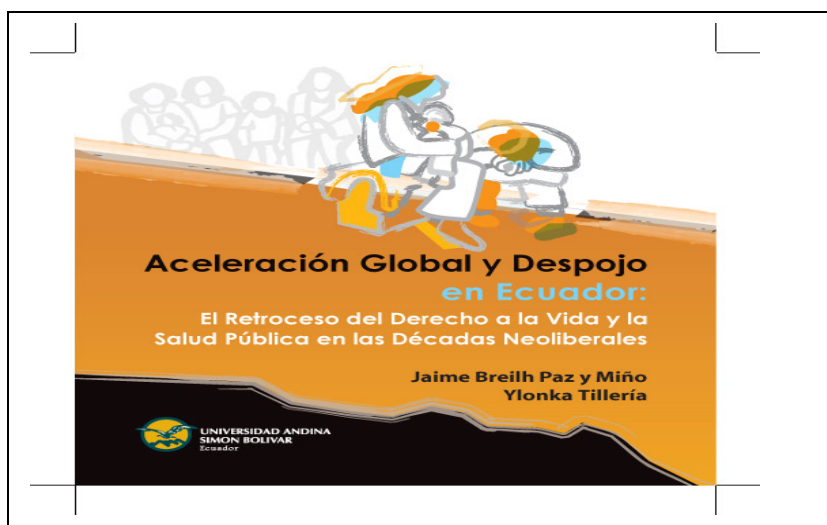
El programa de doctorado si bien respetará el principio de libertad académica ha establecido una matriz de prioridades alrededor de los siguientes espacios de investigación – incidencia:

1. Aceleración económica, cambios generales geofísicos, ecosistémicos y salud (procesos transmisibles).
2. Sistemas productivos de gran escala, ambiente y salud (toxicidad, estrés y neoplasias).

3. Procesos críticos de contaminación y concentración urbana, ambiente y salud (procesos respiratorios, toxicidad y neoplasias)
4. Debilidad pública, inequidad, y deterioro ecosistémico y de salud (espacio, infraestructura y salud).
5. Derechos de salud y ambientales.
6. Desestructuración pequeñas economías y comunidades, exclusión, migración, violencia y salud.

Estudio Crítico sobre el impacto de la Aceleración Global y Despojo en los Años de Oro del Neoliberalismo del Ecuador (1990-2006)

Basándose en los principios de la determinación social de la salud se diseñó el estudio.



Transcurridas dos décadas de la economía neoliberal, de las agresivas políticas del ajuste, y de la hegemonía de una contrarreforma conservadora, penetra en los mecanismos de la aceleración concentradora y el despojo,

explicando con datos de la realidad, las devastadoras consecuencias de las políticas bancomundialistas en la salud humana y el ambiente. (Ver libro entregado a los asistentes del taller DDS México).

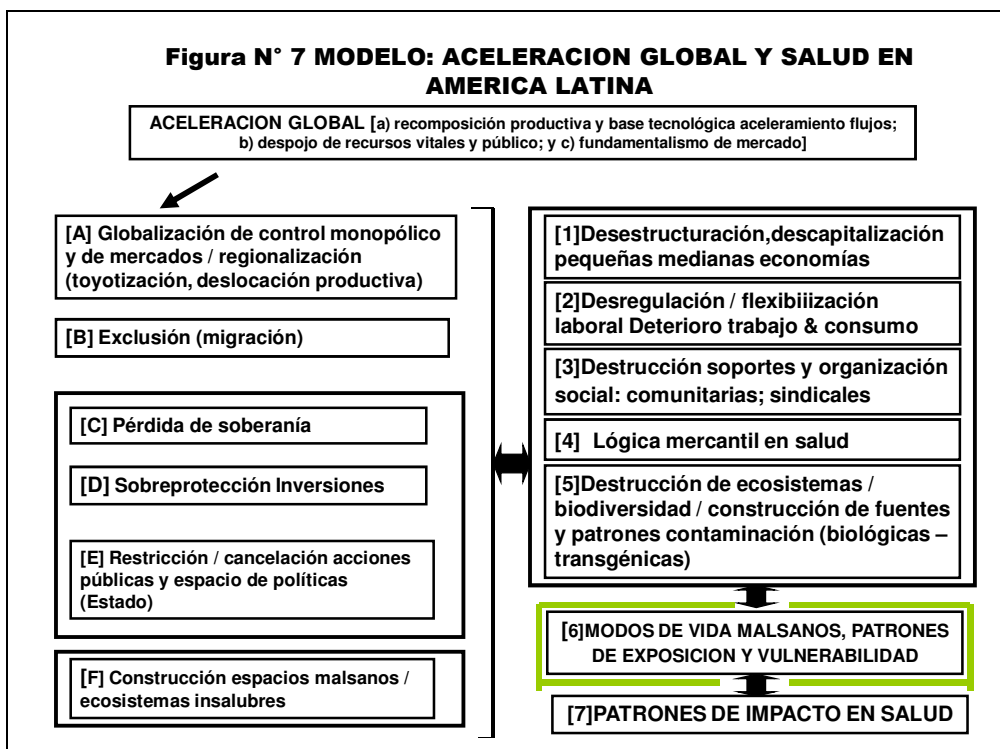
El diseño del estudio se efectuó sobre la base de categorías y relaciones pensadas desde la epidemiología crítica y la determinación social de la salud. Dicho diseño se expresó en un modelo que constan en la Figura N° 7.

En la obra entregada se explican:

Parte I: Las categorías y relaciones del modelo de estudio.

Parte II: Los mecanismos de estructurales e intermediarios incorporados en el análisis de la determinación.

Parte III: las condiciones de salud provocadas durante los años de oro del neoliberalismo 1990-2006.



Los resultados del análisis dan cuenta del poder de esta perspectiva latinoamericana para manejar las evidencias de un proceso que ha causado un impacto aun no totalmente testimoniado.

En Ecuador, ese estudio, así como otras investigaciones que se efectúan sobre la ilegitimidad e ilegalidad de la deuda en salud por medio de los programas del Banco Mundial, están poniendo en evidencia un episodio muy negativo de la historia oficial de la salud pública y la cooperación externa y del papel que jugaron en ese proceso muchos técnicos de la salud pública, seguramente obnubilados por el discurso eficientista del proyecto privatizador.

.....

El motivo central de haber expuesto estas líneas de trabajo en el taller es no sólo poner en conocimiento de nuestros compañeros latinoamericanos la tarea que estamos cumpliendo en Ecuador, sino poner de nuestra parte, a disposición de todos y todas, estos espacios de investigación, docencia e incidencia para reafirmar lazos de lucha conjunta que nos han acompañado desde hace ya casi tres décadas.

Introducción

Por razones que explicitaré en las siguientes páginas, tomé en préstamo una parte del título con el que la Comisión Gulbenkian (1996) publicó su informe sobre la necesidad de reestructurar las ciencias sociales -*Abrir las ciencias sociales*- para presentar estas reflexiones sobre el problema de la relación entre los perfiles de daños a la salud y las sociedades en las que surgen.

Debo comenzar por advertir que mi interlocución con quienes se ocupan de la medicina social y la salud colectiva ha sido muy poca a lo largo de las últimas dos décadas, por lo cual los puntos de vista que aquí voy a expresar no se refieren a las discusiones y supuestos que ahí se han construido y compartido, sino a mi propia experiencia en la investigación sobre el tema. Sin embargo, muchas de las interrogantes a partir de las cuales todos nosotros hemos estado trabajando quizá no sean tan distintas. Porque las inquietudes que me llevaron a acercarme a la maestría en Medicina Social de la UAM-X a fines de los setenta, y las preocupaciones de nuestros maestros, compartidas con varios de los compañeros que hoy día se encargan de continuar con la transmisión y desarrollo de este enfoque, marcaron muchas de las búsquedas que de entonces a acá he emprendido, desde los ámbitos de la epidemiología social y los estudios de población, hasta los de la investigación cualitativa y el psicoanálisis (Martínez, 2004). En ese sentido, me considero una afortunada y agradecida heredera de los planteamientos e ideas que tuve la ocasión de conocer y estudiar en aquellos años. De manera que cuando recibí la amable invitación para participar en este taller por parte de una de mis maestras de aquel tiempo, Catalina Eibenschutz, me alegró tener la oportunidad de reunirme una vez más con algunos de los integrantes de este grupo, pasados tantos años, para intercambiar algunas ideas sobre esta problemática que desde entonces no ha dejado de ocuparme.

Iniciaré mi exposición con algunos cuestionamientos sobre lo que podría entenderse por determinantes sociales de la enfermedad.³ Continuaré con la propuesta que da título a este escrito: la sugerencia de “abrir” la epidemiología para llevarla a niveles nuevos y más complejos en el entendimiento de la gestación de los problemas de salud. Me centraré después en un punto que considero crucial para el estudio de estos temas: el lugar del sujeto en la construcción y comprensión del mundo en el que vive. Derivaré de todo lo anterior un par de puntualizaciones sobre las diferencias que me parece encontrar entre la visión de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CSDH) según se expone en su informe final (CSDH, 2008), y lo que podría plantearse desde perspectivas más críticas. Y concluiré con una breve reflexión sobre lo que me parece que podrían ser algunas tareas importantes que se encuentran a cargo de quienes sustentan este último tipo de posiciones.⁴

¹ Texto preparado para el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, UAM y UACM, México, D.F., 30 de septiembre de 2008.

² Departamento de Atención a la Salud, UAM-X. E-mail: cmartine@correo.xoc.uam.mx

³ Porque me parece que, aún cuando cada vez se habla con mayor ligereza de la salud, en verdad sabemos de ella mucho menos de lo que acostumbra reconocerse (Martínez, 2008).

⁴ A lo largo de este trabajo retomaré varios postulados más ampliamente expuestos en Martínez, 1999 y 2004, y Martínez y Leal, 2003.

¿Qué son los determinantes sociales de la enfermedad?

Como es sabido, desde el punto de vista de la epidemiología las enfermedades son el resultado de complejas interacciones entre las características innatas (genéticamente determinadas) de las personas y los múltiples factores de riesgo derivados del entorno ambiental en el que transcurre su vida (Rothman, 1989; MacMahon y Pugh, 1978:280-284; Mausey y Bahn, 1977:26-29, entre muchos más). El concepto epidemiológico de riesgo se encuentra profundamente enraizado en una de las nociones centrales que dan sentido a su quehacer: la de *causalidad* de la enfermedad. Puede entenderse por causa de una enfermedad, dice Rothman (1989:10-20), al evento, condición o característica que juega un papel esencial en la producción de su ocurrencia, aún si estrictamente hablando no puede hablarse de "causas únicas" de las enfermedades, sino de constelaciones causales que conducen a dicho desenlace (Martínez, 1999).⁵

Habría que preguntarse cuánto se acercan estas concepciones al planteamiento de los determinantes sociales de la enfermedad, en tanto que este último parece sustentarse en la misma noción de causalidad de la epidemiología, si bien privilegia el peso de los elementos sociales por sobre los de otro tipo. Pero el primer punto a señalar es que nos encontramos dentro del campo de la visión científica de la realidad, con su concepto de *causa*, ya se lo entienda en forma determinista o probabilista. Como quiera que sea, gracias a la evidencia reunida por la epidemiología social sabemos que la configuración del perfil de daños a la salud es extremadamente sensible a las características de las sociedades y la ubicación que en ellas tienen sus integrantes. Desde la segunda mitad del siglo pasado los epidemiólogos sociales de América Latina se han esmerado en estudiar la distribución diferencial de los problemas de salud desde esa perspectiva.

En lo que se refiere a los efectos en la salud de las inequidades de todo tipo que prevalecen en las sociedades actuales, ya desde mediados de los noventa se señalaba que según la información de las tres décadas previas, las tasas de mortalidad en los países de industrialización temprana no se relacionaban con el crecimiento económico per cápita, sino con la escala de desigualdad en los niveles de ingreso dentro de un mismo país, de manera que a partir de determinados niveles del ingreso promedio de una sociedad, lo que empezaba a correlacionarse con los niveles de salud no era el crecimiento económico, sino la distribución del ingreso. Así, los países con las mayores esperanzas de vida no eran los más ricos, sino los que tenían la menor polarización en los niveles de ingreso de sus habitantes y menor proporción de pobres (Wilkinson, 1994, citado por Martínez y Leal, 2003). El notable trabajo realizado por los integrantes de la CSHD y las redes de conocimiento (*knowledge network*) que trabajaron sobre varios temas específicos describe con todo detalle y en forma abrumadora lo que no puedo evocar con otro término que el de "catálogo de los horrores" de las situaciones extremas a las cuales nuestras sociedades dan lugar. Pero lo cierto es que este dramático panorama tan cuidadosa e informadamente descrito por este grupo de expertos existe desde tiempo atrás y, lejos de mejorar, parece agravarse conforme pasa el tiempo.

Como lo señalamos en un trabajo previo (Martínez y Leal, 2003), hay un buen número de estudios que muestran que las constelaciones causales a cuya exposición se han visto sujetos los habitantes de varios países (como es el caso de algunos de los nuestros) fueron el resultado de la brusca transformación de sociedades agrícolas tradicionales en sociedades urbanas pobres, lo que

⁵ En lo que se refiere a la cuestión de los factores genéticos y los ambientales, autores como MacMahon y Pugh consideraban, incluso, que esta distinción se refería, en el fondo, al momento en el que se ejerció el efecto nocivo, en tanto que el genotipo de una persona es el resultado final de la acumulación del efecto ambiental sobre sus antecesores, mediante el mecanismo de la sobrevivencia de los sujetos en los que ocurrieron -o no- ciertas mutaciones que incrementaron sus probabilidades de vivir, y la paulatina eliminación de aquellos en los que esto no ocurrió (1978: 282).

dejó a la mayoría de sus integrantes expuestos al piso más bajo del “estilo de vida industrial moderno” ante cuyos riesgos se encontraban inermes. Aunado a ello, las políticas de salud de la última década, concentradas en las intervenciones preventivas de bajo costo y alto rendimiento dirigidas a disminuir la mortalidad por algunas de las más frecuentes enfermedades transmisibles,⁶ dejaron de lado alternativas preventivas verdaderamente radicales⁷ y empezaron a retirarse del frente curativo. Prevención precaria para las grandes mayorías empobrecidas y atención médica de alto costo para las minorías de altos ingresos, parecería ser hoy día la fórmula.

Habría que preguntarse nuevamente aquí si el concepto de determinantes sociales de la enfermedad alcanza para hacer referencia a las múltiples implicaciones de un entramado tan complejo como el que los integrantes de la CSHD describen, o si se requeriría incluir la consideración de las fuerzas que empujan a precipitarnos hacia ese estado de cosas. ¿Podríamos interpretar, desde este concepto, a los perfiles epidemiológicos como resultado de la exposición a los riesgos a la salud inherentes al curso que se da a las economías y las modalidades de organización social que prevalecen, y el cauce por el cual se orienta, a través de las políticas de salud, a la patología resultante de la exposición a dichos riesgos en cada contexto histórico? Porque quizá una mirada así plantearía un escenario aún más preocupante que el ya bastante sombrío presentado por la Comisión, en el sentido de que no parece nada fácil revertir las inequidades en salud inherentes a la modalidad actual de relación de los humanos entre sí y con el planeta. Pero volvamos por ahora al mundo de nuestra modesta disciplina.

“Abrir” la epidemiología

En nuestro pequeño grupo de estudio, a fines de los ochenta, empezamos a ensayar con el muy fenoménico término de *condiciones para la salud* para referirnos al conjunto de circunstancias económicas, sociales, demográficas, ambientales y culturales en las cuales se especifica la calidad de la reproducción cotidiana de los integrantes de los distintos grupos de la población, entendidas como marco específico que acota las probabilidades de sufrir determinados daños a la salud -esto es, lo que desde la perspectiva epidemiológica se concibe como riesgos-, y también las particulares formas de “estar sano” de quienes forman parte de cada uno de estos grupos.⁸ Postulábamos entonces que las *condiciones para la salud* se encuentran asociadas tanto a las formas de “estar sano” como a los riesgos y los daños (morbilidad y mortalidad) que afectan a las personas (Córdova et al, 1989a:131; Córdova et al, 1989b:80; Martínez, 1993).

En mi caso, pronto me resultó evidente que para profundizar en la comprensión de los procesos a través de los cuales las distintas expresiones de la salud y los perfiles patológicos de los integrantes de la población se fraguan en el molde de estas circunstancias, sería necesario ir más allá de los conceptos mismos de la epidemiología, que se convirtió para mí en un puente para transitar desde las preguntas sobre la configuración de la problemática de salud hacia la búsqueda de nuevas respuestas con el auxilio de otras disciplinas: la sociología, la demografía, la antropología, la historia

⁶ Como fue el caso de los programas de vacunación y de rehidratación oral sobre la mortalidad en los menores de 5 años, entre muchos otros.

⁷ Que supondrían transformaciones profundas del cuadro global de las modalidades productivas y de los consumos que rodean la vida de la población, con la consecuente modificación efectiva de los riesgos a la salud originados en el mundo en el que vive, lo cual hubiera demandado un proceso social conjunto guiado por gobiernos capaces de operar su instrumentación y, que sin duda hubiera competido en costos con los más avanzados procedimientos curativos.

⁸ Porque, como se podría derivar de las valiosas enseñanzas de Canguilhem, al igual que los caminos que se abre la vida, no hay una sola forma (normativa) de lograr la salud; los caminos que pueden conducir a ella son múltiples, y seguramente muchos de ellos aún inéditos (Martínez, 2008).

e incluso el psicoanálisis, cada una de ellas en sus versiones más críticas (Martínez, 1994).

Con el tiempo, me formé la impresión de que si la epidemiología había de aproximarse con mayor penetración al entendimiento de cómo el mundo en el que vive la gente da lugar a la ocurrencia de sus padecimientos, sería necesaria su apertura no sólo a los avances del conocimiento científico natural (y de la estadística), sino también a las concepciones epistemológicas, históricas, económicas y sociales más recientes (Martínez y Leal, 2003). Esto le permitiría quizá avanzar de conceptos como el de temporalidad al de historicidad; el de ambiente al de contexto histórico; el de persona a tipificar, al de sujeto con toda la rica multidimensionalidad que este último involucra. A manera de ilustraciones, quisiera mencionar solamente una o dos de las ideas planteadas por algunos de los autores cuyas importantes obras se ofrecen a nuestro estudio como invitación para esta “apertura” (Ibíd).

Algunas corrientes históricas contemporáneas (Braudel, 1989) muestran, por ejemplo, que las sociedades siguen siempre cursos más complejos que los que las visiones lineales son capaces de figurar. Su estudio nos permitiría acercarnos a interpretaciones menos simples y reductivas de las transformaciones en el perfil de daños y sus relaciones con el mundo en el que se originan.⁹ Esta perspectiva nos ayudaría quizá también a imaginar diferentes destinos posibles hacia los cuales intentar conducir a nuestra iatrogénica sociedad actual.

Ahora bien, si como lo señala Morin (1997), la complejidad antro-po-social que constituye la realidad en la que vivimos no puede ser eludida, disuelta ni ocultada pese a todas las dificultades que su inteligibilidad nos plantea, mejor haríamos en partir de ese reconocimiento. De ese modo, el uso de indicadores epidemiológicos que (incluso los más sofisticados) fragmentan y “congelan” los procesos para hacerlos mensurables, no nos llevaría a desentendernos de la verdadera complejidad del mundo del cual abstraemos los fenómenos a los que con ellos pretendemos acercarnos. ¿O cómo, si no, podríamos explicarnos que en la realidad resulte tan utópica e inalcanzable una alternativa tan atractiva como la del “trabajo justo” en el sentido al que apuntan los integrantes de EMCONET (2007), que seguramente se correlacionaría en forma estadísticamente significativa con mejores niveles de salud?

En su diálogo con Cyrulnic, Morin comentaba que hacía falta una reforma en las estructuras de pensamiento que nos permitiera concebir como conjunciones (o incluso como implicaciones mutuas) lo que acostumbramos pensar como disyunciones (Cyrulnic y Morin, 2005). Morin ha insistido a lo largo de su obra entera en ese punto: aprender a generar un conocimiento que articule lo disjunto y complejice lo simplificado (Morin, 1999). Si así fuera, disciplinas como la epidemiología social podrían avanzar hacia la superación de ese pensamiento dicotómico (o, como diría Morin, disyuntivo) que la lleva a oponer lo social a lo biológico, lo individual a lo colectivo, la prevención a la curación, el sujeto al objeto.

En el estudio social de los problemas de salud, por ejemplo, ¿es posible desestimar el peso del basamento biológico humano? Nuestro pequeño grupo de estudio consideró que no, por más que esta modalidad humanizada de lo biológico se distinga en mucho de otras modalidades de expresión de la vida. Así que nos interesamos en indagar sobre la configuración de esta particular forma de materialidad biológica elaborada simbólicamente que es el cuerpo, en perpetua e íntima relación con las condiciones específicas del mundo en el que se encuentra; el cuerpo, en donde el sujeto humano vive la enfermedad y en donde esa experiencia adquiere sentido (Córdova et al, 1992; Martínez, 2008a).¹⁰ El organismo biológico de cada recién nacido -con su particular dotación genética- atraviesa por todo un proceso de

⁹ Esto que la epidemiología moderna concibe como “constelaciones causales” (Rothman, 1989), pero que quizá podríamos tratar de abordar desde perspectivas que nos permitieran ir más allá de lo que puede ver el método científico, heredero del pensamiento cartesiano que para conocer divide, simplifica, reduce, y al separar al sujeto del objeto que pretende conocer, lo enajena del mundo del que forma parte y también de sus descubrimientos (Berman, 1995).

¹⁰ Y para ello, los aportes del psicoanálisis y de la antropología nos resultaron de enorme valor.

inserción a la compleja red de mediaciones significativas que, como cultura histórica, preexisten a su constitución como sujeto individual (Martínez, 1999). En ese proceso, el nuevo humano va siendo introducido por quienes se ocupan de su crianza a la red de significados desde la cual dará sentido al mundo y a sus propias experiencias (sensoriales y emocionales) (Martínez, 2008), así como a los regímenes específicos dentro de los cuales su corporeidad ha de operar: desde condiciones físicas (como la temperatura y humedad ambiental, o la presión atmosférica) hasta condiciones derivadas de la organización de la vida social y las redes de significado estructuradas por la cultura, a ese conocimiento de sentido común que nos enseña "cómo hay que vivir" (Berger y Luckman, 1995). Entre los autores que han trabajado sobre la constitución de la corporeidad destaca Merleau-Ponty, cuya obra aporta valiosos elementos sobre el papel central del cuerpo en la comprensión de la experiencia de los seres humanos con el mundo. La concepción de este autor no se remite, por cierto, a la conocida dualidad cartesiana cuerpo-mente, sino a una unidad integrada cuya experiencia con el mundo está mediada por lo que él designa como el cuerpo-dado (*body-as-given*), con una estructura, tamaño y funcionamiento que marcan el horizonte de su experiencia y, por tanto, su forma de vinculación con el mundo; y por lo que él mismo llama el cuerpo-aprendido (*body-as-learned*), que se relaciona con esa intencionalidad del cuerpo precognitiva, pero aprendida, que se manifiesta a través de la acción en los múltiples comportamientos habituales realizados en forma casi automática, sin mayor atención, pero que no son respuestas pasivas a los estímulos externos, sino la expresión de la capacidad del cuerpo para conocer el mundo en el que se desenvuelve a través de su experiencia con el mismo (Merleau-Ponty, 1985, citado por Martínez, 1999).

Ahora bien, aunque es evidente que el grupo de expertos que trabajó sobre la importancia para la salud de la crianza de los niños tiene un amplio conocimiento sobre el tema (si bien desde una perspectiva distinta a la que aludo en el párrafo previo), quizá muchos de nosotros no compartiríamos con ellos la intención de cuidar el desarrollo infantil para lograr futuros "prósperos ciudadanos globales" (Irwin et al, 2007).

En todo caso, lo anterior no ha sido más que un muy rápido esbozo de lo que la "apertura" de la epidemiología, o quizá más bien la disposición a ir más allá de ella, podría aportar para el avance en el estudio crítico de la relación de los problemas de salud con el mundo social en el que se gestan.

¿Queda aún algún lugar para el sujeto?

Uno de los puntos más significativos que surgieron desde las primeras exploraciones de nuestro grupo de estudio fue la pregunta por el lugar del humano como sujeto en la trama de su propio destino. Pero es este uno más de los temas cuya comprensión exige una mirada más abierta que trascendiera los postulados del pensamiento científico moderno.

De la tradición científico natural, la epidemiología tomó los ideales de neutralidad y objetividad. Además, su enfoque, dirigido al análisis de la distribución poblacional de la enfermedad, tiende a inducir una suerte de disolución de las personas en el grupo del que forman parte. Pero me parece que si pretendemos estudiar desde una perspectiva crítica la relación de la problemática de salud con las circunstancias derivadas de la organización social de la que formamos parte, no podemos dejar fuera el examen del problema del sujeto: como diría Berman (op. cit.), la parte autoconciente del universo. Por eso, aún cuando no me sea posible aquí abundar lo suficiente al respecto, quisiera incluir al menos un breve apunte sobre la importancia de reconsiderar el problema de la omisión del sujeto en la visión de los estudiosos de la salud. Voy a referirme, para ello, solo a dos de las muchas posibilidades de abordaje del tema de la subjetividad: la posición de aquél (o aquellos) que estudian la salud de los otros, y la de aquél (o aquellos) cuya salud se estudia; dos posiciones a veces opuestas y otras

supuestamente aliadas, pero sin duda siempre encontradas.

Consideremos muy sucintamente al sujeto en la primera de estas posiciones: el investigador que estudia la salud de los otros. Schütz (1967 y 1995), reconocido fenomenólogo que dedicó parte de su obra a estudiar la construcción de objetos de pensamiento en las ciencias sociales, se preguntaba cómo podríamos buscar las “verdades objetivas” sin considerar las actividades subjetivas de la mente que otorga su sentido óntico al mundo. Sus investigaciones le permitieron mostrar que la ciencia misma no es un reflejo fiel y exacto de la realidad, sino un complejo entramado interpretativo sobre el mundo, un producto de la creación humana cuyos postulados no vienen de otro lado que no sea la actividad intersubjetiva creadora de sentido que ha sedimentado a lo largo de los siglos. Así como el hombre común tiene su sistema de significatividades enraizado en su propia biografía, e interpreta su mundo desde el “conocimiento a mano” constituido por el acervo de experiencias preinterpretadas que le fueron transmitidas por sus mayores, también el científico tiene su particular sistema de significatividades y piensa e interpreta los fenómenos de los que se ocupa desde ese conjunto de reglas preestablecidas que denominamos método científico, y desde el campo de conocimientos preorganizado constituido por el *corpus* de su ciencia.

De ahí la pertinencia con la que Morin (1999) se pregunta:

“¿Se puede considerar como normal y evidente que el conocimiento científico no tenga sujeto? ¿Se puede aceptar que el conocimiento se funde en la exclusión del cognoscente, que el pensamiento se funde en la exclusión del pensante, que el sujeto sea excluido de la construcción del objeto? ¿que la ciencia sea totalmente inconsciente de su inserción y su determinación sociales?”

De ahí también la justificada ironía con la que critica el ocultamiento del sujeto que interpreta:

“¿Por qué hablar de mí? ¿No es decente, normal, serio que, cuando se trata de ciencia, de conocimiento, de pensamiento, el autor se eclipse detrás de su obra y se desvanezca en un discurso que se ha vuelto impersonal? Debemos, por el contrario, saber que es allí donde triunfa la comedia. El sujeto que desaparece de su discurso se instala de hecho en la torre de control. Fingiendo dejar sitio al sol copernicano, reconstituye un sistema de Ptolomeo cuyo centro es su espíritu.”

Para arrancarnos de ese “autocentrismo absoluto por el cual el sujeto, desapareciendo de puntillas, se identifica con la objetividad soberana”, este autor sugiere que tendríamos que trabajar desde un pensamiento reflexivo que se incluyera a sí mismo en la concepción de sus objetos. Porque la verdad, como él apunta, también tiene su historia.

¿Qué decir, desde perspectivas como estas, sobre las distintas acepciones que puede tomar el concepto de determinantes sociales de la enfermedad? Por lo pronto, los planteamientos de estos autores nos ayudarían a dar cuenta de las distintas lecturas que pueden darse de una misma situación, por ejemplo, las inequidades en salud, las situaciones a las que las atribuimos y las respuestas que nos permitimos imaginar ante el problema que plantean.

Adicionalmente, reconocer que el conocimiento científico no produce la única versión posible o válida de la realidad, sino sólo la de determinado grupo de intérpretes que se esfuerzan por darle sentido a lo que observan y hacerlo inteligible, abre la posibilidad de escuchar otras versiones producidas desde marcos interpretativos diferentes, algunos de ellos originados en la perspectiva de sentido común de los “legos” (a las cuales me referiré en breve), pero otras no menos ilustradas que la

visión científica que, por el contrario, introducen nuevas dimensiones al conocimiento de la realidad. Un ejemplo de estas últimas podría ser la teoría crítica, que concibe al sujeto como constructor del mundo, incluye el estudio de las relaciones de poder; profundiza en los meandros de la constitución del sujeto y su concepción de sí mismo y de la realidad en las complejas, diversas y conflictivas sociedades actuales; se permite una toma de posición política frente a este conocimiento y propone que no necesariamente tendríamos que someternos a la situación del mundo en que vivimos, sino que existe la posibilidad de emprender acciones transformadoras (revolucionarias) que conduzcan a la construcción de realidades diferentes (Habermas, 1999).

Por este camino podríamos llegar, como se ve, a cuestionamientos muy radicales de la modalidad científica de aproximación a la realidad que tendría sus implicaciones en la forma de relacionarnos con los sujetos cuya salud estudiamos. Por ejemplo: quienes están convencidos de las bondades de la ciencia y del valor casi absoluto que se le atribuye, aspiran a que la conciencia del hombre común se acerque cada vez más a la visión desde la cual se genera el saber científico. Pero quizá, como lo señala Berman (1995:16-17), esto podría alejarnos -más que acercarnos- de las modalidades más responsables de cuidado de la salud, en tanto que:

“La conciencia científica es una conciencia alienada: no hay una asociación ectásica con la naturaleza, más bien hay una total separación y distanciamiento de ella. Sujeto y objeto siempre son vistos como antagónicos. Yo no soy mis experiencias y por lo tanto no soy realmente parte del mundo que me rodea. El punto final lógico de esta visión del mundo es una sensación de reificación total: todo es un objeto ajeno, distinto y aparte de mí. Finalmente yo también soy un objeto, también soy una 'cosa' alienada en un mundo de otras cosas igualmente insignificantes y carentes de sentido. Este mundo no lo hago yo: al cosmos no le importo nada y no me siento perteneciente a él. De hecho, lo que siento es un profundo malestar en el alma.”

Nos convenzan o no, postulados como estos nos obligan a pensar con más cuidado sobre las responsabilidades de los expertos en salud frente a la inmensa variedad y riqueza que hoy día, y antes a lo largo de la historia, ha desplegado la especie humana en su intento por encontrar caminos hacia el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad, y sobre cómo convendría hacer llegar su saber a los integrantes de los muy heterogéneos grupos que actualmente pueblan el planeta, sin ignorar su experiencia con el mundo material y cultural en el que viven, y con respeto a su rica diversidad biopsíquica y cultural.

Esto me lleva al fin, aún si he de referirme a ello de manera aún más breve, a la segunda de las posiciones del sujeto que propuse examinar: la de aquellos cuya salud es estudiada. La experiencia clínica y sanitaria nos impone cotidianamente la evidencia de que nuestra “materia de trabajo” no está constituida en modo alguno por objetos inertes, dóciles a nuestras indicaciones o a nuestra manipulación. Como lo señala Schütz (1995), nuestros “objetos de estudio” no son solo elementos de nuestro campo de observación, ni son los “homúnculos” imaginados por la mente del investigador, sino seres que llevan a cabo sus propias observaciones y son preintérpretes de su propio campo de acción. Además, su comportamiento manifiesto, ese que nosotros podemos observar, no es sino un fragmento de su conducta total. Así que, como lo señala este autor, el primer desafío en la investigación social es asumir la plena subjetividad de aquellos a quienes nuestras construcciones pretenden comprender. Esto nos obliga a considerar que los humanos son seres que interpretan, y a tener en cuenta que más allá de necesitar, son seres que desean. Desde aquí podríamos evaluar la desproporción entre este nivel de complejidad del sujeto humano y los abordajes que se circunscriben a la consideración de los aspectos fisiológicos y

fisiopatológicos, o incluso los que avanzan hasta el nivel cognitivo, pero no logran ir más allá.¹¹

¿Existe alguna diferencia entre la visión de la CSDH y la de los pensadores críticos?

Como lo señalé al inicio, me parece que el muy documentado y fundamentado informe de la CSDH apunta a un asunto de indudable relevancia que, por supuesto, es urgente atender: los efectos de la vida en las sociedades actuales sobre las desigualdades en salud. Sin embargo, encuentro el tono del discurso, su intención y la dirección a la que apunta, muy similares a los que pueden leerse en la mayoría de las propuestas internacionales de esta naturaleza: se sugiere a los gobiernos de los países y a los sectores de la administración pública a cargo de las áreas involucradas en cada país que instrumenten acciones y diseñen programas para tratar de mejorar la situación. Al igual que en muchos otros documentos como estos se admite, por ejemplo, que el sector salud por sí mismo no tiene la capacidad de modificar una situación que depende de la acción concertada de otros sectores a cargo de la política económica y social, por lo cual se sugiere la conveniencia de fomentar dicha acción. Pero todas las propuestas están pensadas para realizarse dentro del marco de la situación vigente, es decir, dentro de los límites de una modalidad de organización social que, esencialmente, no permitiría soluciones de fondo. Por lo demás, probablemente así habría que entender la tarea de este tipo de organismos internacionales: emitir recomendaciones que procuren disminuir lo más oneroso de los efectos nocivos del modo de vida de nuestras sociedades.¹²

Así, sería difícil discrepar con las descripciones, análisis y preocupaciones de la CSDH y las redes de conocimiento que la auxiliaron. Pero más allá de las intenciones altruistas que habitualmente se expresan en documentos como estos, quizá lo que se trasluce es la necesidad de no desatender en forma tan brutal las consecuencias más escandalosas de esta situación que no dejan, por cierto, de tener su potencial amenazante para la permanencia y funcionalidad del mundo en que vivimos.

Sin embargo, el complejo entramado económico, político y social que da lugar al problema que estamos analizando es el resultado de las "elecciones" que como civilización hemos hecho, y nos encierra sólo dentro de los límites de esas elecciones. Los pensadores críticos e independientes no tienen que circunscribirse a ese marco: su tarea es otra. De las dos diferencias que yo quisiera subrayar aquí entre la CSDH y los investigadores que sostienen una perspectiva crítica, esta es la primera y, a mi juicio, la principal: los pensadores críticos no pueden contentarse con encontrar medidas que atenúen los efectos de este modo de vida sobre los integrantes más desfavorecidos de la sociedad, sino que están abocados a trabajar en la construcción de un mundo mejor para todos.

La segunda diferencia que quiero resaltar es la que reside en el significado que parece otorgarse al concepto que discutimos. Me parece que el estudio de los determinantes sociales de la salud emprendido por la CSDH no ha podido dejar de reflejar que en la corporeidad de la gente se manifiesta el mundo en el que vive. Pero si se admite la importancia de involucrar el estudio de la dimensión histórico-política en la que las sociedades se gestan, y la necesidad de incorporar nuevos elementos epistemológicos al estudio de los problemas de salud, quizá este concepto de determinantes sociales de la salud quedaría algo corto. Por último, quisiera sólo dejar anotado que habrá que tener cuidado con la idea misma de "inequidad", porque en más de un sentido (aunque desde luego no en el de la distribución diferencial de los problemas de salud), hay diversidades cuya

¹¹ Como es el caso de quienes tienen la convicción de que bastaría con "educar" a la población para resolver sus problemas de salud.

¹² Porque, por ejemplo, no es ningún accidente que a nivel mundial y nacional haya una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, situación que la CSDH ubica en la raíz de las desigualdades en salud que examina.

extinción no convendría propiciar.

Conclusión

Como lo muestra la experiencia histórica, la enfermedad es una de las condiciones de existencia de nuestra especie, que pese a todos sus logros no puede escapar a los límites de su basamento biológico. Pero hemos aprendido también que cada forma de vida social trae aparejado su propio "portafolio de riesgos",¹³ y que la distribución diferencial del nivel y tipo de patología que afecta a los distintos grupos de la población guarda una estrecha correspondencia con el sitio que ocupan en esa sociedad. Así que como integrantes de sociedades cuyos gobiernos admiten "portafolios de riesgos" extremadamente onerosos para la salud, que impactan con mayor intensidad a los más desfavorecidos, nos encontramos ante la tarea de encontrar formas de acotar la toma de decisiones de estos gobiernos y, entre tanto, no podemos exonerarlos de la responsabilidad de proveer las medidas preventivas y curativas que los actuales perfiles de daños demandan, por complejas y costosas que estas sean (Martínez y Leal, 2003).

Por eso, me parece que además de sostener las exigencias a las que apuntan las recomendaciones de la CNDH, tendríamos que insistir en que los ministerios de salud no pueden eludir la nada fácil pero imprescindible tarea de atender en formas más eficaces los problemas de salud de sus poblaciones, sin excluir los de los segmentos más desprotegidos. Y adicionalmente, hemos de continuar con el esfuerzo de avanzar hacia la construcción de un mundo mejor ¿Podríamos, quizá, idear vías que nos permitieran transitar no sólo hacia una más equilibrada distribución de la riqueza socialmente producida, sino también hacia una corrección de los irracionales patrones de producción y consumo característicos del modelo de civilización occidental de nuestros días? ¿Podríamos imaginar otros caminos, otros estilos de organización de nuestras sociedades, en donde no prevaleciera la tendencia a extender una visión del mundo que privilegia los intereses individuales sobre los colectivos, en las que no se pretendiera asignar a todo un valor monetario como se hace hoy día con la salud y se reconociera, en cambio, que hay riesgos económicamente inconmensurables porque las pérdidas no pueden ser traducidas en dinero? ¿Podríamos perseverar en la búsqueda de una sociedad con valores diferentes, en la que hubiera una preocupación solidaria por el cuidado de todos e incluso del planeta en el que todos habitamos? En los perfiles de daños a la salud de nuestras poblaciones, tan íntimamente vinculados con las condiciones del mundo que nos damos para vivir, se manifestarán las respuestas que podamos encontrar a estas preguntas (Martínez, 1999).

¹³ Para emplear una vez más este término de Douglas y Wildavsky (1982) que tanto me acomoda por lo gráfica que encuentro su imagen para representar la idea.

Reflexiones entorno a la sexualidad en el contexto de los determinantes sociales de la salud

Ada Caridad Alfonso Rodríguez

Hoy nadie cuestiona la necesidad y la relevancia de integrar la perspectiva de los determinantes sociales de la salud en lo que concierne al análisis del estado de salud de las poblaciones, la atención que brindan los sistemas de salud o en la atención que reciben las personas beneficiarias de dichos servicios.

En las discusiones relacionadas con el tema también es recurrente, la alusión a que en América Latina desde la década del setenta, los determinantes sociales, integran la construcción teórica y la praxis concreta del movimiento salubrista de la región.

La intención del presente trabajo no es fundamentar verdades de Perogrullo, sino tratar de ordenar algunas de las reflexiones producto del debate con otras colegas, en diferentes espacios de desempeño, y de mi formación profesional en el campo de la salud mental y sexual. Son reflexiones que tratan de acercar ejes de debate actual: la determinación de la salud y las sexualidades, las expresiones sexuales, el género y las subjetividades sexuadas y “generizadas”. Estas sexualidades son las que habitan, construyen, padecen y participan en los diferentes espacios donde se viven las desigualdades de ingreso, la pobreza, la baja información o educación, las condiciones desfavorables de vida, el insuficiente saneamiento, los estilos de vida no saludables y las iniquidades sociales, de género y de salud.

Y es en las personas, en los grupos, en los colectivos donde se expresa la buena (mejor calidad posible) y la mala salud y son ellas, las que construyen y expresan las ideologías de poder, que desde los espacios hegemónicos sostienen, garantizan y legitiman el orden político y social donde se construye o no la salud de las poblaciones.

También, son las encargadas de crear y re-crear las instituciones encargadas de institucionalizar las ideologías, normar los espacios de poder (uno de los dispositivos de poder) y de favorecer o no la incidencia política de “otros y otras” en las cuestiones sociales y de salud que les atañen.

Desde mi haber, ningún análisis cultural o social, epidemiológico o biológico, político o ideológico, económico o de producción de la salud puede realizarse sin tomar en cuenta el lugar de la persona sexuada, sus representaciones, sus subjetividades y sus comportamientos. Tampoco deben obviarse en el análisis, el grado de participación e incidencia de estas, en la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas encaminadas a dar respuesta a las cuestiones de salud y en las acciones que tienen como resultado la construcción de la salud en los ámbitos: individual, familiar, comunitario y social.

Sexualidad y género: nociones donde se ancla la reflexión

En las últimas décadas del pasado siglo, comenzó a emerger la categoría género como marcadora de iniquidades en la salud, de ahí que comenzase a visibilizarse cómo la construcción social de lo femenino y lo masculino determinaba diferencias en el ejercicio del poder y en las posiciones de

las mujeres y los hombres en los espacios de interacción social lo cual se traducía en desigualdades en las relaciones, las jerarquías, los privilegios y en el acceso y control de los recursos por razones de sexo. La pertenencia a uno de los sexos tiene una expresión concreta en la estratificación social y en la desventaja social de las mujeres con respecto a los hombres en sus contextos.

En el área de la salud, el género ha posibilitado rastrear indicadores de salud (estos menos construidos), perfiles diferenciados de enfermedad por sexo (con interpretación de género) y mucho más claramente, el reconocimiento de las causas de muerte por sexo en las estadísticas de salud. En este último aspecto existe consenso en la necesidad de la desagregación de la información por sexo para poder realizar una lectura o análisis de género (insuficiente aun en la mayoría de los sistemas de salud de América Latina).

No obstante, las personas comprometidas con el tema género, no siempre hemos tenido las luces para reconocer la imposibilidad de sustraer la categoría de su continente: la sexualidad humana y de su expresión de “ser” o “estar”, el cuerpo sexuado.

Es en la materialidad del cuerpo sexuado donde se ancla, la construcción social de la sexuación del propio cuerpo, a partir de los símbolos y significados culturales de “ser mujer” y “ser hombre” en cada cultura y en cada sociedad. También, es el lugar donde se aprehende “la homogeneidad” de “ser mujer” y “ser hombre” a partir de la internalización de las construcciones sociales (estereotipos de género) de los modelos de actuación según el sexo.

Prefiero mencionar exclusivamente los modelos de actuación (roles de género), ya que los aspectos que aluden a las identidades de género, y a cómo se construye la identificación de sí mismo desde las múltiples exigencias de los entornos que envuelven a cada persona, el cómo cada cual se construye como sujeto de deseo a la vez que sujeto deseante, merecen por su complejidad, mención aparte.

La construcción de las identidades sexuales y las identidades de género desbordan el marco explicativo del “ser mujer” y “ser hombre” desde la lógica binaria y dicotómica de nuestra cultura. Cada persona, a partir de la asignación del sexo en el momento de su nacimiento, comienza a recibir la influencia de su entorno. Es en ese proceso intersubjetivo y eminentemente social, en el que se construye la identidad como parte del autoreconocimiento y asunción de la mismidad de donde emerge la autodefinición: “yo soy un hombre” o “yo soy una mujer”.

Este proceso de asimilación cultural en lo relativo a la sexualidad, y las convergencias que conllevan a que cada quien se erija como un ser único sexuado es altamente complejo y puede ser además, fuente de profundos conflictos cuando no se puede asignar el sexo al nacer por la ambigüedad de los genitales o cuando durante el proceso de construcción de la identidad de género se hace evidente una incongruencia entre la identidad y el sexo asignado.

Ambas situaciones, se constituyen en un desafío tanto si lo que se pretende es realizar un análisis de la situación de salud de estas poblaciones como para la planificación de los servicios de salud dirigidos a dar respuesta a los problemas de salud sexual desde el marco explicativo de la categoría género.

A mi juicio, en ambos casos, lo que se debe cuestionar es: en qué medida la sociedad entiende, acepta y respeta la diversidad sexual; cuál es la calidad de la formación de los recursos humanos de la salud para afrontar esta diversidad en los servicios de salud y por último, cómo otros actores sociales facilitan la participación en las prácticas sociales, como sujetos de derechos, a las personas con sexualidades no hegemónicas.

Las orientaciones sexuales, requieren también argumentarse en el ámbito de la salud. La escogencia de la pareja sexual debe ser reconocida como un derecho sexual y por tanto, un derecho humano de las personas. Sin embargo, la invisibilidad de las necesidades de salud que pueden derivarse de la libre opción sexual pueden tener impactos en la salud individual, de pareja, de familia y de los colectivos gays, lésbicos, bisexuales y transgéneros tanto durante la construcción de la identidad de orientación sexual como en el curso de la vida derivadas de las preferencias y comportamientos sexuales.

A mi juicio, un marco conceptual que aborde la salud integral y especialmente la salud sexual, debe integrar la sexualidad como expresión social, política y de derechos humanos. En consecuencia analizar la sexualidad, permite estudiar cómo se originan, legitiman socialmente y se construyen simbólicamente las relaciones entre las personas a partir de las ideologías que cada sociedad tiene sobre el hecho sexual.

Dos temas de salud pública.

En las últimas décadas del pasado siglo emergen dos temas que por su impacto social y en los cuadros de morbilidad y mortalidad de los países son considerados problemas de salud pública a nivel global: la infección por el VIH y la violencia contra las mujeres. El análisis de ambas problemáticas requiere ser visto en el contexto de los determinantes sociales y de la sexualidad como parte inseparable de la salud.

En América Latina (AL) en las décadas referidas se producen serias transformaciones en el marco de los modelos de acumulación del capital y regulación social, dando lugar a procesos de concentración económica y política, precarización de las condiciones de vida y creciente exclusión social signada por el retiro del Estado de las actividades productivas y regulatorias y el papel predominante del mercado en la asignación de los recursos. Este modelo político económico de políticas neoliberales, intensificó la pobreza y las desigualdades sociales, la privatización de recursos públicos de sectores como la salud, la educación y los servicios sociales dando al traste con las estrategias que integraban la salud como un bien público y un derecho ciudadano.¹

¹ Grimberg M (2003). Estigmatización y discriminación social relacionada con el VIH en países de América Latina: sexualidad y uso de drogas en jóvenes en contextos de precarización social urbana. En Estigma y discriminación un enfoque antropológico. Proyecto de investigación de UNESCO/ONUSIDA. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/Sida. Estudios e informes, Serie Especial, Numero 20. División de políticas culturales y Dialogo intercultural, UNESCO, Pág 12-13

VIH

En este panorama, emerge y se extiende el VIH, entre las poblaciones sobrerrepresentadas en los sectores con mayores carencias de beneficios sociales, en aquellos en los que se asientan las mayores desigualdades e iniquidades sociales pero también, el virus busca el ejercicio de la sexualidad como vía para extenderse en la región. En junio del año 2004, en los casos acumulados de sida, la transmisión sexual representó el 84% en América Central; 53% en México; 66% en el área Andina; 53% en América del Sur y 63% en Brasil (OPS-ONUSIDA, 2004).²

Una mirada al Caribe

La epidemia busca rostros entre los jóvenes, las mujeres y los pobres y el Caribe se convierte en la segunda región más afectada del planeta

Según datos de la región, las mujeres constituyen el 30% de los adultos con VIH en América Latina y el 50% en el Caribe. Las epidemias esencialmente heterosexuales del Caribe ocurren en el contexto de fragantes desigualdades de género y están impulsadas por una próspera industria del sexo que sirve a clientes, tanto locales como extranjeros. La disminución de la razón hombre-mujer enfermos del sida en los diferentes países que componen la región de A L y el Caribe evidencia de forma contundente el aumento del número de mujeres y niñas con VIH.³

Según informe de ONUSIDA, sobre la epidemia mundial:

En Trinidad y Tobago en el año 2005, las tasas de VIH/sida fueron seis veces más altas para las adolescentes que para los varones de 15 a 19 años de edad.

En Haití la razón hombre-mujer casos sida en 1988 era de 6 a 1, mientras que en 2002 la relación se redujo de 1 a 1.

La epidemia predomina en todo el mundo en el grupo de edades de 15 a 24 años y, entre las mujeres, es más frecuente que en los hombres.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas jóvenes representan la mitad de las nuevas infecciones de VIH, de las cuales dos terceras partes son mujeres.

En República Dominicana las mujeres menores de 24 años tenían el doble de probabilidades de estar infectadas por VIH que sus homólogos masculinos.

Un estudio del 2003, realizado en Jamaica, arrojó que las adolescentes tenían una probabilidad 2,5 veces mayor de estar infectadas que los muchachos de su mismo grupo de edad.⁶

En Puerto Rico en el período 2003-2007 en la franja de 10 a 19 años de edad, el 51% de los casos eran mujeres superando así, al número de hombres con VIH.

En Cuba las mujeres representan el 19% del total de los casos diagnosticados con el VIH.

El análisis del panorama de la región en cuanto a la infección por el VIH, no puede desanudarse del ejercicio de la sexualidad y el desempeño de diferentes comportamientos y prácticas sexuales, que coloca a las poblaciones en una vulnerabilidad permanente ante la infección, pero tampoco se puede desarticularse de la realidad de que los comportamientos y las prácticas sexuales están

² Ibídem, pág 13

³ ONUSIDA (2006). "Situación de la epidemia de sida", Naciones Unidas. Ginebra..

teñidas con los colores del género, lo cual determina vulnerabilidades diferenciadas tanto biológicas como psicológicas, sociales y epidemiológicas para mujeres y hombres. Las cifras mencionadas son evidencias de que el género y la sexualidad están en la base de la salud sexual de las poblaciones que habitan en ALC.

Entonces, en el análisis de la epidemia y en la formulación de estrategias que permitan reducir la incidencia de nuevos casos y la prevalencia de casos sida con mejores indicadores de calidad de vida no pueden dejar de considerarse la situación de los contextos que sirven de unidad de análisis como regiones, países, estados, provincias, municipios u otros; la estratificación social y de género, la etnia, los niveles de acceso y de control de los recursos, la participación ciudadana, el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos a la salud.

En el ámbito del VIH lo antes mencionado incluye el acceso a las terapias antiretrovirales, seguridad social, servicios de salud de calidad organizados para satisfacer las necesidades de salud de las personas con VIH y sida así como políticas sociales y públicas que amparen las regulaciones y la cobertura de quienes requieren de la prestación de salud. Tanto en el ejercicio de la sexualidad como en el de las prestaciones de salud se producen y reproducen las iniquidades de género, el estigma y la discriminación asociados con la orientación sexual, la identidad de género y el VIH, convirtiéndose en obstáculos para intervenciones efectivas entre las poblaciones claves de la epidemia.

Desde nuestra reflexión, en el caso del VIH, el género y las prácticas sexuales, se constituyen en determinantes del estado de salud sexual de las poblaciones, de ahí, que se requiera de *un marco conceptual* que articule las relaciones entre poder, cuerpo, sexualidad, emoción, flexibilidad en las distintas áreas de la vida cotidiana (Grimberg, 2002, 2003: 14).

Coincido con las ideas de Grimberg en cuanto a que es menester, la integración de un enfoque político y relacional en el tema de la sexualidad y el VIH ya que este permite integrar problemas estructurales como la desigualdad y el poder con la experiencia de los sujetos en un abordaje de vulnerabilidad social. Este referente incluye el conjunto de relaciones y condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de vida que ponen en riesgo e impactan negativamente a sujetos y grupos, así como el conjunto de redes que desde el entramado social posibilitan el logro o no de un ejercicio de: cuidado de la salud, autocuidado, y de derechos sexuales, sociales y políticos que están en la base de la construcción y protección de la salud.

Luego, las sexualidades, las preferencias sexuales y los comportamientos sexuales habitan en un contexto sociopolítico y geográfico donde cada uno de nosotros, mujeres u hombres, reproduce al interior de sus relaciones e interacciones sociales los mandatos culturales de género, lo que se traduce en una gama diferenciada de vulnerabilidades (biológicas, psicológicas, sociales y epidemiológicas) ante el VIH. Estas re-significadas por una subjetividad generizada, el estigma, la discriminación, la inseguridad y las desigualdades sociales y en salud.

Violencia contra las mujeres (VCM)

Está bien documentada en las investigaciones de la Región la relación existente entre la violencia contra las mujeres y el VIH, sin embargo desearía colocar la mirada en el contexto de reconocer que la VCM "constituye una de las más generalizadas violación de los derechos humanos de las mujeres y un problema de salud pública mundial. No obstante, con demasiada frecuencia, esta se silencia, minimiza, racionaliza, se niega y/o es aceptada por los individuos y la sociedad"⁴.

Es un problema de salud pública por su impacto en: la vida de las mujeres, la percepción de bienestar; los años de vida perdidos y/o vividos con discapacidad, los costos para los servicios de salud y su incidencia en el desarrollo económico y social de cada país.

En el contexto de la salud de las mujeres, se puede recuperar el tema de los costos en términos de sufrimiento psíquico, mala percepción de salud, deterioro de la percepción de "sí misma", de su relación con "los otros", con y en su entorno, en su inserción y participación en la vida social, familiar y comunitaria.

La VCM es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo...(Capítulo IV Párrafo 118: pág 63)⁵

Las raíces de la violencia están en la desigualdad histórica de las relaciones de poder entre hombres y mujeres y en la discriminación que se dirige a las mujeres tanto en el ámbito público (social) como en el privado, al interior del hogar (Naciones Unidas, 2006: iv)⁶.

Las conductas discriminatorias, las normas culturales, las costumbres familiares, la desigual distribución de las responsabilidades y de la ejecución de las tareas al interior del hogar y de la familia generan desequilibrios en las relaciones entre hombres y mujeres que se expresan en mecanismos de control sobre la capacidad de acción en la vida cotidiana, disparidades y asimetrías de poder que resultan en VCM.

Según datos de la OMS la violencia es soportada abrumadoramente por las mujeres y es inflingida por los hombres. En 48 encuestas de base poblacional realizadas en todo el mundo, entre 10% y 69% de las mujeres reportaron agresiones físicas por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas (OPS, 2004).

El propio documento reseña que en datos nacionales extraídos de encuestas demográficas y de salud, el porcentaje de mujeres, que fueron víctimas de violencia física por parte del cónyuge o de otra persona alcanza 41.10% en Colombia, 27.3% en Haití, 28.7% en Nicaragua y 41.2% en Perú. En un estudio realizado en el área metropolitana de Santiago de Chile, 50.3% de las mujeres refirió

⁴ Heise, L; Ellsbert, M; Gottemoeller, M: Fin de la violencia contra la mujer. Population Reports, Volumen XXVII, Número 4, Serie L, Número 11.

⁵ Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Anexo Plataforma de Acción de Beijing (1995). Naciones Unidas.

⁶ Naciones Unidas (2006). Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras a los hechos. Estudio del Secretario General.

alguna vez haber recibido violencia en la relación de pareja, mientras en Bolivia 25% reporta ser víctima de violencia psicológica y 13.9% de violencia física con amenaza para su vida (OPS, 2004).

En los países en los que se encuentran disponibles los datos nacionales se ha demostrado que la violencia de género⁷ es bastante común. En Colombia 19% de las mujeres reportan haber sido abusadas físicamente dentro de una relación actual (1995) y 29 % de las mujeres en Nicaragua reportan violencia física o sexual por parte de su pareja (1998)⁸

En las encuestas, 22% del 70% de las mujeres abusadas afirmaron que nunca habían hablado con nadie sobre el abuso que sufrían antes que se les preguntara en la entrevista (Handwerker, 1993)⁹

Un estudio en Nicaragua encontró que el 60% de las mujeres encuestadas que habían declarado abuso en el año anterior fueron abusadas más de una vez y 20% había experimentado violencia grave más de seis veces (Heise; Ellsberg; Gottemoeller, 1999)¹⁰

En Costa Rica¹¹ un estudio realizado durante el periodo de tiempo comprendido entre 1990 y 1998 reveló que un promedio de 2.8 mujeres al mes fueron asesinadas por sus esposos, ex- esposos, compañeros o novios (CEFEMINA, 1998)¹². En el propio país en 2002 fueron ingresadas 4645 denuncias por delitos sexuales al sistema de justicia mientras que la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres realizada en 2003, arrojó que 38.2% han experimentado alguna forma de agresión sexual después de los 16 años; 27,9% han sido tocadas sexualmente contra su voluntad y a un 26% las han tratado de forzar a tener relaciones sexuales o las han violado (Bianco y Aranda, 5)¹³

En Honduras según datos de la ENDESA 2005- 2006, a nivel nacional un 11 por ciento de las mujeres son víctimas de abuso sexual antes de los 12 años.¹⁴

En el Caribe el 47% de las adolescentes que han tenido relaciones sexuales, informan que su iniciación sexual fue forzada.¹⁵

En la región las mujeres reciben violencia por parte de sus parejas sexuales. Los estudios acerca del tema reportan que en Puerto Rico según los datos de la División de Estadísticas de la Policía del

⁷ La violencia basada en género incluye todo acto o amenaza de violencia que tenga como consecuencia, o tenga posibilidades de tener como consecuencia, prejuicio y/o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer. Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia en contra de la mujer. Procedimientos de la 85 Reunión Plenaria, Ginebra, 20 de Dic, 1993

⁸ La violencia de género en América Latina. <http://www.ippfwhr.org/whatwedo/gbvspanish.htm>.

⁹ Handwerker citado en !Basta! boletín de IPPF/RHO sobre: Cómo integrar la violencia basada en género en la salud sexual y reproductiva. Primavera del 2000. <http://www.ippfwhr.org>

¹⁰ Ibidem.

¹¹ OPS. Hacia un Modelo para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar: Ampliación y Consolidación de las Intervenciones Coordinadas por el Estado y la Sociedad Civil. Informe de Evaluación 2000. Plan de Acción 2001. Mujer Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

¹² Ibidem. Pág 27

¹³ Las mujeres no esperamos. Acabemos la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA. Ya (2007). Publicación para América Latina y el Caribe. Recopilación de texto Mabel Bianco y Florencia Aranda, *Publicación para América Latina y el Caribe*, Buenos Aires, Argentina

¹⁴ Ibidem, pág5

¹⁵ Ibid, 5

país, del 1^o de enero al 30 de abril del 2007 se registraron 4302 denuncias de violencia doméstica, el 85.3% de las víctimas fueron mujeres y 14.7% hombres (Ibid, 6)¹⁶. En Jamaica el 17 por ciento de las niñas entre 13 y 14 años fueron víctimas de una violación o intento de violación.¹⁷

En Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004, al menos 2 de cada 5 mujeres alguna vez unidas reportaron haber sufrido algún tipo de violencia física por sus esposos o compañeros alguna vez durante la relación de pareja. Asimismo, 1 de cada 10 mujeres manifestó haber sido obligada a tener relaciones sexuales por su esposo o compañero.¹⁸

Según cálculos¹⁹ la violencia intrafamiliar (VIF) representa casi un año de vida perdido por cada cinco años de vida saludable en las mujeres entre 15 y 44 años de edad y junto a las violaciones comprenden aproximadamente en 5% de la carga global en materia de salud que soportan las mujeres en edad fértil²⁰.

Los reportes permiten reconocer la relación entre VCM y la salud mental ya que la probabilidad de requerir atención médica psiquiátrica es de cuatro a cinco veces mayor que en las mujeres que no han sido maltratadas, y cinco veces más susceptibles de intentar suicidarse²¹

A esta realidad en cifras, se une el tráfico de mujeres de AL y C, principalmente a Estados Unidos, Europa y Japón, que tiene como base la pobreza, la falta de oportunidades laborales y educacionales, la inseguridad, la violencia y los conflictos armados. Las mujeres buscan a través de “contratos de trabajo” soluciones a las necesidades que viven en sus países, terminando en muchos casos, como trabajadoras sexuales y viviendo en esclavitud (CEPAL 2004)²².

Es importante señalar que cualquiera de las formas de violencia citadas, tiene seria repercusión en la salud de las mujeres quienes tienen como principal factor de riesgo, el hecho de ser mujer.

En el caso del sector de la salud, las implicaciones son elevadas tanto por la demanda de servicios de salud como para la salud de los/as prestadoras de los servicios dirigidos al tratamiento de las víctimas – sobrevivientes de violencia, aunque esto último no está bien documentado.

Los datos de encuestas demográficas que exploraron la visita a un médico, a un centro de salud o a una institución por parte de las mujeres que sufrieron alguna lesión como resultado de violencia física, reportaron un porcentaje de 27.4% en Colombia, 13.3% en Nicaragua y 19.4% en Perú (OPS, 2004). Lo cual alerta sobre los posibles costos que supone para los sistemas de salud la provisión de servicios de calidad dirigidos a las mujeres víctimas – sobrevivientes de violencia y los beneficios de una detección a través de una búsqueda activa que posibilite minimizar los costos para la salud de las mujeres.

¹⁶ Ibid, 6

¹⁷ Ibid, 5

¹⁸ Ibid, 6

¹⁹ Heisi, L cit por Sagot M. (2000). en "La ruta crítica de las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar en América Latina. Estudios de caso en diez países". OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo.. Washington D. C.

²⁰ OMS (197).Salud Mental en el Mundo .1997 pág 303

²¹ Ibidem 304

²² CEPAL (2004). Caminos hacia la equidad de género en América Latina y el Caribe. 9ª Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. CEPAL. México, D.F.

Tras la VCM, están las desigualdades y las iniquidades de género, las violaciones regulares de los derechos humanos, la discriminación sistemática a las que son sometidas en las diferentes etapas de su ciclo de vida. Los efectos de la discriminación son brutales y devastadores como en el caso del infanticidio de niñas, la mutilación genital, la violación.²³

En lo expuesto hasta ahora se puede visualizar que la VCM como tema prioritario de salud pública, no se circunscribe a la pertenencia de las mujeres a un determinado estrato social, clase o etnia, sino que la vulnerabilidad se ancla en la sexualidad como construcción social, en la posición de las mujeres en los ámbitos donde se desenvuelven; y en los valores sociales y las cuotas de poder que pueden ejercer estas en dichos espacios de interacción social.

Un paradigma de análisis social de la salud tiene en esencia que ser inclusivo, no puede desestimar la red de creencias y representaciones que se construyen y recrean en los diferentes espacios geográficos y en los mapas institucionales donde se entretajan políticas e ideologías, asignándose desde ese lugar las cuotas de valor y los espacios de ejercicio de derechos tanto a mujeres como a hombres.

Los hombres secularmente han sido el referente universal tanto desde lo biológico como desde lo social, en su sentido más amplio de ahí que el género como categoría de análisis y de acción podría ofrecer las pistas para la deconstrucción y reconstrucción de las formas de legitimación de las masculinidades hegemónicas en las que se sostiene la VCM; y de las no hegemónicas estigmatizadas y discriminadas socialmente y en adición, por la epidemia del VIH.

Género y sexualidad permiten evaluar el impacto que los mandatos culturales tienen en las configuraciones y redes determinantes sociales de la salud así como en la organización y respuestas en términos de cuidado, autocuidado y protección en las políticas sociales y muy particularmente en las de salud.

Consideraciones finales

Quizás la mejor forma de concluir estas reflexiones sea listar un conjunto de enunciaciones que permitan profundizar en el debate acerca de cómo la sexualidad y su marcaje sociocultural vincula con la construcción y la percepción de salud de las personas:

1) La sexualidad y la diferencia sexual son los pilares donde se articulan ideologías, políticas y representaciones que se expresan en las prácticas y los comportamientos sexuales de mujeres y hombres, cada uno con una particular construcción de identidad de género y orientación sexual.

El entorno donde se construye la sexualidad, el género y la salud tiene como referentes discursos y prácticas cambiantes y plurales.

2) La salud, como expresión subjetiva del ser, tiene una producción de textos articulados en un cuerpo sexuado, blanco de mandatos culturales y espacio político para la participación y el ejercicio de los derechos sexuales como derechos humanos.

²³ La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (2008). Causal Salud. Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. Pág 151

- 3) El género como construcción sociocultural basada en la diferencia sexual es un marcador de desempeños, posiciones, oportunidades, accesos y control de los recursos; pero también, es un marcador de riesgos y vulnerabilidades en el ámbito de la salud individual y colectiva.
- 4) La sexualidad trasciende la genitalidad y el espacio privado. En sexualidad lo privado es público, por lo que debe ser considerada como un referente de: discusión política, elaboración de discursos contraculturales y de movilización para el debate y la participación, por tanto, de ejercicio de ciudadanía.
- 5) La orientación sexual de la persona es producto y resultante de la mismidad de construirse como sujeto de deseo y deseante en el espacio intersubjetivo que es un espacio social, por lo que hace parte inseparable de la salud sexual.
- 6) El estigma y la discriminación, productos netamente culturales, incrementan la vulnerabilidad en el área de la salud y en el ámbito social. Afectan la percepción de bienestar y calidad de vida tanto individual como colectiva.
- 7) La epidemia del VIH no es un castigo por la desobediencia de hombres y mujeres al mandato cultural de la heterosexualidad hegemónica. Se asienta en: condiciones socioeconómicas de desigualdad, pobreza, estigma y discriminación, ausencia de programas de salud sexual y de estrategias con enfoque de género para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, baja escolarización; y en adición, a prácticas sexuales no protegidas ligadas a la vulnerabilidad social de las mujeres, los jóvenes, los homosexuales y los bisexuales, poblaciones claves, ante la infección por el VIH.
- 8) La VCM como problema de salud pública tiene raíces estructurales ancladas en la discriminación de lo femenino, la legitimación de lo masculino y la violación sistemática de los derechos humanos de las mujeres, las niñas, las adolescentes y los jóvenes. Esta discriminación encuentra sinergias en otras discriminaciones por raza, etnia, clase social, orientación sexual y otras. Tras la VCM se encuentra como organizador social el género, luego las estrategias para dar solución o minimizar la VCM deben considerar la multicausalidad del problema y su determinación social.
- 9) Los recursos humanos de la salud, deben para abordar y aportar a la protección de la salud colocarse en el margen de la comprensión biológica de las cuestiones que atañen al cuidado de la salud, y devenir en agentes que promuevan la inclusión y la participación de todos (as) con todos (as) en la búsqueda de alternativas para la construcción de la salud como derecho humano.
- 10) Por último, la sexualidad y el género, tienen representación en las estadísticas de la región en problemas de salud como el VIH y VCM; pero también, en otros problemas de salud sexual como son el aborto, la mortalidad materna, el acceso a la anticoncepción de emergencia, el acceso a la salud y el derecho a la protección de la salud.

Bibliografía consultada

Araujo, Kathya; Virginia Guzmán, Amalia Mauro (2000) El surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de políticas. Revista de la CEPAL 70, abril 2000, pág 133-145

Artiles Visbal, L (2007). Pobreza y Género. Rev. Cub. Salud Pública, 33 (4).

Bala Nath, Madhu (2000). *Género, VIH y Derechos Humanos. Un manual de capacitación*, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Nueva York, Estados Unidos de América.

Beneria, L. y M. Roldán (1987). *The Crossroads of Class and Gender*, The University of Chicago Press, Chicago y Londres.

Berlinguer, G (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. Rev. Cubana Salud Pública v.33 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar.

Bianco, Mabel y F. Aranda (2007). *Las mujeres no esperamos más. Acabemos la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA. YA. Publicación para América Latina y el Caribe*, Buenos Aires, Argentina.

Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (2006). *Información sobre el VIH y el SIDA. Especial para mujeres*, UNIFEM-México.

_____ (2005). *Camino a la igualdad de género*, UNIFEM-México.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2002). *Los jóvenes y el VIH/SIDA una oportunidad en un momento crucial*, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y la Organización Mundial de la Salud, Nueva York, Estados Unidos de América.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2005). La promesa de igualdad. Equidad de género, saludreproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio, Estado de la Población Mundial, Nueva York, Estados Unidos de América.

Gómez, Adriana y D. Meacham, editores (1998). *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA: Un enfoque desde los Derechos Humanos*, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Chile.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2002). *Violencia sexual basada en género y salud. Sistematización del taller introductorio Violencia Sexual y Salud*. San José, Costa Rica, Serie Género y salud 13, Washington, D.C..

_____ (2003) *La violencia contra las mujeres: Responde el sector de la salud*. Publicación ocasional No. 12. Unidad de Género. Washington, D.C.

_____ (2004): *Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres*. Unidad de Género. Washington, D.C.

Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Organización Mundial de la Salud (2006). *Situación de la epidemia del sida: diciembre de 2006*, ONUSIDA, Ginebra, 2006. ONUSIDA/06.29S.

Tajer, D (2007). Determinantes sociales e inequidades en salud. Aportes de la Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género (WGE KN) de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS X Congreso de ALAMES, IV Congreso Brasileño de Ciencias Sociales y Humanas en Salud, Congreso XIV de IAHP y X de ALAMES.

Torre Montejo, E. de la, y otros (2005). *Salud para todos sí es posible*. 1ª Ed. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección de Medicina Social.

World Health Organization (WHO) Commission on Social Determinants of Health (2005). *Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*. Draft. 5 May.

LA ACCIÓN DE GESTIONAR Y GOBERNAR FRENTE A LAS DESIGUALDADES: UN NUEVO PUNTO EN LA AGENDA DEL PENSAMIENTO CRÍTICO EN AMÉRICA LATINA

Hugo Spinelli

Doctor en Salud Colectiva. Universidad de Campinas.

Director de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud de la Universidad Nacional de Lanús. Argentina.

1. INTRODUCCIÓN

Las altas tasas de pobreza, la exclusión social, la concentración de la riqueza y por ende el aumento de las desigualdades, el abandono de la protección social por parte de los Estados, el dominio de la visión neoliberal sobre la salud y su consecuencia, la mercantilización de la atención, son algunos de los legados del proceso de globalización del capitalismo en América Latina en las últimas décadas.

Las organizaciones públicas no estuvieron ajenas a las causas de ese empobrecimiento – desfinanciamiento, rebajas salariales, retiros voluntarios, falta de inversión – operaron a la manera de “un contagio” (1) llevándolas a la pobreza tanto material como intelectual, constituyendo una relación donde el contexto se hizo texto (2) y se configuró así una situación de “instituciones pobres que atienden pobres”.

En los últimos años distintos países, sobre todo de América del Sur, han colocado como tema central de sus agendas la reducción de las desigualdades, una situación poco frecuente en la región, y no exenta de conflictos, que ha llevado a situaciones de polarización social que suelen poner en crisis la idea de Nación.

Esas experiencias de gobiernos de izquierda o centroizquierda, presentan dificultades para llevar adelante el proyecto político que constituyó la promesa electoral. Por un lado, porque enfrentan intereses poderosos a los cuales las desigualdades les resultan funcionales. Por otro lado, la baja calidad institucional producto de aquel “contagio” y el desconocimiento de técnicas y métodos de gobierno confluyen, en general, en un bajo cumplimiento de los objetivos del plan de gobierno.

Estructuramos este texto en base a dos temas. El primero, bajo el título “el campo de las ideas”, está destinada a repasar determinados conceptos en la temática de las desigualdades en salud (determinantes sociales, derecho a la salud y ética), en el segundo, “el campo de la acción”, problematizamos la cuestión de la gestión/gobierno, preocupados por la acción frente a las desigualdades desde la órbita del Estado y sus instituciones, materia poco abordada desde el pensamiento crítico latinoamericano (a). En general hemos pensado a la gestión/gobierno como una cuestión de poder, y la ligamos a un conflicto de intereses, pero la situación actual de muchos gobiernos de América Latina coloca otra dimensión del tema gestión/gobierno a ser analizada, la del conflicto cognitivo. Es indudable que hay una clara relación entre el conflicto de intereses y el conflicto cognitivo, relación que se puede caracterizar como una circularidad. Pero también debemos reconocer que hemos prestado más atención al primer tipo de conflicto que al segundo y que los cambios políticos han colocado a no pocos compañeros y compañeras ante la difícil y compleja tarea de gestionar/gobernar. Y es en esas experiencias, donde “aprenden” a veces de manera no muy

saludable, que querer no es poder, y que tampoco alcanza con ser honestos. El traer a la discusión el conflicto cognitivo tiene un claro sentido propositivo que busca jerarquizar la acción de gestionar/gobernar y que al mismo tiempo reconoce los graves problemas que se observan cuando se llega a esa situación donde se visualizan no pocas debilidades internas.

2. EL CAMPO DE LAS IDEAS

Durante las últimas décadas una larga secuencia de palabras invadió textos y discursos constituyendo narrativas “políticamente correctas” en salud. Así un discurso que pretendiera ser tal, no podría obviar conceptos como: participación, género, calidad, eficiencia, equidad, accesibilidad, estrategia, atención primaria, justicia, ética, o inequidad por solo citar algunos de los más conocidos. Pruebe el lector la combinación aleatoria que desee y obtendrá siempre un discurso políticamente correcto, tan correcto como inexpresivo. ¿Qué hay en ello?, ¿Qué representan esos conceptos? Pareciera suponerse que esas palabras portan un efecto mágico y operan por simple enunciación. Ese juego del lenguaje pretende apoderarse del universo de los significados y sentidos puestos en juego frente a la discusión de los problemas del campo social y sanitario.

Esos conceptos también fueron caballito de batalla de los proyectos de reforma que durante los años '90 se aplicaron en América Latina con efectos conocidos. Sin embargo, se los recicla como si no tuvieran historia. Con lo cual terminan representando, para el conjunto de los trabajadores de la salud y de las comunidades, palabras que se inscriben en una polisemia, fenómeno del cual no escapan los sectores académicos. El proceso de reproducción social de la tecnoburocracia sanitaria exalta esos conceptos que pretenden decirlo todo y en ello obturan el pensamiento. Son discursos sin sujeto o peor aún, con un sujeto único y universal, donde el otro es mera proyección de ese yo.

Los textos y declaraciones que tienen como objeto la reducción de las desigualdades se multiplican. En ellos domina la racionalidad de la planificación normativa que se caracteriza por: la omisión del conflicto; una concepción del sujeto de neto corte cartesiano, un diagnóstico que omite el juego de actores, es el mundo del “debe ser” con una voluntad política reducida a valores éticos donde confluye el nuevo mito de la “Responsabilidad Social Empresarial”. Textos que parecen no tener en cuenta el fracaso de proyectos/declaraciones muy similares como: la Alianza para el Progreso; la Declaración de Alma Ata, Ajuste con Rostro Humano, por solo citar algunos emblemáticos para la región. Esas declaraciones constituyen verdaderos metarelatos de la modernidad tecnoburocrática.

2.1. LOS DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD

A pesar de que son conocidos desde hace siglos, los determinantes sociales de la salud aparecen en la agenda del mundo científico anglosajón y de algunos Organismos Internacionales como novedad en los últimos años, y en general, ignorando su historicidad, sobre todo la desarrollada en América Latina.

La historia de lo social en el enfermar y morir de los conjuntos sociales tiene antecedentes muy lejanos. Son numerosas las personas e instituciones que se pueden citar, pertenecientes a distintos países, que ante interpretaciones mágicas, religiosas o limitadas a meros enfoques clínicos curativos y/o preventivos recuperaron la naturaleza social del Proceso Salud-Enfermedad en distintos momentos históricos y en base a marcos teóricos no siempre coincidentes. Es ya casi una rutina, al referirse a lo anterior, citar obras o frases de: John Peter Frank, Rudolf Virchow, Friedrich Engels, Edwin Chadwick, William Farr u otros, que en Europa y entre los siglos XVIII y XIX

marcaron la relación de la salud con los problemas sociales y la necesidad del compromiso del Estado en la soluciones de los mismos (6,7). Esa historia también se dio en América Latina, donde en distintos momentos se señaló la importancia del tema de las determinaciones de lo social en la salud (8-12).

¿Pero qué entendemos hoy por lo social? Bruno Latour señala que la palabra social se ha tornado imprecisa y cargada de diversos presupuestos, cuasi cosificada, nos dirá, señalando la ausencia de lo relacional. Lo social pasó a ser algo estabilizado algo que se ha materializado (13). Nos preguntamos ¿Con qué concepción de lo social trabajan esos documentos de las tecnoburocracias?

2.2. EL DERECHO A LA SALUD

En el continente más desigual, la ausencia del derecho a la salud es una expresión clara de la injusticia que domina dichas sociedades. El derecho a la salud en tanto derecho social (14), reconoce que su garantía es esencialmente política y por lo tanto, no se corresponde con un derecho civil individualizado. Es un derecho social y corresponde al ámbito de lo público y por lo tanto debiera ubicarse en el lugar más alto de la cultura. Es un derecho que parte de la otredad, más allá del yo o del mero cálculo utilitarista.

Pero también es claro que cuando se habla de derecho a la salud no se habla de un concepto neutro. No es lo mismo el concepto que existe en el derecho civil utilitarista, –en donde la condición de ciudadanía se entiende como igualdad ante la ley como una condición para el mercado y donde el principio de igualdad es formal, es decir, es el intercambio de equivalentes en el mercado– que concebirlo como derecho social, en donde la condición de ciudadanía es de igualdad en el beneficio y donde el principio de igualdad es de resultados, de acuerdo a la necesidad (4).

Nuestros países acumulan adhesiones a declaraciones y tratados internacionales que por ejemplo en Argentina tienen rango constitucional (b) y que expresan de manera directa o indirecta a la salud como derecho. Lo anterior revela la diferencia entre legalidad y legitimidad. Situación que mantiene vigente aquella caracterización que hiciera Mario Testa acerca de nuestros países como cementerios legislativos (3).

En tanto legitimidad, el derecho a la salud sigue ligado a una concepción biomédica que tiende al control social y a la biologización de los cuerpos y por ende se ubica en las antípodas de la concepción del derecho social. Esa legitimidad, es expresión de la biopolítica (15-17), que se instaló como una centralidad en la constitución ideológica de los sujetos contemporáneos, donde la primacía de lo individual sobre lo social, de lo económico sobre lo político y del mercado sobre lo público construyen un valor sobre la salud que domina la cultura dominante y a la cual se aspira como forma de superación social ya que constituye una forma de consumo que marca diferencias. Así cirugías estéticas, comidas *light*, el uso de altas tecnologías para constatar que se está sano, junto a una cada vez mayor exacerbación de la responsabilidad individual, dominan el campo de lo simbólico. Castiel denomina a ello “Ética de la nueva higiene” (18) señalando un control moral relacionado a las nociones de auto-cuidado, influenciadas por la promoción individualista de la salud y la exacerbación de los factores de riesgo. Se busca con ello regular conductas, ahorrar dinero público y orientar el consumo de salud en tanto mercancía. La biopolítica se dirige a los procesos propios de la vida como son los nacimientos, las muertes, la longevidad, la enfermedad y otros fenómenos consiguiendo con ello incrementar las desigualdades en una sociedad del autocontrol.

La concepción del derecho a la salud debiera tener la legitimidad necesaria y suficiente para que el Estado respete el predominio de la racionalidad legal sobre otras formas tradicionales de jerarquización de los individuos en la sociedad y que en general no le hacen nada bien a las formas democráticas. El tema vuelve a ser ¿cómo construir esa legitimidad? En ese proceso, aparece como necesaria la problematización que rompa el proceso de naturalización de ciertas situaciones. Es decir, pensar lo que nos pasa, poder jerarquizar qué nos ocurre con lo que ocurre. En ese proceso de problematización, debíamos asistir a la construcción de nuevas subjetividades. Pero sabemos que no hay recetas. Lo que hay son voluntades de potencia en sujetos complejos, dispuestos a iniciar un proceso. Es decir, o trabajamos los problemas y los profundizamos o nos quedamos en la retórica maniquea de un mundo dividido en buenos y malos. El derecho a la salud es un problema cuya solución no se reduce a una cuestión de leyes, va más allá.

2.3. ¿ESTAMOS FRENTE A PROBLEMAS DE RESOLUCIÓN ÉTICA?

Los problemas anteriores no se deben reducir a cuestiones éticas. Son problemas, centralmente, de intereses de actores con proyectos definidos que confrontan en la arena política, en el marco de escenarios de baja institucionalidad y ausencia de ciudadanía en vastos sectores sociales. Sin embargo este pensamiento no siempre es el que prima y la invocación a la ética aparece como la solución deseada. ¿Por qué?

La concepción de la razón sobre la cual se centra el proyecto de la modernidad conlleva una idea determinista de la sociedad, donde la ciencia como forma superior de la razón busca liberarnos de todas las miserias para incluirnos a través del progreso, o de la modernización, en un mundo mejor; donde las situaciones serán consistentes y totalizantes; donde la naturaleza no será más que un simple objeto a dominar; el sujeto será sólo razón; la ciencia será neutra y objetiva y la violencia un vestigio de la barbarie (15, 19, 20).

El sueño de la modernidad es construir una respuesta totalizante, requisito básico de la razón moderna frente a un problema. Entonces, como para la modernidad el mal existe pero no puede ser explicado, aparece la ética para moralizar los discursos y las prácticas. Sí, la misma ética que había sido destinada a las cuestiones morales y a las pasiones por no ser científica, ahora es rescatada para reconstruir la fragmentación del sujeto del conocimiento que ocasionó el proyecto panracionalista de la modernidad, donde la razón, la pasión, los sentidos y la voluntad fueron compartimentalizados (19). La razón moderna le asigna a la ética el papel de concepto comodín, de restaurador de la totalidad. Esa "invocación" a la ética funciona con un doble significado, por un lado como un llamado humanista frente a determinadas características del desarrollo tecnocientífico, por el otro, como un intento de sutura de las inconsistencias que los problemas sociales ponen en evidencia (21,22). ¿Por qué se acude a la ética?, ¿qué falló?, ¿cuáles eran las esperanzas? Se acude a la ética porque ni la razón, ni la civilización consiguen ese estado de felicidad que se presentaba como posible y porque la barbarie no pudo ser eliminada como se había prometido. La herencia del iluminismo se volvió una pesada carga que ni el progreso, ni el desarrollo consiguieron resolver (20).

3. EL CAMPO DE LA ACCIÓN

¿Cuáles son las acciones que encontramos en general frente al tema de las desigualdades en salud? Su descripción en tanto diagnóstico. Los estudios y/o publicaciones se

sucedan, con más o menos detalles, basados en relatos y/o en números, que bajo distintos tratamientos metodológicos demuestran “el horror” y/o “la injusticia”. Otras veces, asistimos a la denuncia, que con o sin base científica, denosta situaciones que califica como inhumanas, o utiliza adjetivos similares, acudiendo a la ética y a la justicia como comodines conceptuales para saldar la situación.

Pocas veces el tema de las desigualdades, se aborda con relación a la baja institucionalidad de gobierno, más aún si se lo piensa, no en el sentido de un Estado mínimo, sino de un Estado fuerte y activo.

La pregunta que nos hacemos es: cuando un gobierno define el tema de la reducción de las desigualdades como parte central de su proyecto, ¿hay capacidades para llevarlo adelante?, ¿es lo anterior solo un problema de poder y de proyecto político? ¿o hay también problemas de carácter cognitivo en juego? ¿Es posible pensar dispositivos de reconstrucción de lo público por fuera de la razón instrumental?

3.1. CONFLICTOS DE INTERESES Y CONFLICTOS COGNITIVOS

Reconocemos conflictos de distinta naturaleza en la cuestión de gestión/gobierno (23). Por un lado, conflictos de intereses, donde el poder es una categoría central. Por el otro, conflictos cognitivos donde resulta necesario deconstruir una racionalidad –razón moderna- que impregna discursos y prácticas y que se expresa tanto a nivel individual como institucional como obstáculo para las acciones destinadas a la disminución de las desigualdades. Hay que “objetivar el sujeto objetivante” nos señala Pierre Bordieu (24). Las situaciones de gobierno/gestión históricamente han sido visualizadas como conflictos de intereses, donde la categoría de poder tiene la centralidad explicativa. La mayoría de las veces esta apreciación puede ser correcta. Pero queremos desarrollar el otro conflicto, que por recibir menos atención, no implica que tenga menor trascendencia y es el conflicto cognitivo (c).

Es un dato de la realidad, no difícil de constatar, que en nuestros países las diferencias ideológicas entre los partidos políticos son mayores en los procesos electorales que durante los períodos que gobiernan. Ello no se debe solo a que se enfrentan actores poderosos y que no se los tuvo en cuenta en la promesa electoral, sino a un problema de carácter cognitivo que implica una lectura de lo social como cuestión cosificada, como una relación sujeto-objeto que por ende desconoce lo relacional. En esa lógica, los problemas son entendidos como simples y las situaciones finales como cerradas. Sin embargo es muy fácil constatar que la mayoría de los problemas sociales son complejos, marcados por el juego de actores y los procesos relacionales, donde “los finales” son abiertos y donde los saberes especializados de los profesionales, en general, son tan insuficientes para abordarlos como lo es la experiencia del político. Ambos, técnicos y políticos, desconocen que los problemas no son ni técnicos, ni políticos, sino que son técnico-políticos. No pocas veces, la incapacidad de llevar adelante las políticas se transforma en el principal obstáculo de un gobierno. No es casual, que en general la gestión pública termine por ser desilusionante (23, 25, 26).

Nuestras prácticas no se deben concebir como meras prácticas académicas, en tanto herencia escolástica que procura a partir de los textos interpretar los problemas, es decir textualizarlos. Es necesario que los problemas provoquen a los textos, en un claro proceso que invierta la lógica escolástica (29). Ello no significa renunciar a lo académico, solo se propone invertir la escolástica y en vez de problematizar los textos, textualizar los problemas. La necesidad de trabajar sobre una

lógica de problemas y no una lógica de soluciones, coloca como eje de la discusión el tema de la teoría de la acción, y el juego de los otros (23), lo cual cobra relevancia para los actores que en el marco de procesos de gestión/gobierno buscan llevar adelante sus proyectos.

Los actores del juego gestión/gobierno, en general, piensan en base a una matriz que incluye lo real y lo imaginario pero que desconoce o minimiza el valor de lo simbólico (30). Así, el sujeto es visualizado como un ente cartesiano, donde el mismo gobernante se ve a sí mismo como tal e imagina así a sus equipos (si tuvo la suerte de conformarlo ya que la mayoría de las veces piensa que con grandes jugadores arma un gran equipo) (23). Se desconoce la triple circularidad negativa en esas instituciones:

- el sujeto desconoce una parte de él (31).
- el trabajador alienado ha perdido el sentido y el significado de su trabajo y por lo tanto desconoce para que hace lo que hace.
- el gobernante desconoce las técnicas y métodos de gobierno.

En síntesis, no saben que no saben, y en esa triple circularidad negativa, hacen lo que saben. Y lo que sabe el gobernante es imaginar un mundo dominado por la razón, y entonces si es un universitario desarrollará su experticia profesional en su tiempo de gestión/gobierno y si es un político desarrollará sus experiencias de “la política” como forma de lidiar con los problemas de la burocracia (23, 25, 26). Las consecuencias son evidentes, lo urgente desplaza a lo importante y la sensación de ser un bombero que vive apagando incendios atraviesa los relatos de las experiencias de gestión/gobierno de manera uniforme. Es indudable que hay también un problema de carácter cognitivo para que las experiencias sean tan similares. No desconocemos que dicha racionalidad tenga una historia y una relación con cuestiones estructurales, pero tampoco desconocemos que dicha racionalidad en general no es patrimonio de un solo color político

¿Pero cuál es la relación de lo anterior con el tema de las desigualdades? Entendemos que no es la denuncia la que produce el efecto de transformación de la realidad, como tampoco vamos a reducir las desigualdades en nuestras sociedades al ilustrarnos con técnicas y métodos de gestión/gobierno. No vivimos en un continente pobre, vivimos en un continente desigual. Dar cuenta de ello, requiere problematizar el conflicto cognitivo, además del conflicto de intereses. ¿Por qué? Porque de lo contrario el discurso se disocia de la práctica, y el primero, termina siendo más progresista que la segunda. Lo anterior no es una premonición, es una constatación de base empírica en la mayoría de nuestros países.

3.2. OTRA REFORMA DEL ESTADO Y UNA NUEVA INSTITUCIONALIDAD

No necesitamos ni más cooperación, ni más prestamos de los Organismos de Crédito Multilaterales (OMC), necesitamos otra reforma del Estado y una nueva institucionalidad. Los avances democráticos en la región no han significado necesariamente una valorización de la política. Parte de la responsabilidad reside en los propios partidos políticos que siguen pensando que lo fácil es gobernar y lo difícil es ganar una elección, lo cual puede ser verdadero, o no, de acuerdo al fin que se persiga. Los problemas del cotidiano de la gestión/gobierno en general terminan por estar más relacionados con los problemas de la política que con los problemas de la gente y de allí viene una parte, no menor, del descrédito de la política y de los partidos políticos. Esto no es un problema que se resuelva con la eliminación de los partidos, ni con la extrapolación de técnicas de gerencia de las escuelas de negocio, o convocando a personas del mundo empresarial privado, como algunos creen y

postulan. La situación anterior refleja que los grandes avances que tuvo la ciencia tuvieron muy poco impacto en la calidad de los procesos de gestión/gobierno del espacio de lo público (23, 25, 26).

Tampoco se resuelve el problema anterior con funcionarios éticos. Las soluciones a los problemas de corrupción en el ámbito de lo público que con frecuencia ocupan la centralidad de los medios de comunicación, se relacionan más con la mediocridad de los diseños organizacionales de nuestras organizaciones, que con una falta de ética. Limitar la solución a la ética es quedar preso del sueño de la razón moderna. Y como ya lo señalara Goya, “el sueño de la razón produce monstruos”.

Las organizaciones públicas son organizaciones de baja responsabilidad, donde domina la improvisación, donde nadie pide cuentas y nadie rinde cuentas. Donde se desconoce la posibilidad de establecer sistemas de petición y rendición de cuentas. Todo es asumido como natural y por lo tanto, el político exagera la cultura del hombre práctico, lo cual termina con un escenario de mucha micropolítica (micropoderes, rencillas, pequeños honores, entornos) con muy poca macropolítica (abordaje de los problemas de la gente). Todo ello lleva a una aversión por la teoría y un congelamiento del capital intelectual del gobernante y su equipo, quienes sienten que tienen la oportunidad de realizarse como dirigentes, creen que para ello les bastará con su experiencia. Todo el esfuerzo está puesto en conquistar el poder (conflicto de intereses) y poco o nada en resolver el tema del gobernar (conflicto cognitivo). Ese pragmatismo impregna las acciones de gobierno y lo deja preso de las urgencias, de las improvisaciones, de los rituales burocráticos y protocolares. Se pierde así el capital político acumulado y la sensación de imposibilidad de cambiar el aparato de gobierno está más que generalizada entre quienes hayan pasado por alguna experiencia de gestión/gobierno. Frente a este problema, la Universidad aporta poco y nada. Los saberes especializados de sus facultades y/o Departamentos están muy alejados de la naturaleza que estructura los problemas que se enfrentan durante la gestión/gobierno de la “cosa pública” (23, 25, 26).

Si hasta ahora planteamos que no es ni la denuncia, ni la “iluminación” el camino para pensar sociedades más igualitarias, es necesario pensar la situación de nuestras débiles instituciones donde se sustentan las también débiles democracias. Y diremos débiles, en tanto instituciones incapaces de dar respuesta a las necesidades de la población y presas de intereses corporativos expresados, a veces, por estructuras gremiales cooptadas y corruptas. Incluimos aquí, por supuesto, también a las universidades que en general se encuentran de espaldas a los problemas sociales como ya señalamos.

Es necesaria una Reforma del Estado, pero que rompa -en tanto formulación- el molde neoliberal que preconiza un Estado chico y eficiente. El tema del Estado, no es un problema de tamaño, es un problema de concepción. Esta discusión exige la participación de los trabajadores. Ya que la Reforma debe dejar de ser pensada desde una lógica horizontal (26) (es decir una ley que atraviese a las instituciones y defina de manera normativa los contenidos de la reforma) (32,33), para ser pensada en tanto reforma vertical (26) es decir dando lugar a que los trabajadores puedan pensar y discutir el sentido y el significado de sus trabajos, los ¿por qué? y ¿para qué? Es necesario meterse con las estructuras mentales de esos trabajadores en su relación con el trabajo, buscando crear otra cultura organizacional. Una nueva masa crítica que permita poner a estas organizaciones al servicio de las necesidades reales de la población y bajo el control social de las mismas. Esta propuesta se basa en reconocer que las estructuras mentales y la cultura organizacional tienen influencia decisiva

sobre las prácticas de trabajo y que dichas estructuras organizacionales operan con la calidad permitida por sus subsistemas (23).

En estos desarrollos avanzamos no con la certeza de que sea fácil, sabemos que es muy difícil, pero no es el eje de nuestro pensamiento el núcleo fácil/difícil. Sí lo es, el núcleo necesario/innecesario, y en esto último somos enfáticos, ¡es necesario! Por lo tanto estamos ante algo que es necesario y difícil, y allí Jesús Ibañez nos enseñó que en esas situaciones se vuelve necesario cambiar las reglas del juego (34).

4. A MANERA DE REFLEXIONES FINALES

Encontramos en el campo de las ideas una lucha semántica que poco puede aportar a la solución del problema de las desigualdades. Nadie duda que ser pobre no represente ninguna ventaja para un modo de vida digno. Por ello es imperiosa la necesidad de integrar a millones de personas, la mayoría niños y niñas a los Estados nacionales, buscando romper esa lógica desintegradora de la idea de Nación que se promulgó bajo el modelo neoliberal. Esa tarea es acuciante, si pretendemos evitar que esos millones sean víctimas de las enfermedades “derrotadas” bajo el paradigma pasteuriano o víctimas de las enfermedades “alcanzadas” de la civilización bajo el paradigma del desarrollo (donde la violencia supera a las crónico-degenerativas). Esas víctimas y sus circunstancias, niegan la idea de transición epidemiológica y nos colocan brutalmente frente al espejo de décadas perdidas, y quizás de generaciones perdidas.

Lo anterior nos interpela a la acción. No podemos, no debemos quedarnos solo con denunciar la situación actual, que por actual no significa, necesariamente que sea final. La necesidad de una praxis que revierta lo anterior es una interpelación que la realidad nos hace y en esa interpelación no es poco lo que podemos hacer. Nuestros espacios de trabajo, nuestras instituciones deben ser puestas a enfrentar esa realidad de manera de construir una implicación individual, grupal y social que enfrente a la exclusión y que de forma a otros modos de vida.

Los que no tienen acceso al sistema de salud, los que se enferman por cuestiones ambientales, los que carecen de mínimas condiciones para desarrollar sus vidas ya sea por falta o déficit de alimentos, vivienda, y/o trabajo, no debieran seguir siendo “meros objetos” de mesas de congresos científicos ni de investigaciones. Es necesario revertir la lógica instalada que señala: que plata para los pobres no hay, pero sí la hay para estudiarlos. Las soluciones a esas situaciones no se encuentran en la ciencia, que en el mejor de los casos puede problematizarlas, sino en las características de las relaciones sociales que define una sociedad y la calidad de sus instituciones.

Ante la ineficacia para garantizar la justicia en este mundo de inequidades, debemos avanzar más allá de la propuesta del liberalismo político de John Rawls (35). La falsa totalización histórica impuesta por las naciones imperiales revela la necesidad de un pensamiento propio de las naciones periféricas. Entendemos que un pensamiento crítico, en oposición y superación del pensamiento único, nos debiera permitir pensar de otra manera los problemas. Pero todo ello deberá plasmarse en la acción y para ello requerimos de otras prácticas de trabajo/gestión/gobierno en las organizaciones públicas.

Notas Finales

- a. Somos conscientes de la importancia y la necesidad de los movimientos sociales en estos procesos. La jerarquización que hacemos del tema gestión/gobierno, no desconoce ni desmerece el papel de

los mismos con sus capacidades para definir necesidades y articularlas en demandas que obtengan respuestas institucionales que reconozcan sus peticiones, es decir, intervenir en el desarrollo de una política pública, lo que implica la facultad de insertar una demanda en la agenda política (3, 4, 5).

- b. Algunas de las declaraciones a las cuales Argentina ha adherido y que de manera directa o indirecta hacen alusión a la salud como derecho son: Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; Declaración Universal de Derechos Humanos; Convención Americana sobre Derechos Humanos; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes; Convención sobre los Derechos del Niño.
- c. Por una cuestión de espacio limitaré el mismo al campo de la gestión/gobierno siguiendo para ello los últimos desarrollos teóricos de Carlos Matus (25, 26, 27).

Referencias Bibliográficas

1. Ulloa F. Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica. Buenos Aires: Paidós; 1995.
2. Pichon-Rivière E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (1). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1985.
3. Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.
4. Fleury S. 1997. Estados sin Ciudadanos: la seguridad social en América Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
5. Holloway J. Cambiar el mundo sin tomar el poder. 2da ed. Buenos Aires: Colección Herramienta, Universidad Autónoma de Puebla; 2002.
6. Rosen G. Uma história da Saúde Pública. San Pablo: Hucitec; 1994.
7. Sigerist H. Hitos en la Historia de la Salud Pública. México: Siglo XXI; 1981.
8. Bialek-Massé J. Informe Bialek-Massé sobre el estado de las clases obreras argentinas a comienzo del siglo. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1985. (Biblioteca Política Argentina).
9. Breihl J. Eugenio Espejo: La otra Memoria. Nueva lectura de la historia de las Ideas Científicas. Cuenca: Atlántida; 2001.
10. García J. 1848: Nacimiento de la medicina social. En: Pensamiento social en salud en América Latina. México DF: Interamericana McGraw-Hill, Organización Panamericana de la Salud: 1994. p. 144-149.
11. Spinelli H, Urquía M, Bargalló L, Alazraqui M. Equidad en Salud: teoría y praxis. En: Spinelli H, compilador. Salud Colectiva. Cultura, Instituciones, Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
12. Spinelli H. Condiciones de Salud y Desigualdades Sociales: historias de iguales, desiguales y distintos. En: Minayo MC, Coimbra C, organizadores. Críticas e Atuentes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 315-332.
13. Latour B. Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red. Buenos Aires: Manantial; 2008.
14. Fleury S. 1998. Política Social, exclusión y equidad en América Latina. [En línea] Nueva Sociedad. 1998(156) [fecha de acceso 2 de septiembre de 2008] URL disponible en: http://www.nuso.org/upload/articulos/2698_1.pdf
15. Heller A, Fehér F. Biopolítica. La modernidad y la liberación del cuerpo. Barcelona: Ediciones Península; 1995.
16. Foucault M. Nacimiento de la biopolítica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.

17. Kaminsky G. Del nonato al póstumo: apuntes biopolíticos en salud colectiva. *Salud Colectiva*. 2008;4(2):133-142.
18. Castiel LD, Álvarez-Dardet Díaz C. A saúde persecutória. Os limites da responsabilidade. Río de janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
19. Luz M. Natural, Racional, Social. Razón médica y racionalidad científica moderna. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
20. Spinelli H. Razón, Salud y Violencia o la (im)potencia de la racionalidad Medico-Científica. Tesis de doctorado. Campinas: UNICAMP; 1998.
21. Badiou A, Rorty R. Batallas Éticas. Buenos Aires: Nueva Visión; 1995.
22. Badiou A. La Ética, ensayo sobre la conciencia del mal. *Acontecimiento*. 1994;(8):11-93.
23. Matus C. Adiós, señor presidente. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa, Universidad Nacional de Lanús; 2007.
24. Bordieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. El oficio de sociólogo. 4ta ed. Madrid: Siglo veintiuno de España Editores; 2001.
25. Matus C. Teoría del juego social. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa, Universidad Nacional de Lanús; 2007.
26. Matus C. El líder sin Estado Mayor. La Paz: Fondo Editorial Altadir; 1997.
27. Matus C. Los 3 cinturones del gobierno: gestión, organización y reforma. Caracas: Fondo Editorial Altadir; 1997. p. 5-53.
28. Matus C. Las Ciencias y la Política. *Salud Colectiva*. 2007;3(1):81-91.
29. Jaramillo A. La Universidad frente a los problemas nacionales. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa, Universidad Nacional de Lanús; 2003.
30. Spinelli H, Testa M. Del diagrama de Venn al Nudo Borromeo. Recorrido de la Planificación en América Latina. *Salud Colectiva*. 2005;1(3):323-335.
31. Rozitchner L. Freud y el Problema del Poder. Buenos Aires: Losada; 2003.
32. Oszlak O. Quemar las naves (o cómo lograr reformas estatales irreversibles). [En línea] IV Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, México, D.F., 19 - 22 de Octubre de 1999 [fecha de acceso 12 de julio de 2008] URL disponible en: <http://www.clad.org.ve/fulltext/0036318.pdf>
33. Vilas CM. El síndrome de Pantaleon. Política y administración en la reforma del Estado y la gestión de gobierno [En línea] Buenos Aires: Asociación Argentina de Estudios en Administración Pública [fecha de acceso 12 de julio de 2008] URL disponible en: http://www.aaeap.org.ar/ponencias/Data/vilas_carlos.htm
34. Ibáñez J. El regreso del sujeto: La investigación social de segundo orden. Madrid. Siglo XXI; 1994.
35. Rawls J. Teoría de la Justicia. México: Fondo de Cultura Económica; 2000.

ALAMES

TALLER:DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD

Mesa 2:SALUD,EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL

Ponencia:Etnicidad,racismo y género:algunos problemas ético/metodológicos

Eduardo L.Menéndez

México DF;29/09 al 2/10 del 2008

NOTA:Trabajo provisional;no citar.

ETNICIDAD, RACISMO Y GÉNERO ALGUNOS PROBLEMAS ÉTICO/METODOLÓGICOS

Eduardo L. Menéndez

Dados los objetivos generales de este taller y de los objetivos específicos de la mesa donde debo participar, decidí seleccionar y analizar, tal vez en forma un tanto esquemática, algunos procesos de salud/enfermedad/atención (de ahora en adelante proceso s/e/a) que suelen ser secundarizados, tergiversados o directamente no considerados por los organismos oficiales de salud, pero también por organizaciones no gubernamentales (ONGs) y por instituciones académicas de diferentes orientaciones, pese a que través de los mismos pueden observarse algunas de las más lacerantes expresiones de inequidad, desigualdad e injusticia social. Considero además, que a través de los mismos pueden analizarse algunos aspectos que considero relevantes en términos metodológicos, ideológicos y éticos.

En el caso de México---como la totalidad de países latinoamericanos--- los procesos de inequidad, de desigualdad y de justicia social refieren a una gran variedad de problemas, sectores y actores sociales, de los cuales sólo comentaré tres en función de los objetivos señalados:

- a) la cuestión de los grupos indígenas, o si se prefiere, de los grupos étnicos de América Latina y de México en particular.
- b) la cuestión racista referida especialmente a procesos de salud/enfermedad/atención, y que afectan sobre todo a los grupos subalternos latinoamericanos.
- c) la cuestión de las desigualdades e inequidades de género, que se expresan y desarrollan en torno a los procesos de s/e/a.

Respecto de estas problemáticas sólo haré comentarios muy sintéticos respecto de las dos primeras, y me detendré un poco más en la última.

RACISMO Y GRUPOS ÉTNICOS: NUESTRAS CALLADAS INEQUIDADES

Por lo menos en México, los grupos indígenas---o como quiera denominárselos---, constituyen la población que tiene los peores indicadores y condiciones de salud en términos de morbilidad y mortalidad, ya que tienen las más altas tasas de mortalidad general, de mortalidad infantil, de mortalidad preescolar, de mortalidad materna así como la menor esperanza de vida. Gran parte de su mortalidad, es debida a causas 'evitables' especialmente relacionadas con gastroenteritis y respiratorias agudas. Dichos grupos son los que presentan los mayores índices no sólo de desnutrición sino de hambre. Son además los grupos que tienen menos acceso a los servicios de salud de tipo biomédico (INI/PNUD 2000; SSA 2001).

Desgraciadamente, por lo menos para México, contamos con muy pocas investigaciones epidemiológicas sobre estos grupos, y gran parte de los datos surgen de estudios cualitativos de antropología médica (Mendoza 1994, Ortega 1999), y de ciertas inferencias sacadas de la distribución de la población en términos de su localización rural/urbana. A partir de éstos últimos datos, las autoridades sanitarias mexicanas han reconocido esta situación, y han señalado por ejemplo que un niño nacido en Chiapas tenía---a principios del 2000---un 50% de posibilidades de cumplir un año de vida comparado con un niño nacido en la ciudad de México o en Nuevo León. El riesgo de muerte materna era 40% más alta en

las áreas rurales que en las urbanas, y la desnutrición dos veces y media mayor en el medio rural. Y lo que es más grave, dichas diferencias negativas siguen acentuándose en lugar de disminuir.

Si bien han descendido las tasas de mortalidad general y etareas y se ha incrementado la esperanza de vida de los miembros de los grupos étnicos, en términos comparativos sigue siendo el sector que presenta las peores condiciones de salud y de atención a la enfermedad.

Ahora bien, respecto de esta situación ancestral propongo tres preguntas para analizar entre nosotros. Primero ¿cuáles son las causas de que sean nuestros grupos étnicos los que presentan los peores indicadores de salud, y que dicha situación se perpetue a lo largo del tiempo?. Segundo ¿por qué no sólo el Sector Salud, sino los centros e institutos de investigación epidemiológica, de servicios de salud y de políticas sanitarias de diferentes orientaciones se han preocupado tan poco por los procesos de s/e/a que ocurren en estos grupos. ¿Y por último? ¿Cuáles son las razones de tipo técnico

/científico, pero también ideológico y social que generaron y mantienen esta exclusión?, dado que desde mi perspectiva dicha exclusión es parte de las condiciones de desigualdad, de falta de equidad y de injusticia social en que viven dichos grupos.

Considero que el racismo es uno de los hechos más negados por nuestras sociedades latinoamericanas pese a su presencia en toda una variedad de procesos y especialmente a través de múltiples aspectos del proceso s/e/a. Pese a esta importancia el racismo, por lo menos en México, no ha sido incluido, sino en forma anecdótica, en los estudios epidemiológicos y en los estudios sobre servicios de salud. Más aún el racismo no aparece incluido como parte de los programas y menos aún de las políticas de salud, pese al peso que tiene por ejemplo en las relaciones personal de salud/pacientes, sobre todo en ciertos contextos sociales (Menéndez 2001, 2002).

Toda una serie de antropólogos---y me incluyo---, de epidemiólogos, de médicos clínicos hemos observado en México episodios de racismo, a veces en forma casi cotidiana. Me consta en términos personales que antropólogos dedicados a estudiar procesos de s/e/a en grupos étnicos han observado prácticas racistas durante cinco, diez o quince años, pero en sus estudios no dan cuenta de estos procesos, o sólo aparece marginalmente.

Entre nosotros, la cuestión racial la referimos a los EEUU, o en los últimos años a lo que está ocurriendo en países europeos con la población migrante, pero no a nuestras sociedades, y mucho menos en términos de los procesos de s/e/a.

Esta omisión es grave por múltiples razones; porque, por ejemplo, en nuestros países americanos se han aplicado---y se siguen aplicando--- políticas eugenésicas que afectan especialmente a ciertos grupos sociales. Durante las décadas de 1960' y 1970' miles de mujeres fueron esterilizadas sin consentimiento en los EEUU; dichas mujeres eran de origen afroamericano,

puertorriqueño, mexicano y de grupos indígenas americanos (Stern 2006). En la década de los 90' se calcula que 250.000 mujeres de origen indígena fueron esterilizadas en Perú (Miranda y Yamin 2004). Contamos con datos que indican que especialmente durante los 80' y los 90' en Brasil, Guatemala, México se esterilizaron mujeres, en su mayoría de origen afroamericano e indígena.

En México durante los 90' hubo reiteradas denuncias de esterilizaciones no sólo de mujeres sino de varones de diferentes grupos étnicos, y especialmente en los estados con mayores niveles de pobreza y marginalidad. La prensa escrita documentó por lo menos algunos de esos

episodios, como pudimos verificarlo en un estudio que realizamos para el lapso 2000/2006. Uno de los pocos casos que tuvieron visibilidad pública fue el de un grupo de varones indígenas de una comunidad localizada en la 'Montaña' en el estado de Guerrero, quienes entre 1998 y 2001 fueron esterilizados por personal del Sector Salud, el cual luego de negarlo reconoció su papel e indemnizó recientemente a catorce de los varones esterilizados.

Pese a ello no contamos con una epidemiología de la esterilización, y por supuesto de otros aspectos racistas, en términos de su distribución según género, edad, pertenencia étnica, nivel educativo, nivel socioeconómico, religión, que además incluya el sentido y significado de estas esterilizaciones para quienes las decidieron y aplicaron, y para quienes las sufrieron.

En los EEUU las esterilizaciones se aplicaron durante los 60' y 70' como parte del programa contra la pobreza, y en América Latina especialmente a partir de los 80' como parte de las políticas de planificación familiar, que luego se denominaron de salud reproductiva, y que en el caso de las esterilizaciones peruanas fue financiado---como en otros países latinoamericanos--- por la Agencia Internacional de Desarrollo de los EEUU.

No debemos olvidarnos de un hecho obvio: las actividades de estos programas, que incluyeron la esterilización de los sectores sociales señalados, fueron aplicadas por personal de salud de las instituciones oficiales del Sector Salud. Pero ni estas instituciones ni su personal, ni la casi totalidad de las organizaciones no gubernamentales que trabajan sobre salud reproductiva en México, han investigado o por lo menos denunciado este tipo de episodios racistas.

Más aún, según algunos sondeos, el personal de salud que aplica estas acciones, generalmente impulsado por estímulos materiales como se decía 'antes', no tiene noción de las implicaciones racistas de su actividad

profesional. Lo ven como parte de su trabajo médico, máxime cuando forma parte de las actividades del Sector Salud. Lo cual nos obliga por lo menos a reflexionar en términos ético/metodológicos sobre estos procesos de intervención---en su mayoría sin consentimiento---, de ocultamiento y lo que es más grave de 'normalización' de comportamientos racistas a través de las propias instituciones médicas.

Una revisión de la producción epidemiológica mexicana, nos indica que la casi totalidad de los estudios epidemiológicos y de servicios de salud no incluyen el racismo en sus investigaciones, pese a que estudiosos como P. Farmer han propuesto reiterada y recurrentemente desde hace casi veinte años que, por ejemplo, los estudios y las intervenciones sobre VIH-sida y sobre tuberculosis bronco/pulmonar en nuestros países, debieran incluir como parte central el racismo, la pobreza y la desigualdad social, dado que considera que en particular el racismo constituye parte fundamental de la causalidad de determinadas enfermedades y de las condiciones de atención de las mismas.

Así como también es parte sustantiva del sufrimiento de la población en general y especialmente de las personas pobres y enfermas (Farmer 1992, 1997, 2003). (NOTA 1).

Llama la atención que no sólo los estudios salubristas sobre VIH.-sida no incluyan la dimensión racista; sino que tampoco lo hagan los activistas que focalizan sus intereses de este tipo casi exclusivamente en la homofobia---lo cual me parece necesario---pero lo hacen excluyendo casi toda otra acción racista, lo cual me parece por lo menos negativo además de incomprensible en

términos de equidad, de desigualdad y sobre todo de justicia social. Y es también sobre estos aspectos que quisiera intercambiar ideas en términos ético/metodológicos.

LAS INEQUIDADES DE GÉNERO

En los últimos años, y como expresión de diversos procesos, pero especialmente de las luchas generadas por grupos femeninos y feministas, el concepto y la perspectiva de género son utilizados cada vez más por amplios sectores de la sociedad civil, por los medios de comunicación masiva, por el Sector Salud e inclusive por los estudios epidemiológicos, aunque frecuentemente con el mismo sentido que la variable 'sexo', como lo han denunciado los propios grupos feministas.

Gran parte de estos estudios---y también de intervenciones a través de ONGs---especialmente los desarrollados en torno a la salud reproductiva y a las violencias contra la mujer, tienen por objetivo evidenciar no sólo determinados riesgos de la salud de la mujer y encontrar soluciones a los mismos, sino también denunciar las desigualdades y la falta de equidad que existe en términos de los procesos de s/e/a. Más aún, una parte de los estudios promueven el empoderamiento femenino en términos del cuerpo de la mujer, pero también de otras posibilidades sociales y hasta políticas.

Estas luchas y estudios posibilitaron la visibilidad, la discusión y la búsqueda de soluciones para procesos como el aborto, el embarazo no deseado, la mortalidad materna, las violencias masculinas contra la mujer y otros problemas. Y gran parte de esas luchas y estudios se hicieron en nombre de las desigualdades de género, y del logro de una mayor equidad, lo cual y lo subrayo, me parece necesario y urgente.

Pero éste énfasis en la salud diferencial de la mujer así como en la inequidad, contrasta con la situación de salud del varón, que por lo menos en un país como México presenta aspectos mucho más negativos que los de la mujer en aspectos epidemiológicos cruciales. El varón mexicano tiene una tasa de mortalidad general y en todos los grupos etareos---y subrayo lo de todos los grupos etareos---más altas que las de la mujer y en algunos grupos notoriamente más altas. La mujer tiene además una esperanza de vida de casi seis años de diferencia con el varón; más aún, según evaluaciones del SS la mujer tiene una esperanza de vida saludable de 64 años mientras el varón sólo tiene una esperanza de 60 años.

Ahora bien, uno de los procesos en que más han insistido---y con razón---los estudios de género es el de las violencias generadas contra la mujer. Más aún han insistido especialmente en los asesinatos de mujeres, lo cual condujo a acuñar el término 'feminicidio', y que 'las muertas de Juárez' se constituyera en frase emblemática, que a nivel nacional e internacional expresa justamente el papel de las violencias contra las mujeres en términos de homicidio.

De los estudios y reflexiones realizados en términos de género, surge entonces que las mujeres serían los principales sujetos no sólo de las violencias sino de los homicidios. Ahora, si bien no cabe duda que existen violencias de todo tipo del varón contra la mujer, y que dicha violencia puede traducirse en asesinatos, sin embargo el principal problema en términos de violencia homicida, inclusive en Ciudad Juárez, no es el de los feminicidios, sino el de los asesinatos de varones. Ya que en América Latina, incluido México, si bien los varones matan a mujeres, sin embargo la mayoría no sólo de los asesinos sino de los asesinados son varones. El 90% de los asesinatos en la región es de varones contra varones, y sólo menos del 10% corresponde a asesinatos de varones contra mujeres (Krug et al (Edits.) 2003; Organización Panamericana de la Salud 2002; Rev. de Salud Pública 2004; SSA 2001).

Esta es una tendencia que se ha reiterado históricamente, por lo menos desde que contamos con información estadística, que en el caso de México corresponde a finales del Siglo XIX. Más aún, estos datos son de fácil acceso ya que son publicados a nivel nacional e internacional en revistas epidemiológicas, y son parte de nuestras estadísticas vitales nacionales y de las que publican organismos internacionales como la OPS, la OMS e inclusive el Banco Mundial. Y pese a que dichos materiales indican claramente que el varón es el género más afectado por la violencia homicida, se ha ido construyendo sin embargo una representación social y técnica dominante que no sólo establece una imagen casi exclusivamente referida a los feminicidios realizados por varones, subrayando que éstos son los asesinos pero ocultando o por lo menos silenciando que los asesinados son básicamente varones.

Más aún, 'ocultando' que los varones mueren mucho más que las mujeres no sólo por homicidios sino por los diferentes tipos de 'violencias', es decir por accidentes y por suicidios. Mientras que las mujeres tienen más intentos de suicidios que el varón, éste se caracteriza por tener más suicidios consumados.

Se estima que durante el lapso 2001-2006, en México hubo alrededor de diez mil asesinatos generados por el narcotráfico. Durante el 2007 el total de asesinados por el narcotráfico fue de 2275 personas, de las cuales el 93 % fueron varones y el 7 % mujeres. Pero además la casi totalidad de los 250 asesinados que fueron torturados, de los 33 decapitados y de los 83 cadáveres que portaban mensajes eran varones.

De enero a junio del 2008 hubo en México 2002 ejecuciones, de las cuales 120 (6%) son de mujeres y 1882 (94%) de varones. Más aun durante 2007 y los seis primeros meses del 2008 la mayor cantidad de asesinatos se han dado en Culiacán y sobre todo en Chihuahua, siendo Ciudad Juárez la ciudad que tiene el mayor número de homicidios a nivel nacional y que expresa esta tremenda desigualdad de géneros. Pero debemos subrayar que en dicha ciudad no sólo ahora, sino siempre los 'muertos' fueron más que las 'muertas', aún durante el lapso que más se habló de las muertas de Juárez.

La epidemiología de los homicidios producida y difundida por los estudios de género en México requiere de una revisión radical, dado que en términos de tasas y de porcentajes de asesinados/homicidas el núcleo de la cuestión no radica en los feminicidios sino en los masculinicios. Dicha revisión no sólo refiere a los estudios del género femenino, sino también a los estudios del género masculino, dada la tendencia que éstos tienen a pensar la violencia del varón como expresión más o menos espontánea de irascibilidad e ira reactiva de 'los hombres violentos'. Lo cual contrasta con los secuestros y la mayoría de los asesinatos, ya que son planificados, incluidas las acciones de crueldad y tortura.

Pero además necesitan revisarse las interpretaciones referidas no sólo a las violencias, sino al conjunto de los procesos de s/e/a en términos de género. En todos los países desarrollados la mujer tiene mejores indicadores de salud que el varón en términos de tasas de mortalidad y de esperanza de vida. Más aún estas diferencias parecen incrementarse en lugar de disminuir o equipararse,

pese a la expectativa epidemiológica generada desde por lo menos la década de los 80', de que las modificaciones de los comportamientos y estilos de vida femeninos referidos especialmente al consumo de tabaco, de alcohol, de sustancias adictivas, de alimentos así como a su cada vez mayor participación en la esfera laboral o en el manejo de automotores generaría una posible equiparación con las tasas de mortalidad del varón, pero que hasta ahora no se observa. Más aún

en los países ,que como Japón, evidencian las mayores expectativas de vida a nivel mundial, la esperanza de vida de la mujer se distancia cada vez más de la del varón.

Una parte de las propuestas de género han sostenido que la cuestión de género debe ser referida no sólo a la mortalidad, sino a otras formas de deterioro y de sufrimiento femenino. Lo cual no negamos ,sino que asumimos, pero en la medida que incluyamos también el deterioro y el sufrimiento del varón. Toda una serie de procesos de salud/enfermedad como el de la disfunción eréctil y la creciente infertilidad masculina indican que gran parte de los varones ya no son proveedores económicos sino que ya no son proveedores sexuales. Y algunos analistas colocan, por lo menos una parte de las violencias masculinas contra la mujer, en esta impotencia sexual que no olvidemos opera dentro de contextos masculinos condicionados por fuertes machismos identificados con el ejercicio de la sexualidad (Menéndez 1990).

Correlativamente, determinados tipos de fenómenos han evidenciado que el varón es mucho más vulnerable que la mujer ante ciertas situaciones catastróficas, como la ocurrida después de la desintegración no sólo política sino social de la denominada Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), que tuvo un notable impacto en la salud de la población, y que se expresó sobre todo en la fenomenal reducción de la esperanza de vida especialmente en los varones en edad productiva ,que no tiene parangón dentro del conjunto de países desarrollados capitalistas y no capitalistas.

Este fenomenal incremento de la mortalidad, que redujo en muy poco tiempo la esperanza de vida de los varones rusos en más de diez años, ha sido atribuido a la mayor vulnerabilidad de los varones ante procesos no sólo ocupacionales y económicos, sino de procesos que implican centralmente el deterioro de relaciones sociales y de concepciones y expectativas ideológicas (Hertzman y Siddqi 2000; Leon et al 1997).

La reflexión sobre estos procesos de género y procesos de s/e/a implica reconocer y manejar los hechos epidemiológicos que realmente están operando, para que justamente no se impongan representaciones sociales e ideológicas como las señaladas, que tergiversan gravemente por lo menos una parte de nuestras realidades cotidianas.

Subrayo este aspecto porque el énfasis diferencial y unilateral en la salud femenina no sólo es propuesta por los estudios de género, sino porque por lo menos la prensa escrita expresa ampliamente dichas concepciones. En un estudio que realizamos sobre los diez principales periódicos mexicanos de circulación nacional para el año 2002, pero con sondeos para todos los años del lapso 2000/2007 surge que el 80% de las referencias periodísticas relacionan las enfermedades con el género femenino y sólo un 20% con el masculino (Menéndez y Di Pardo 2007). Esta distribución diferencial se observa en todas las grandes categorías diagnósticas salvo en adicciones ,que es la única donde los varones presentan más referencias que las mujeres. Pero además los datos indican que en la totalidad de las otras categorías referidas a morbilidad y mortalidad por enfermedades infectocontagiosas, crónico/degenerativas, discapacidades, las referencias a la mujer son mucho más numerosas y amplias .

Nuestra codificación permitió detectar otros procesos a través de los cuales también se observa la mayor vinculación femenina con los procesos de s/e/a, y así las referencias a negligencia y maltrato médico corresponden en un 83% a mujeres y sólo en un 17 % a varones; mientras que el 100 % de las referencias al desarrollo de una atención integral de servicios de salud que tomen en cuenta al género, sólo refieren a la mujer.

Más aún , cuando la prensa escrita habla de género se refiere exclusivamente al género femenino sin necesidad de nombrarlo, lo cual por supuesto no significa que los periódicos no se refieran también a las enfermedades de los varones. Sino que para la prensa escrita, como para muchos actores y sectores sociales, hablar de género significa hablar de mujer.

Si bien en la prensa escrita padecimientos como el suicidio consumado o alcoholismo aparecen identificados básicamente con el género masculino, sin embargo la mayoría de la información que los periódicos dan en términos de género propone que es la mujer quien más enferma y muere de padecimientos específicos y/o que atacan a ambos géneros.

Es obvio que la mujer se enferma y muere de padecimientos específicos como cáncer de mama o cáncer cérvicouterino; pero también aparece en la prensa como la que más muere y/o enferma de diabetes mellitus,

padecimientos reumáticos, osteoporosis, bulimia, anorexia, desnutrición, obesidad, colitis o determinadas discapacidades. Estas diferencias son presentadas en la prensa de manera tal que subrayan los problemas femeninos mucho más que los masculinos. Y así observamos que problemas de salud que afectan---aunque diferencialmente--- a ambos géneros como ocurre con problemas cardíacos, discapacidades o problemas de envejecimiento, los mismos son tratados como procesos básicamente femeninos. Más aún, mientras la prensa presenta treinta y una referencias a la menopausia, solo detectamos una sola referencia respecto de la andropausia.

Las estadísticas vitales de la SSA correspondientes al 2002 evidencian que el 83.99% de las muertes por VIH-sida corresponden a varones, y sólo el 16% a mujeres. Sin embargo la prensa constantemente señala que la mujer es la que está más en riesgo, y que asistimos a un proceso de 'feminización' del VIH-sida en México, que por lo menos hasta el 2007 no se reflejaba en las tasas de mortalidad, ya que como sabemos la mayor tasa de mortalidad se da en varones que tienen relaciones sexuales con otros varones.

Las noticias sobre los procesos de s/e/a refieren mucho más a la mujer que al varón en los diferentes sectores sociales y culturales, pese a que existe en la prensa escasa información comparativa en términos de estrato social o de grupos étnicos. Pero no obstante, cuando aparece y se manejan indicadores de género, estos suelen ser referidos a la mujer, lo cual puede ser sobre todo observado en el caso de los grupos étnicos. Prácticamente los únicos datos referidos al varón indígena tienen que ver con su alcoholismo y con su actitud referida a la mujer en términos de planificación familiar y de violencia.

Un dato relevante que surge de la prensa escrita refiere a la existencia de programas maternoinfantiles y de programas específicos respecto de la mujer, sin informar sobre la existencia de programas específicos referidos al varón. Inclusive las tres instituciones centrales del SS oficial, aún respecto de programas generales centran sus actividades en la mujer, por lo menos según los periódicos: 'El ISSSTE puso en marcha un innovador programa encaminado a reducir casos de cáncer entre la población derechohabiente, y de manera especial en la mujer con el objetivo de revertir la elevada tasa de padecimientos neoplásicos'. A su vez el IMSS 'Impulsará la equidad de género en atención de la salud. Según el Director General del IMSS, el nuevo programa preventivo de la institución (PREVENIMS) tiene una clara perspectiva de género, ya que en sus campañas preventivas se hace énfasis en temas que tienen que ver con los adolescentes'.

La mujer aparece como la principal destinataria de programas generales e inclusive de programas dirigidos a determinados sectores sociales. Los periódicos informan sobre la existencia

del Programa Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, pero señalan que está dirigido a medio millón de niños y mujeres indígenas para darles atención médica y ayuda alimentaria, no incluyendo ninguna referencia hacia los varones.

A mediados del 2001 CONAPO reconoció que la planificación familiar en México se centró exclusivamente en la mujer, y que ésta fue una política de Estado basada en que la mujer es más susceptible de regular su fecundidad por su experiencia de maternidad. Esta política seguirá siendo aplicada por CONAPO y por el Sector Salud, lo cual conducirá a investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública a reconocer que las políticas públicas sobre la mujer están orientadas exclusivamente hacia la planificación familiar.

Un dato que, no por obvio, debemos recuperar en términos de inequidad de género, es el que nos indica que mientras la SSA creó PROMSA (Programa Mujer y Salud) con perspectiva de género, no creó ningún programa sobre varón y salud, y menos aún un equivalente del programa materno/infantil. Pese a esta situación uno de los objetivos básicos del PROMSA es 'reducir la inequidad entre hombres y mujeres en el terreno de la salud' (SSA 2001:85).

Pero ¿cuál inequidad?

Más aún, según el diagnóstico "En busca de la equidad en salud", elaborado conjuntamente por el IMSS e INMUJERES existe una gran inequidad en los servicios de salud respecto de hombres y mujeres, concluyendo que dicha inequidad refiere básicamente a la situación femenina. Pero ocurre que en términos de género la mayoría de los indicadores de morbilidad, mortalidad, esperanza de vida, acceso, frecuencia y uso de servicios de salud son favorables a la mujer, según la propia información del Sector Salud.

Para concluir este apartado, me interesa señalar que es mínima la presencia de ONGs u otro tipo de organizaciones civiles que trabajen sobre los procesos de salud/enfermedad/atención exclusivamente masculinos. Más aún mientras observamos la existencia del Programa Nacional de la Mujer de la SSA, el Instituto Nacional de la Mujer (Inmujeres), el Hospital de la Mujer, no existe nada similar respecto del varón. No aparece consignado ningún Programa Nacional del Varón de la SSA ni de ninguna otra institución del SS; no aparece ningún Invarón, como tampoco aparece ningún Hospital del varón. Y por supuesto no aparecen dichas referencias porque no existen este tipo de instituciones referidas al varón en México.

Dado el conjunto de datos señalados considero necesario describir y analizar los procesos metodológicos, ideológicos y por supuesto epidemiológicos que están impulsando las representaciones sociales y técnicas dominantes respecto de los géneros y de las relaciones de género en términos de los procesos de s/e/a. Necesitamos describir y analizar los mecanismos que conducen a imponer no sólo en términos de medios de comunicación masiva sino sobre todo en términos de análisis técnicos y de políticas de salud ciertas concepciones que tergiversan la realidad. Así como sobre todo reflexionar sobre lo que significa en términos de inequidad y desigualdad de género, pero referidas a ambos géneros.

Necesitamos explicar no sólo la inequidad sino la exclusión del varón de actividades y políticas de salud que deberían tomarlo centralmente en consideración, dado que su cuerpo es el que expresa varios de los principales indicadores negativos de salud. ¿Cuáles son las razones de esta inequidad y exclusión, de la tergiversación y 'ocultamiento' que hemos reiteradamente señalado, así como qué funciones cumplen estos procesos y respecto de qué sectores sociales?.

ALGUNAS PROPUESTAS FINALES

En este trabajo he propuesto tres problemáticas que ameritan un análisis de las mismas, como parte de las inequidades e injusticias que operan en nuestras realidades latinoamericanas. A lo largo de este texto he formulado varios interrogantes para analizarlos y, de ser posible, resolverlos en forma colectiva, para que avalen las siguientes propuestas que considero deben hacerse respecto del documento sobre determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud:

a) deben desarrollarse estudios epidemiológicos para establecer con claridad cuáles son los determinantes sociales que conducen a que los grupos amerindios y afroamericanos de las Américas, y especialmente de Latinoamérica, presenten las peores condiciones de s/e/a. Así como la necesidad de encontrar soluciones técnicas y políticas a la situación de salud de estos grupos.

b) incluir la cuestión racial en la agenda de las condiciones de desigualdad, inequidad e injusticia social que afectan los procesos de s/e/a de la población migrante que radica en los EEUU y en varios países europeos, pero también de los efectos racistas dentro de nuestros propios países. Por lo cual es necesario establecer cuáles son los determinantes sociales que operan en los procesos de s/e/a en términos racistas, así como el establecimiento de políticas y de acciones que posibiliten su erradicación.

c) realizar estudios epidemiológicos para establecer la real situación de los géneros en términos de los procesos de s/e/a, a partir de un enfoque relacional que posibilite establecer cuáles son los determinantes sociales que los afectan en términos conjuntos e individuales, así como establecer y aplicar las medidas que aseguren las condiciones de equidad e igualdad social de los géneros.

Dichos estudios y acciones deben evitar la visión 'victimizadora', así como la tergiversación de los datos y de las interpretaciones de los procesos de s/e/a en términos de los diferentes géneros y no de un solo género.

Para concluir reitero que el estudio de los procesos de s/e/a en términos de desigualdad social, de equidad, de justicia social, implica analizar los procesos que los gestan e impulsan su desarrollo, así como la posibilidad de reducirlos,

controlarlos y/o eliminarlos. Pero también implica analizar las formas en que estudiamos y usamos la realidad, sobre todo cuando de la misma excluimos, secundarizamos o tergiversamos procesos como los analizados previamente.

Lo cual supone, por lo menos, que reflexionemos, no sólo en términos metodológicos sino ideológicos y éticos sobre el sentido y significado de esas exclusiones.

NOTAS

1. Recordemos que P. Farmer es profesor e investigador en la escuela de medicina de la universidad de Harvard (EEUU), y que su campo de trabajo es Haití donde realiza investigaciones e intervenciones sobre VIH-sida desde hace casi dos décadas.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

Farmer, P. (1992), *AIDS and Accusation. Haiti and the Geography of Blame*, Univ. California Press, Berkeley

---(1997), "Social Scientists and the new tuberculosis" en *Social Science & Medicine* 44 (3):347-58.

---(2003), *Pathologies of power, human rights and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley

Hertzman, C. y A. Siddqui, (2000), "Health and rapid economic change in the late twentieth century" en *Social Science & Medicine* 51 (6):809-819.

Instituto Nacional Indigenista (INI) / Programa para el desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD), (2000), *Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de México*, INI, México

Krug, E. et al (Edits.) 2003, *Informe mundial sobre violencia y salud*, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC

Leon, D.A. et al, (1997), "Huge variations in Russian mortality rates 1984-1994: artefact, alcohol or what?", *The Lancet* 350:383-388.

Mendoza, Z. (1994), *De lo biomédico a lo popular. El proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala, Oaxaca*, tesis de Maestría, ENAH

Menéndez, E.L. (1990), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Alianza Editorial Mexicana, México

---(2001), "Biologización y racismo en la vida cotidiana", en *Alteridades* N° 21:5-39.

---(2002), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Edicions bellaterra, Barcelona.

Menéndez, E.L. y R. BDi Pardo (2007), *Miedos, riesgos e inseguridades*, en prensa CIESAS

Miranda, J. y A. Yamin, (2004), "Reproductive health without rights in Perú" *The Lancet* 363:68-69.

Organización Panamericana de la Salud (2004), *La salud en las Américas*, OPS, Washington DC

Ortega, J. (1999), *Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*, Tesis de Doctorado, El Colegio de Michoacán, Zamora

Revista Salud Pública (2004), "Estadísticas de mortalidad en México : muertes registradas en el año 2002", *Rev. Salud Pública* vol. 46 (2):169-84.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (2001), *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, SSA, México

Stern, A (2006), "Esterilización en nombre de la salud pública: raza, inmigración y control reproductivo en California en el Siglo XX", *Salud Colectiva* 2 (2):173-89.



María Isabel Rodríguez
ALAMES, octubre de 2008



**PROBLEMAS ÉTICOS:
DESIGUALDAD, INEQUIDAD E
INJUSTICIA**

Inequidades en Salud

- Son todas aquellas desigualdades que se consideran evitables, innecesarias e injustas
- La noción de “justicia” supone una dimensión moral y ética

Alma Ata

- Conferencia Internacional sobre APS. Alma Ata, Septiembre 1978
- Convocantes: OMS y UNICEF
- 134 gobiernos y 67 representantes de org. ONU

Objetivos del Milenio

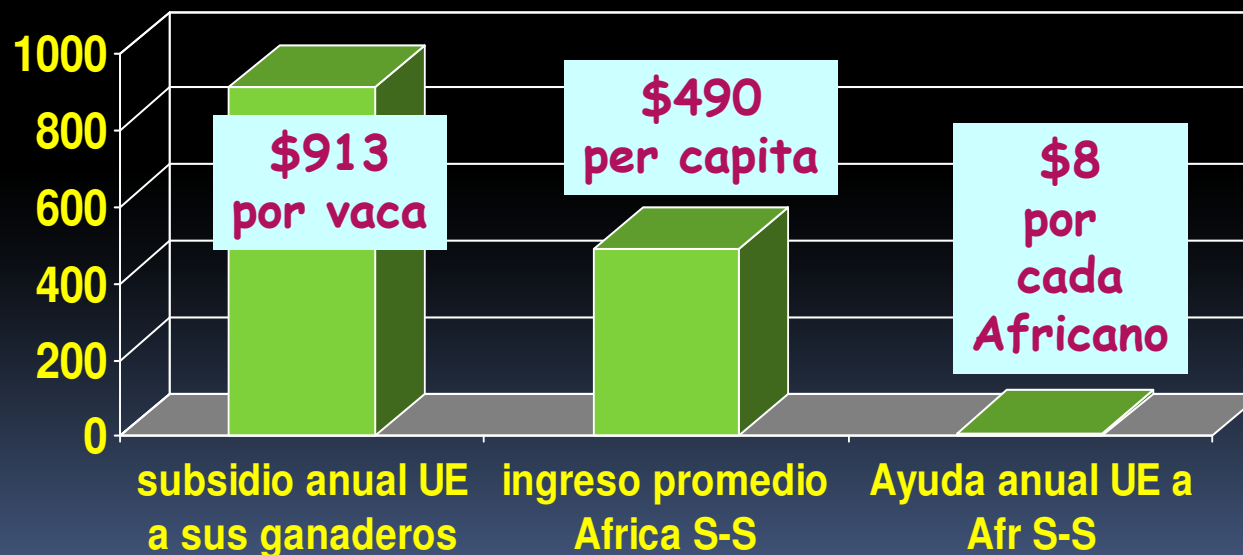
- Cumbre de Desarrollo del Milenio. Nueva York Septiembre 2000
- Convocantes: Naciones Unidas
- 189 países con 147 jefes de Estado

ODMs vs Alma Ata (I)

	Alma Ata	ODMs
Objetivos	Mejoría integral de la salud	Avance en indicadores
Metas	Salud para Todos	Salud para la mitad
Valores	Salud como un derecho humano fundamental	Libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia, respett por la naturaleza, responsabilidades compartidas, democracia y cumplimiento de la ley
Estrategia	APS integral	“Exitos rápidos”

ODMs vs Alma Ata (II)

	Alma Ata	ODMs
Objetivo General	Equidad y Justicia Económica	Hacer de la globalización una fuerza positiva
Contexto Económico	Desarrollo basado en un NOEI	Desarrollo del “libre” comercio

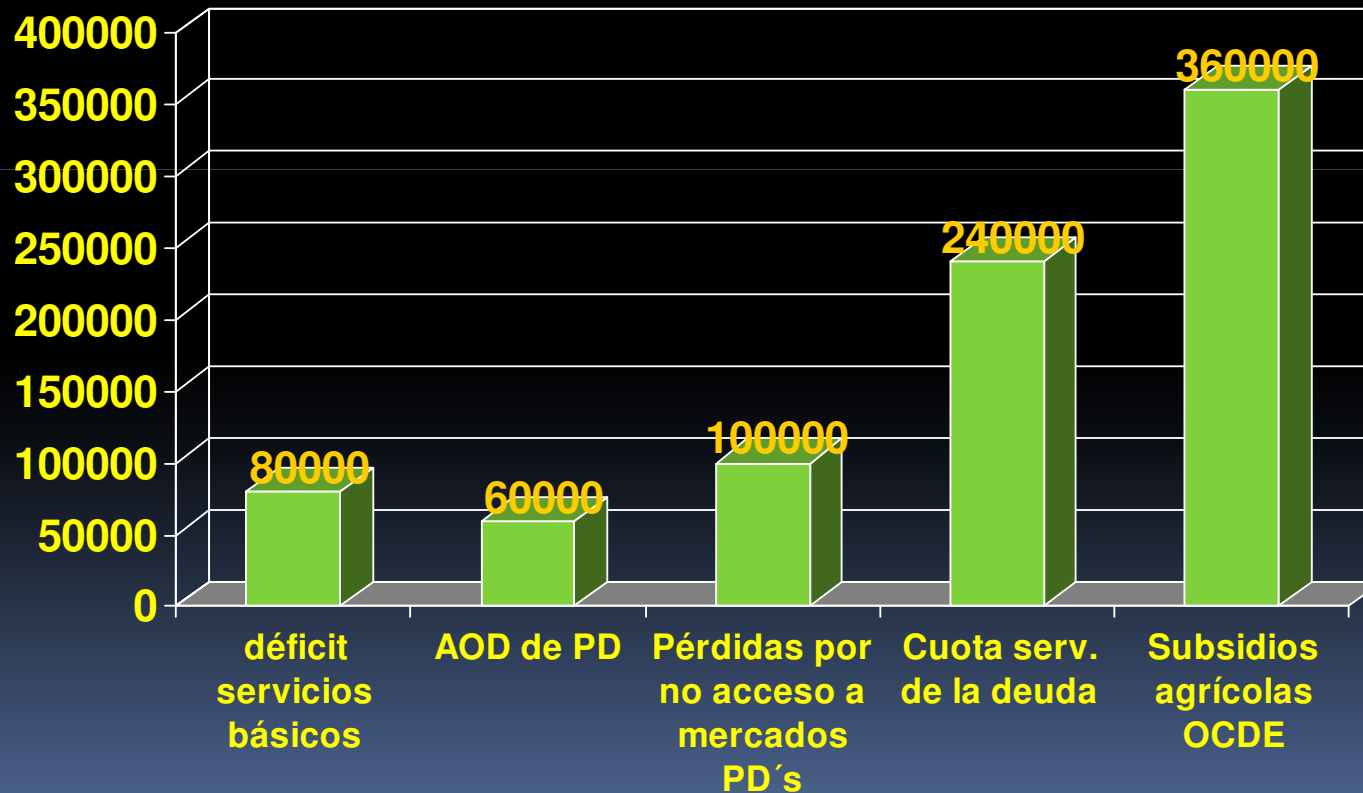
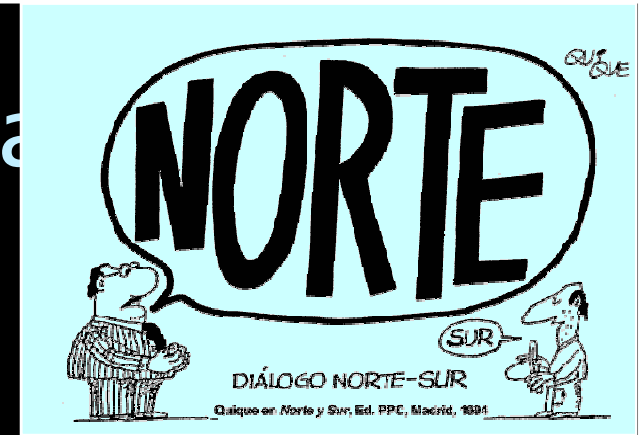


ODMs vs Alma Ata (III)

	Alma Ata	ODMs
Paz	Política de independencia, paz y desarme	Asociación global con el sector privado y la sociedad civil
Contexto Internacional	Redireccionar el gasto en armamento y los conflictos militares	Seguridad Colectiva (amenaza de conflictos, terrorismo, armas de destrucción masiva, crimen organizado y violencia civil)

¿Cuál Asociación Mundial

- El 8º ODM: no está nada claro:
 - Es el único para los PD's (los otros 7 son para los PSD's)
 - Porque no tiene metas claras?
- ¿Sociedad entre saqueadores y saqueados?
- No hay desarrollo posible ni ODM's sostenibles sin revertir esto:



La Actual Crisis Económica

- Privatización de las ganancias
- Socialización de las pérdidas
- Intervención estatal mas agresiva y enorme en la historia de la humanidad de parte de un estado y gobierno que ha predicado e impuesto a los países subdesarrollados que el estado no es necesario y que todo debe dejarse a las leyes del mercado

CSDH: Esperanza? Suficiente?



- Michael Marmot
- Frances Baum
- Monique Bégin
- Giovanni Berlinguer
- Mirai Chatterjee
- William Foege
- Yan Guo
- Kiyoshi Kurokawa
- Ricardo Lagos
- Stephen Lewis

- Alireza Marandi
- Pascoal Mocumbi
- Ndioro Ndiaye
- Charity Ngilu
- Hoda Rashad
- Amartya Sen
- David Satcher
- Anna Tibaijuka
- Denny Vågerö
- Gail Wilensky

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud



- Subsanan las desigualdades en una generación
- Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre las determinantes sociales de la salud
- Reducir las desigualdades sanitarias es un imperativo ético
- La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas



Recomendaciones de la CSDH Informe final


- 1. Mejorar las condiciones de vida;
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos;
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Los antecedentes Latinoamericanos al trabajo de la CSDH

- América Latina ha venido desarrollando un intenso debate en el cual se han abordado buena parte de la problemática cubierta por el trabajo de la CSDH
- Una buena parte de las contribuciones de la Comisión han sido analizadas en las últimas 4 décadas a partir de los años 70's por los grupos que han contribuido al desarrollo de la medicina social en América Latina (ALAMES entre otros)
- Lo valioso del trabajo de la CSDH radica en la recolección y sistematización de este trabajo a nivel mundial, así como la generación de nuevas investigaciones que han enriquecido el tema

- 
- 
- El trabajo es valioso pero aún insuficiente:
 - De nuevo el trabajo y las recomendaciones están confinadas a grupos académicos o funcionarios de élite
 - No hay aún un compartir de estos conocimientos con los grupos de base cuya movilización es imprescindible para hacer que las recomendaciones se cumplan y se reflejen en la organización de la sociedad

- 
- El camino al desarrollo no está trazado con claridad
 - La relación con educación no es considerada en su dimensión mas amplia, en particular en lo que se refiere a educación superior y al desarrollo de capacidades en el ámbito científico tecnológico
- 

- 
- La Movilización iniciada con el Movimiento por la Salud de los Pueblos es un elemento a considerar como instrumento para llevar a la práctica estas recomendaciones.
 - La agresión a la salud de los pueblos es global y requiere una respuesta global organizada
 - Las poblaciones deben ser los artífices de su futuro y nuestro papel debe ser facilitar ese trabajo y su realización

Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones¹

Mario Hernández²

Introducción

El documento de convocatoria al Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud presenta un punto de partida preciso y, a mi manera de ver, correcto: la desigualdad es diferente a la inequidad. La desigualdad se puede constatar como una categoría descriptiva de cualquier sociedad o de la comparación entre grupos humanos. La inequidad es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde algún valor o sistema de valores. El valor central para definir una desigualdad como inequidad es la justicia, de manera que la inequidad es una desigualdad considerada injusta. Hay injusticia cuando se identifica una inequidad y hay más justicia cuando se supera tal inequidad.

El llamado de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe final le apunta a superar inequidades y no sólo “desigualdades”. Existe cierta confusión, atribuible, a mi juicio, a un asunto de traducción. En inglés, el título es “*Closing the Gap...*”, que podría entenderse como “Cerrando la brecha...”; pero en español se tradujo como “Subsanar las desigualdades...” Sin embargo, se trata de un llamado ético-político que implica una manera de entender lo justo en salud, para identificar las inequidades, es decir, las desigualdades injustas. Al mismo tiempo, la propuesta incluye una manera de entender la causalidad de tales inequidades, y no es otra que la perspectiva de los “determinantes sociales”. La propuesta de la CDSS, como lo expresa el subtítulo, es a “alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”.

Lo anterior implica entender el alcance epistemológico, ético y político de esta propuesta y asumir una posición clara frente a ella. La Medicina Social latinoamericana (MSL) y la Salud Colectiva (SC) liderada por Brasil se han desarrollado como alternativas epistemológicas, éticas y políticas a la corriente hegemónica en salud desde la década del 60. Quienes hemos intentado construir pensamiento y acción en estas corrientes alternativas nos vemos más obligados a profundizar en el debate y a hacer explícita nuestra posición. Y no es otro el propósito de este taller.

Para aportar en tal sentido, en esta ponencia pretendo ubicar las relaciones entre ética, epistemología y política de las tres alternativas que vemos en el debate: la hegemónica, la propuesta por la CDSS y la desarrollada por la MSL y la SC. No pretendo emular el esfuerzo de diferenciación detallada de corrientes de pensamiento en salud del pionero Juan César García

¹ Ponencia presentada a la mesa “Problemas éticos: desigualdad, inequidad e injusticia”, en el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, organizado por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), 29 de septiembre a 2 octubre de 2008, México DF, México.

² Médico, Especialista en Bioética, Magíster y Doctor en Historia, Profesor Asociado del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina y del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, Director del Centro de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

(1994 [1983]), tan esclarecedor en su momento. Se trata de una mirada personal que someteré al debate, como una contribución a la necesaria construcción colectiva de pensamiento y acción por sociedades no sólo más sanas sino más justas.

Las diferentes justicias y sus implicaciones

El debate actual sobre lo justo se ha hecho complejo, si se tiene en cuenta la cantidad de autores y corrientes de pensamiento involucradas. Existen, además, posiciones mezcladas o implícitas que hacen difícil una caracterización de una concepción de justicia. Pero es posible ver diferencias cuando se examinan con cuidado las tres posiciones en discusión: la hegemónica en salud, la propuesta de la CDSS y los desarrollos de la MSL y la SC. La comprensión de las diferencias y sus implicaciones políticas permitirán construir con alguna precisión estrategias de movilización y transformación de las injusticias sociales que se expresan en salud.

La corriente hegemónica: una posición liberal de la justicia

Según la posición neoliberal extrema, desarrollada con toda claridad por Robert Nozick en la década del 70, con base en la relectura de Locke, hay justicia cuando se producen transacciones justas entre hombres libres e iguales; esto es, cuando las titularidades o los derechos de propiedad se transan en contratos. Si se acepta un contrato social, el poder estatal sólo se justificaría para castigar los delitos y hacer respetar los contratos individuales. Cualquier redistribución derivada de la coerción o de la acción del Estado no sólo sería injusta sino, sobre todo, inmoral, porque afectaría los derechos “naturales”, que no son más que la integridad física, la propiedad y la libertad. La igualdad se refiere sólo a la condición natural de hombres libres. Nada más. Si hubiera alguna redistribución en favor de los que no tienen propiedad (los pobres) sólo sería como un acto voluntario de caridad o de beneficencia, a partir de un sentimiento de compasión de los propietarios, pero no en función de la justicia (Nozick, 1974: 149-231).

En la práctica, ningún Estado ha asumido plenamente la propuesta neoliberal. La historia pesó, pero también la constatación de que el capitalismo requiere un Estado fuerte y no un Estado mínimo. Donde más arraigo social hubo del Estado de Bienestar, más dificultades se presentaron para avanzar en el proyecto neoliberal, en especial en Europa (Porter, 1999: 231-277). No obstante, en el marco de la globalización, de la flexibilización laboral, el predominio del sector servicios y la financiarización de las economías, los gobiernos han disminuido, sin duda, la provisión estatal de bienes y servicios, para ampliar la participación de los agentes de mercado y focalizar los recursos públicos en la demanda de los pobres o vulnerables. También los Estados han conservado algún margen de regulación de los mercados, con la pretensión de disminuir sus impactos negativos. Pero, sin duda alguna, la versión liberal de la justicia ha acompañado la corriente de reformas de las políticas sociales y de los sistemas de protección en los últimos 30 años en casi todos los países (Navarro, 2002; Hernández, 2003; Almeida, 2005).

El punto central de la posición liberal de justicia está en la articulación estructural entre derechos sociales, económicos y culturales, y la capacidad de pago de los individuos. Recordemos que el foco de las críticas iniciales a la provisión de servicios universales fue el uso de estos servicios por personas que podían pagar, denominado en su momento “subsídios cruzados”. De allí que se haya planteado la relación directa entre la propiedad y la titularidad del derecho para focalizar los recursos públicos. Quien tiene, paga y obtiene. Quien no tiene, debe demostrarlo para merecer

una atención subsidiada y focalizada por parte del Estado. La ausencia de propiedad justifica la intervención y la focalización en los pobres se considera más equitativa que la provisión universal. De allí que el mecanismo de financiamiento predominante sea el de cotización individual, con un sistema paralelo de subsidio a la demanda para pobres financiado por impuestos (Hernández, 2003). De esta forma, se han venido desarrollando modelos duales en todos los sectores sociales, en especial, en América Latina (vivienda, educación, pensiones, salud, saneamiento, etc.) (Rollinat, 2006).

La perspectiva liberal de la justicia dialoga bien con los desarrollos teóricos y metodológicos de la denominada “Economía de la salud” que, en realidad, es la aplicación sistemática a los servicios sociales de la corriente de pensamiento neoclásica y neoinstitucional en Economía, también llamada del “individualismo metodológico”, porque asume la sociedad como un conjunto de individuos, agentes racionales económicos, que se encuentran en transacciones egoístas, en busca de la mayor utilidad. Con base en estas teorías, se supone que la atención de la enfermedad y la educación son bienes privados, porque satisfacen un deseo individual, se agotan en el consumo y la gente está dispuesta a pagar por ellos. Mientras algunos servicios, como las acciones colectivas preventivas son bienes públicos, porque tienen altas externalidades, no se agotan en el consumo y la gente no está dispuesta a pagar por ellos. Esta división permitiría separar funciones entre el mercado y el Estado. El aseguramiento individual permitiría disminuir progresivamente el gasto público directo, pero con mercados regulados de aseguramiento, que no es otra cosa que la aplicación de la competencia administrada o *managed competition* propuesta por Alain Enthoven (1978). El eje de la regulación consiste en unificar el plan de beneficios y el valor de la póliza. De esta forma, los aseguradores estarían interesados “naturalmente” en la eficiencia, la calidad y la prevención. Y con el mecanismo del subsidio a la demanda focalizado, se incorporaría a los pobres al mercado según los recursos disponibles del Estado (Hernández, 2003: 352-355).

En esta lógica, funciona bien la medición sistemática de servicios y acciones costo-efectivas, con el viejo recurso del utilitarismo del siglo XIX y comienzos del XX. Si se trata de distribuir recursos entre individuos, es necesario medir el grado de felicidad alcanzado por el mayor número de individuos con los mismos o menos recursos. Tal es el propósito de medir los Años de Vida Ajustados a la Discapacidad (AVAD), o la famosa “carga de la enfermedad”, en la cual los epidemiólogos se encuentran con los economistas, en un acuerdo ontológico y epistemológico que consiste en entender la sociedad como un conjunto de individuos, caracterizados por variables internas o externas, y relacionados por la abstracción de frecuencias y correlaciones probabilísticas, sin más jerarquía que la proximidad de frecuencias en un plano cartesiano (Banco Mundial, 1993: 28-29).

Desde el punto de vista político, el modelo más elaborado de aplicación de estas confluencias ético-epistemológicas, probablemente en el mundo, es la reforma a la seguridad social en Colombia (Homedes & Ugalde, 2005: 211). En salud, el sistema consiste en un mercado de aseguramiento individual con competencia regulada (Régimen Contributivo), junto con un seguro subsidiado para pobres con demostración de medios (Régimen Subsidiado). En pensiones, un sistema dual de ahorro individual para trabajadores de altos ingresos y prima media para los de bajos ingresos. En el terreno de la asistencia social para pobres, existe el programa de transferencias en efectivo condicionadas (TEC), denominado “Familias en Acción”, aplicado con diferentes nombres en casi todos los países latinoamericanos. En el último año, este programa avanza hacia un gran aparato de subsidios condicionados para familias extremadamente pobres, denominado “Juntos”, el cual articula los subsidios de los diferentes sectores a cambio del

cumplimiento de 52 “condiciones” o compromisos de las familias. Se supone que estas condiciones permitirán orientar el comportamiento de la familia hacia la inversión en su capital humano, en especial, salud y educación, pues los pobres no son capaces de hacerlo por sí solos (Cohen & Franco, 2006).

Tanto la perspectiva del aseguramiento individual, como la focalización y los programas de TEC hacen parte del modelo de Manejo Social del Riesgo (MSR), desarrollado por los economistas Holzmann y Jørgensen (2000) para el Banco Mundial. Según este modelo, los individuos tratamos de sobrevivir en la incertidumbre de la vida, como un trapecista de circo. Dependiendo de nuestras dotaciones naturales y del desarrollo de nuestras capacidades, logramos más o menos ingresos y acumulamos riqueza. Sin embargo, existen contingencias, como la enfermedad, el desempleo o los desastres, que nos pueden hacer caer del trapecio. En tal situación, los pobres tienen las peores condiciones para afrontar el riesgo del ingreso derivado de las contingencias y requieren una malla salvadora temporal. Así, existen diferentes ámbitos para manejar socialmente el riesgo: las familias, las asociaciones voluntarias, el mercado, la ayuda filantrópica, los seguros individuales y, en último término, el Estado, por medio de la nueva Protección Social. Y ésta última consiste en “*intervenciones públicas (i) para asistir a los individuos, hogares y comunidades a manejar el riesgo en mejor forma y (ii) para prestar apoyo a los pobres en situación crítica*” (Holzmann y Jørgensen, 2000: 11).

Si los subsidios se imputan al ingreso de las familias pobres, no es extraño que este modelo disminuya, en el corto plazo, la proporción de familias por debajo de la línea de pobreza o de indigencia (Flórez et al., 2007: 67-70). Esto resulta políticamente rentable, sin tener que modificar las condiciones que generan la pobreza, pero con la esperanza de que la siguiente generación tenga más educación y salud, y, por lo tanto, más capacidades para sostenerse en el trapecio. Si bien la mayoría de estudios de evaluación de los programas de TEC han sido favorables en el corto plazo, también han comenzado a aparecer estudios que muestran su proclividad a la corrupción y a las prácticas clientelistas, efectos perversos en el comportamiento de las familias, estigmatización y reproducción del ciclo de pobreza, al desestimular la búsqueda de trabajo por parte de las familias pobres (Hernández et al., 2008).

Con todo lo anterior, no puede decirse que haya una ausencia de un valor de justicia en la propuesta liberal. Por el contrario, se trata de una visión de la justicia de tipo individualista, ligada a la propiedad y a la distribución individual y focalizada de recursos públicos o de filantropía privada. Esta es la perspectiva hegemónica que guía las políticas sociales y de protección social en muchos países, aunque con matices y combinaciones, y ha ganado legitimidad entre grandes masas de población urbana y rural de los países latinoamericanos. Superar su visión y su impacto implica un enorme reto; minimizar su importancia constituye una ingenuidad.

La propuesta de la CDSS: una posición liberal redistributiva de la justicia

La perspectiva de los “determinantes sociales de la salud” surge de una constatación ético-política: en un país que avanzó seriamente en el proyecto de la ciudadanía social, por medio de un modelo de Estado de Bienestar, como el Reino Unido, los epidemiólogos interesados en la perspectiva poblacional encuentran desigualdades en salud. Los dos estudios más impactantes fueron el famoso *Black Report*, editado por Black y Moris en 1980, que mostraba un gradiente notable de mortalidad entre los grupos socio-ocupacionales de la sociedad inglesa, y el *Whitehall study*, de Marmot y colaboradores, publicado en 1978, sobre las diferencias en mortalidad cardiovascular entre empleados públicos según la jerarquía burocrática (Anan & Peter, 2004: 1-2). Estos autores

no hacían más que ratificar algo que se había discutido en Europa desde mucho tiempo atrás, en especial desde el siglo XIX, tanto en la Epidemiología como en las ciencias sociales: el origen social de la salud y la enfermedad humanas. Usando la posición socio-ocupacional, estos autores abrieron paso a muchos estudios posteriores que mostraban las desigualdades en los resultados en salud relacionadas con la posición social de las personas (Marmot, 2004).

Recuérdese que la perspectiva liberal redistributiva, de corte socialdemócrata, resultó del complejo proceso histórico de configuración de la ciudadanía social en el período entre guerras (De Swaan, 1992), ratificada por la ampliación de la carta de los derechos humanos, como núcleo del pacto de constitución de las Naciones Unidas en 1948. Esta fue la base del desarrollo de los Estados de Bienestar en Europa en los años 50 y de los Estados interventores-planificadores en América Latina en los 60. Pero el pacto no fue inmediato. Sólo en 1966 se firmó el Acta internacional y los países latinoamericanos apenas firmaron en la década del 70. Sin embargo, como afirma Muguerza, los derechos humanos “eran exigencias morales antes de ser reconocidos como tales derechos” (Muguerza, 1989: 29).

La perspectiva redistributiva de la justicia se basa en una combinación especial entre el principio de libertad y el de igualdad, que considera la complementariedad entre la “libertad de” ser, entendida como el derecho negativo liberal que el Estado debe proteger, con la “libertad para” hacer, entendida como las condiciones y medios para ejercer la libertad y que constituyen los derechos positivos económicos, sociales y culturales (Gracia, 1991). La fundamentación moral de los derechos humanos ha dado lugar a muchos debates entre los eticistas, pero existe un reconocimiento básico de su relación con el concepto kantiano de persona o “sujeto moral”, de todo ser humano, como una categoría *a priori* universal, que fundamenta la autonomía y la autodeterminación, es decir, la libertad humana. Pero esa condición de “sujeto moral” es la mejor expresión de la igualdad y sustenta la idea de “dignidad”. Así, la ampliación de la ciudadanía a través de los derechos implica el reconocimiento de la vinculación estructural entre los valores de “libertad, igualdad y dignidad” (Muguerza, 1989).

Con base en esta visión de lo justo, la condición de ciudadano generó una obligación correlativa de los Estados de proveer, con pretensión universal, condiciones de vida dignas, expresadas en trabajo, educación, saneamiento, asistencia médica, vivienda, etc. Es claro que no todos los países desarrollaron las mismas formas de garantizar la universalidad (Esping-Andersen, 1990) e, incluso, muchos no la alcanzaron, como se ha constatado desde muchas perspectivas (Mesa-Lago, 1978; Fleury, 1994; Hernández, 2004).

La oleada neoliberal produjo un gran impacto sobre las estructuras de los Estados de bienestar y sobre varios servicios de provisión estatal, como se ha mencionado. En este proceso, se produjo un desplazamiento de los organismos de Naciones Unidas por la banca multilateral, en especial, después de la presentación de la agenda para la reforma del financiamiento de los sistemas de salud, propuesta por el Banco Mundial en 1987 (BM, 1987; Hernández et al., 2002). También vimos el intento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de adoptar el modelo neoclásico de la salud en su Informe de la Salud en Mundo 2000 (OMS, 2000), que tantas críticas recibió, tanto por los gobiernos, comenzando por Brasil, como por académicos (Navarro, 2000; Almeida et al., 2001). Y después vimos la decisión de conformar la CDSS, poco después de la Asamblea Mundial de la Salud de 2004, una vez se incorpora el debate sobre la equidad en salud que venía promoviendo la epidemiología social anglosajona en el interior de la Organización, apoyada por el director del momento Lee Jong-wook (OMS, 2004).

Es en este contexto que se produjo la decisión de conformar una comisión de alto nivel, político y académico, que presentara a la Organización una propuesta para superar las inequidades en salud, como el principal problema de salud pública del comienzo del siglo XXI. De allí el sentido propositivo del informe, orientado a convocar un movimiento global, liderado por los Estados miembros de Naciones Unidas, para cerrar las brechas en una generación. Y no es extraño, entonces, que fuera escogido Michael Marmot como presidente de la Comisión.

Desde el punto de vista epistemológico, es claro que existe en el informe una propuesta de relaciones jerárquicas entre unos “determinantes estructurales”, ligados al concepto de “posición social” de las personas, de los cuales se derivan unos “determinantes intermedios” que generan exposiciones y vulnerabilidades diferenciales, daños y respuestas diferenciales, y resultados en salud desiguales en la población. La modelo se apoyó en los desarrollos previos de grupos e investigadores líderes del análisis de la equidad en salud, en especial, Diderichsen, Whitehead y Evans, como se aprecia en su artículo conceptual sobre las jerarquías, vías y mecanismos de producción de las inequidades (Diderichsen, Evans, Whitehead, 2002). Pero, al mismo tiempo, esta posición, como bien lo expresaba Whitehead de tiempo atrás, implica el esfuerzo de separar con todo rigor, las desigualdades que son de origen biológico o “natural” y las que son producto de “opciones individuales” –y por tanto, derivadas de la libre autodeterminación- de aquellas que se derivan de la “posición social”, pues, sólo estas últimas serían injustas (Whitehead, 1992). Esta diferenciación tiene tres consecuencias: primero, hace pensar que la biología nada tiene que ver con lo social y, por lo tanto, su causalidad y distribución obedece a reglas naturales y neutras; segundo, que la voluntad de los individuos, aunque sea social, es justa en sí misma; y tercero, que la organización social es externa a los individuos.

En el desarrollo del encargo, la CDSS conformó nueve redes de conocimiento constituidas de diferente forma y con metodologías diferentes, para tratar de abordar con mayor profundidad los determinantes estructurales e intermedios. De allí que los enfoques, los énfasis teóricos y metodológicos, y las recomendaciones de las redes son desiguales, y no todas sus conclusiones fueron adoptadas por la Comisión. También pesó el tema de la viabilidad política y económica de las recomendaciones, de manera que se percibe en todo el informe un lenguaje diplomático. No obstante, no cabe duda de que se trata de un llamado político, con un claro énfasis en el papel de los gobiernos, con un enfoque universalista, apoyado en los derechos humanos de ciudadanía y, por lo tanto, atado al fundamento ético presentado anteriormente. Sobre la base de una idea de igualdad, ligada a la condición de libertad y la dignidad humanas, se declaran intolerables las desigualdades producidas socialmente.

Este llamado dialoga bien con los cuestionamientos recientes a las políticas sociales liberales desarrolladas en los últimos años y, en particular, con el asunto de la focalización individual y el subsidio a la demanda (Mkandawire, 2005; Ocampo, 2008). En el mismo sentido, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) avanza en su propuesta de un nuevo pacto de “cohesión social”, que se apoye en un cierto universalismo (CEPAL, 2007), y varios economistas latinoamericanos comienzan a plantear el tema del “universalismo básico”, como una alternativa a la focalización liberal (Filgueira et al., 2006; Ocampo, 2008). En todas ellas existe una recuperación de la posición liberal redistributiva, aunque nunca se mencione a Kant para sustentarla. Más bien predomina la perspectiva de Sen, sustentada en las capacidades y las posibilidades de realización de la vida que las personas valoren como buena; en particular, Sen afirma que “la salud está entre las más importantes condiciones de la vida humana y es uno de los constituyentes críticos de las capacidades humanas que tenemos razón de valorar” (Sen, 2004: 23). No en vano Marmot

reconoce haber leído tarde a Sen y descubrir su fluida identificación con su discurso, al punto de gratificarse por la manera elegante de decir lo mismo que sus evidencias le habían mostrado durante tantos años (Marmot, 2004: 38).

Desde esta posición, el énfasis de la ruta transformadora está puesto en las políticas públicas redistributivas, desde la organización estatal existente y con mecanismos de participación, en el sentido de la “gobernanza”, con ejercicios de “empoderamiento” de los afectados por las inequidades y el logro concertado de un compromiso de responsabilidad social de las organizaciones privadas, tal como aparece en la convocatoria de la CDSS.

El acumulado de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva: una posición igualitarista social

La MSL y la SC en Brasil surgieron en los años 70 como propuestas epistemológicas y políticas en debate con el pensamiento y la práctica hegemónicas en salud (Almeida-Filho & Silvapaim, 1999). Si la medicina y la epidemiología habían desarrollado la idea de la salud y la enfermedad como un equilibrio biológico o energético-material, de expresión individual y con causas internas o externas identificables como “factores”, la MSL y la SC presentaron la idea de “proceso” salud-enfermedad, de naturaleza social y por tanto histórico, con expresión específica en el “nexo biopsíquico humano” e inmerso o “subsumido” en los procesos de producción y reproducción social (Laurell, 1987; Breilh, 1986, 1987). El punto central del debate epistemológico era y sigue siendo la diferencia entre la causalidad probabilística y factorial de la epidemiología multicausal y la “determinación” propia de lo humano, sostenida por la MSL y la SC. El análisis de los procesos y relaciones de producción específicos en el modo de producción capitalista permitió reformular la relación salud y trabajo (Laurell, 1987, 1994), mientras el análisis de los procesos de reproducción social en poblaciones específicas permitió verificar la expresión desigual del proceso salud-enfermedad en poblaciones específicas (Bronfman & Tuirán, 1983).

La determinación se entiende como “modo de devenir”, no como única vía de causalidad. Existen muchas formas y jerarquías de determinación de los procesos humanos, que exigen un esfuerzo de superación de las dicotomías. Para ello se acude a una comprensión dialéctica de lo humano. Como afirma Breilh, “desde la dialéctica [...] se asumen las contradicciones que ocurren dentro y entre las sociedades como la fuerza de la historia humana, de tal manera que esa forma de heterogeneidad, en sí misma, se convierte en el objeto de estudio [...] Entonces, desde un enfoque dialéctico no existe primacía ontológica ni del individuo ni de la sociedad” (Breilh, 2003: 130-1). De allí que se haga énfasis en la identificación de los movimientos de generación y reproducción, de deterioro y protección, de desgaste y recuperación, “modo de vida”, en complejidades que van de la dinámica general, particular y singular del proceso salud-enfermedad humano. Desde esta perspectiva, el ambiente no es una realidad natural externa al sujeto, sino una construcción humana en permanentes relaciones en transformación. Más que “ex-posición” a riesgos externos, los sujetos sufren procesos de “im-posición” de condiciones de vida (Breilh, 2003).

Desde esta perspectiva se entiende la inequidad como las desigualdades producidas por las relaciones de poder, de dominación y resistencia, con múltiples expresiones y con tres ejes estructurales que se articulan de manera compleja en el modo de producción capitalista y configuran lo que Breilh ha denominado “la triple inequidad”, de clase, de género y de etnia, en las sociedades contemporáneas: “Las sociedades inequitativas son aquellas donde existe un proceso de distribución desigual del poder. No sólo del poder que controla la propiedad y el uso de las riquezas materiales, sino del poder que se requiere para definir y expandir la identidad, los

proyectos y las aspiraciones de utopías” (Breilh, 2003: 215). Estas relaciones de poder enajenan al sujeto del producto de su trabajo, pero también de sus posibilidades de realización vital.

De allí resultan dos exigencias para el análisis de las inequidades en salud: primero, la identificación de los procesos de producción y reproducción de inequidades en las relaciones concretas de producción, reproducción social y de ejercicio de poder de las sociedades, en los ámbitos local, regional y global; y segundo, la necesidad de la participación de los sujetos en la transformación del ejercicio del poder, esto es, procesos de emancipación.

Desde el punto de vista ético, la MSL y la SC se apoya en una posición igualitarista social según la cual las desigualdades son injustas porque son producidas por una apropiación indebida por parte de una clase, un género o una etnia, de los medios de realización de la vida de las personas. Sólo si se afectan las condiciones en las cuales se produce una distribución desigual del poder en la sociedad, en función de la propiedad de los medios, o de los privilegios acumulados de género o de raza, se podrá construir una sociedad justa, en función de las desiguales capacidades y necesidades humanas.

No se trata de una igualdad a secas. Desde esta posición, una sociedad justa se regiría por la máxima de Louis Blanc, adoptada por Marx en su “crítica al programa de Gotha”: “a cada uno debe exigírsele según su capacidad, y debe dársele según sus necesidades” (Gracia, 1991: 70). Pero la definición de capacidades y necesidades se entiende como un producto social, inmerso en las contradicciones sociales y con expresiones culturales diversas y concretas. Más que pensar en el “sujeto moral” kantiano, esta posición propone el concepto de “sujeto histórico”, constituido como tal por las relaciones sociales y sujetado a la sociedad a la que pertenece, siempre en capacidad de transformar su realidad (Quevedo & Hernández, 1994). De allí resulta un “sujeto político” transformador de su realidad, con capacidades y prácticas emancipadoras orientadas a superar las múltiples enajenaciones que resultan de las relaciones de poder existentes. Así, no se esperaría una transformación del estado de cosas prioritariamente desde el poder estatal, sino desde la “intersubjetividad emancipadora entre las clases, los géneros y las etnias dominados” (Breilh, 2003: 60).

Aunque las realizaciones de esta opción sean minoritarias en el mundo globalizado del siglo XXI, su presencia en las utopías que guían proyectos de transformación social ocupa un lugar central en el debate.

¿Cómo asumir la convocatoria de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud desde la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva?

La MSL y la SC han sostenido su perspectiva crítica frente a las expresiones políticas en salud y protección social de la posición liberal hegemónica. La SC ha ocupado un lugar central en la materialización del derecho a la salud en Brasil, tanto desde la investigación, la producción de pensamiento y la formación en salud, como desde el desarrollo legal e institucional del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño. En varias ciudades y países en América Latina, miembros de la corriente de la MSL y la SC hemos participado en la formulación y construcción de alternativas para la garantía del derecho a la salud, bien desde el movimiento social, desde la academia o desde ejercicios de gobierno. Aunque el balance aún está por hacerse, el acumulado de experiencia debe servirnos para asumir una posición política y estratégica clara frente a la

convocatoria de la CDSS de un movimiento global para superar las inequidades en salud en una generación.

La presentación de posiciones éticas y políticas permite identificar algunas limitaciones de la propuesta de la Comisión. Si bien convoca a un movimiento global y amplio de transformación social, las propuestas y recomendaciones tienden a centrarse en el papel del Estado y en una responsabilidad social del capital que bien podría traducirse en la tradicional filantropía. La participación social se enuncia como “emancipación política”, pero en el contenido de la propuesta más parece la apertura de escenarios de expresión y mecanismos de representación y gobernanza; pero corre el riesgo de quedarse en la participación instrumental reproductora de las tradicionales relaciones de poder. En síntesis, la propuesta podría desarrollar mecanismos redistributivos que efectivamente disminuyan algunas inequidades, sin tocar las estructuras y procesos que determinan realmente la producción y la reproducción de las inequidades.

Sin embargo, para la MSL y la SC es fundamental buscar una interlocución clara con la propuesta, articularse de manera decidida al movimiento global por la superación de las inequidades y avanzar en el desarrollo de prácticas transformadoras de manera sistemática, progresiva y sostenida.

Desde el punto de vista ético existe una posibilidad real de diálogo entre la posición liberal redistributiva y la posición igualitarista social. Un diálogo entre la idea del “sujeto moral” y el “sujeto histórico-político” emancipado. El punto de encuentro puede ser la adopción, como punto de partida, de la máxima kantiana de asumir al ser humano “como un fin en sí mismo”, y no como un medio. De allí se deriva la idea del respeto recíproco que permite la intersubjetividad; pero también de allí surge el “imperativo de la disidencia” del que habla Mugerza. Esto es, la exigencia a no ser tratado como medio y, de manera recíproca, no tratar al otro o la otra como medio. Esto tiene todo qué ver con la idea de “dignidad” que sustenta los derechos humanos. Pero también sustenta el primero de los derechos que podría enunciarse como “el derecho a ser sujeto de derechos” (Muguerza, 1989: 50), si aceptamos también la idea de que los derechos humanos son exigencias morales previas reconocidas en la relación sujeto-sociedad-Estado, por medio de la ciudadanía.

En tales condiciones, el “sujeto histórico-político”, consciente de su dignidad y su condición de sujeto moral, se asume como transformador de las relaciones de poder que lo alienan, lo tratan como medio y no como fin. La emancipación, entonces, puede apoyarse en el sujeto moral para desarrollar su historicidad. Pero también, exigir y constituir su condición de sujeto de derechos en la organización social y política en la que se encuentra como una fuerte expresión del sujeto político.

Con base en esta reflexión, considero necesario sostener el enfoque de derechos humanos como un eje de orientación política en la MSL y la SC y, en tal sentido, asumir este enfoque como un elemento de articulación estratégica con el llamado de la CDSS.

En una perspectiva de la garantía de los derechos humanos interdependientes es necesario afectar la enorme desigualdad en la propiedad de los medios de producción y de las relaciones económicas y geopolíticas globales y no solamente centrar la acción en políticas sociales de tipo redistributivo. Esto significa superar la alienación de grandes regiones del planeta a partir de las formas de intercambio internacional y endeudamiento vigentes, e implica profundizar el debate sobre el modelo de desarrollo hegemónico.

En el ámbito nacional es necesario transformar la lógica de la fiscalidad predominante en los países, de manera que se estructuren sobre el criterio de progresividad, ligado a la renta y no al consumo. En el terreno de la protección social, es necesario y posible superar la fragmentación actual de las políticas sociales, para generar estructuras integradas de garantía universal, no focalizada, de derechos interdependientes. La universalidad es posible técnica y financieramente, como lo han demostrado muchos países, en todos los aspectos de la protección social. La perspectiva del universalismo básico sigue centrada en un umbral intolerable desde la perspectiva del sujeto moral que se ha planteado. Los medios disponibles en el mundo contemporáneo no son escasos sino mal distribuidos, de manera que no es tolerable seguir poniendo la carreta delante de los caballos y seguir trastocando medios y fines.

Al mismo tiempo, una “emancipación intersubjetiva” implica un proceso de democratización profunda de las relaciones sociales, desde el ámbito familiar y comunitario, hasta el sistema político y las instituciones sociales y estatales. La democratización debe ser capaz de modificar las relaciones de clase, género y etnia, e implica también una transformación profunda de las relaciones sociedad-Estado, en todos los espacios de decisión y acción colectiva.

En una coyuntura de crisis profunda del capitalismo mundial, de reconocimiento amplio de la inequidad como problema global y de presentación de iniciativas de todo tipo, no sólo es conveniente sino necesario para la MSL y la SC, desde el punto de vista de su desarrollo académico, social y político, participar de manera estratégica, con presencia global y práctica local sistemática y articulada, en procesos de transformación. Se trata de construir utopías y hacerlas efectivas desde la acción colectiva y la emancipación intersubjetiva de nuestras realidades.

Referencias

Almeida C. (2005) Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe. Conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, (9): 6-60.

Almeida C, Braveman P, Gold MR, Szwarcwald CL, Mendes Ribeiro AM, Millar JS, Porto S, Costa NR, Ortun Rubio V, Segall M, Starfield B, Travassos C, Uga A, Valente J, Viacava F (2001) Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *The Lancet*, 357 (9269) May: 1692-1697.

Almeida-Filho N & Silvapaim J. (1999) La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales* (Rosario), 75: 5-30

Anand S & Peter F. (2004) Introduction. In: Anand S, Sen A, Peter F. (eds.) *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press: 1-12.

Banco Mundial-BM (1987) *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. A World Bank Policy Study*. Department of Population, Health and Nutrition. The World Bank, Washington D.C. Resumen en español: El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 103 (6), diciembre: 695-709.

Banco Mundial-BM (1993) *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Washington, DC: Banco Mundial.

Breihl J. (1986) *Epidemiología: medicina, economía y política*. México: Fontamara.

Breihl J (1987) La epidemiología entre fuegos. Problemas metodológicos de la epidemiología en una fase de crisis y retroceso político. En: ALAMES. *Taller Latinoamericano de Medicina Social*. Medellín: Universidad de Antioquia-ALAMES: 35-59.

Breihl J. (2003) *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e intercultural*. Buenos Aires: Universidad

Nacional de Lanus, Lugar Editorial.

Bronfman M & Tuirán R. (1983) La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuadernos Médico Sociales*, (Rosario), 29: 53-75.

Cohen E & Franco R. (2006) Los programas de transferencias con corresponsabilidad en América Latina: similitudes y diferencias. En: Cohen E, Franco R. (coord.) *Transferencias con corresponsabilidad. Una mirada Latinoamericana*. México: Secretaría de Desarrollo Social, Programa de Desarrollo Humano Oportunidades – FLACSO: 21-84.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL (2007) *Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL-Naciones Unidas, Agencia Española de Cooperación Internacional, Secretaría General Iberoamericana.

De Swaan A. (1992) *A cargo del Estado*. Barcelona: Pomares-Corredor.

Diderichsen F, Evans T, Whitehead M (2002) Bases sociales de las disparidades en salud. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Washington: OPS/OMS, Fundación Rockefeller: 13-25.

Enthoven AC. (1978) Consumer Choice Health Plan: A National Insurance Proposal Based on Regulated Competition in Private Sector (two parts). *New England Journal of Medicine*, 298 (12, 13): 650-658; 709-720.

Esping-Andersen G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.

Filgueira F, Molina CG, Papadópolos J, Tobar F. (2006) Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida. En: Molina CG (ed.) *Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo, Planeta: 19-55.

Fleury S. (1994) *Estado sem Ciudadãos. Seguridad social na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Flórez CE, Soto VE, Acosta OL, Kart C, Misas JD, Forero N, Lopera C. (2007) *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano*. Documentos de Trabajo N° 15. Bogotá: Fundación Corona, Universidad de Rosario, Universidad de los Andes, Departamento Nacional de Planeación.

García JC. (1994) [1982] Medicina y Sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. En: *Pensamiento social en salud en América Latina*. México: OPS/OMS, Interamericana-McGraw Hill: 32-57.

Gracia D. (1991) ¿Qué es un sistema justo de programas de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. En: Gracia D. *Introducción a la Bioética*. Bogotá: El Buho: 61-86. También publicado en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, (número especial sobre Bioética), 108 (5-6): 570-585.

Hernández M. (2003) Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. En: Restrepo DI. (ed.) *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia: 347-361.

Hernández M. (2004) *La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina. Una comparación sociopolítica, 1880-1950*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Hernández M, Hernández A, Perdomo A, Rodríguez O, Torres M, Vega M, Petrera M, Vallenás S, Castro A, Martínez ME, Vivas S. (2008) *La superación de la exclusión social en la región Andina de América Latina: debates e implicaciones. Informe integrado del grupo Colombia-Nodo conjunto regional para América Latina para la Red de Conocimiento sobre Exclusión Social de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud*. Bogotá, mayo (inédito).

Hernández M, Obregón D, Miranda N, García CM, Eslava JC, Vega R, Hernández J, Vega M, Villamizar CV, Barbosa DM (2002) *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia, 1902-2002*. Bogotá: OPS/OMS.

Holzmann R & Jørgensen S. (2000) *Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social*

Protection and Beyond. Social Protection Discussion Paper Series No. 6. Social Protection Unit. Human Development Network. Washington: The World Bank.

Homedes N & Ugalde A. (2005) Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (3) 210-220.

Laurell AC. (1987) Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción. ALAMES. *Taller Latinoamericano de Medicina Social*. Medellín: Universidad de Antioquia-ALAMES: 61-94.

Laurell AC. (1994) Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez MI. (Coord.) *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación de personal de salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101. Washington D.C.: OPS/OMS: 1-12

Marmot M (2004) Social Causes of Social Inequalities in Health. In: Anand S, Sen A, Peter F. (eds.) *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press: 37-61.

Mesa-Lago C. (1978) *Social Security in Latin America. Pressure Groups, Stratification, and Inequality*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Mkandawire T. (2005) *Targeting and Universalism in Poverty Reduction*. Social Policy and Development Social Program Paper Number 23, Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.

Mugerza J (1989) La alternativa del disenso (En torno a la fundamentación ética de los derechos humanos). En: Peces-Barba G. (ed.) *El fundamento de los derechos humanos*. Madrid: Debate: 19-56.

Navarro V (2000) Assessment of the World Health Report 2000. *The Lancet*, 356 (9241), Nov: 1598-1601

Navarro V. (ed.) (2002) *The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life*. New York: Baywood.

Nozick R. (1974) *Anarchy, State, and Utopia*. New York: Basic Books.

Ocampo JO (2008) Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización. *Nueva Sociedad*, 215: 36-61.

Organización Mundial de la Salud-OMS (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud-OMS (2004) Alocución del Director General a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud. En: <http://www.who.int/dg/lee/speeches/2004/wha57/es/> (consultado 25-09-08).

Porter D. (1999) *Health, Civilization and the State. A history of public health from ancient to modern times*. London/New York: Routledge.

Quevedo E, Hernández M. (1994) La articulación del conocimiento básico biológico y social en la formación del profesional de la salud: una mirada desde la Historia. En: Rodríguez MI. (coord.) *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación de personal de salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101. Washington D.C.: OPS/OMS: 13-34.

Rollinat R (2006) El *Welfare State* a prueba de la mundialización. Miradas cruzadas entre Europa y América Latina. En: Le Bonniec Y & Rodríguez O. (eds.) *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID: 505-529.

Sen A. (2004) Why Health Equity? In: Anand S, Sen A, Peter F. (eds.) *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press: 21-33.

Whitehead M (1992) The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22: 249-445.

Da Determinação Social da Doença à Vulnerabilidade Sócio-Ambiental: construindo categorias de intervenção para o sistema de saúde

Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud - México, DF

Anamaria Testa Tambellini

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de uma Saúde Ambiental ao longo do século XX e sua aceleração nos últimos 40 anos foi, em parte, consequência das mudanças ambientais, vale dizer, das transformações dos sistemas ecológicos em sua dimensão “natural” (físico químico e biológico) valoradas com negativas. Foram de tal forma intensas e duradouras, tais transformações que tornaram evidente a (re)construção dos próprios sistemas numa dimensão sócio ecológica dado o peso cada vez maior do componente antrópico na determinação dos (des) equilíbrios, presentes. Dessa maneira, se, por um lado, se alargou a compreensão e utilização dos serviços ecossistêmicos ocorrendo uma maior possibilidade técnica de utilização dos seus elementos e relações pelas sociedades, por outro, as consequências das transformações e mudanças ambientais decorrentes desta forma de uso se tornaram evidentes em maior quantidade e qualidade, sob várias dimensões, especialmente do ponto de vista da saúde humana e da preservação das outras espécies vivas, animais e vegetais. Dito de outra forma, produziu-se a redução e, em certos casos desenvolveu-se um processo de aniquilamento da própria capacidade de suporte de ecossistemas. É mantida, assim, a idéia de que o ambiente pode nos ser infiel de diversas maneiras. Por outro lado, quando se assume a saúde enquanto valor, estamos assumindo também uma posição ética e estética que nos conduz a uma tomada de posição pela vida em sua plenitude e que identifica a dor e o sofrimento como indicadores de perigo e de processos que podem conduzir a doenças, incapacidades e morte (Tambellini,1996).

Neste sentido, a formulação e implantação de um campo de práticas que trate das questões advindas das relações que se estabelecem entre a saúde e o ambiente se defrontam com um complexo intrincado de problemas da ordem do conhecimento, das políticas e das atividades e ações, todos eles decorrentes das necessidades de se proteger e resgatar de formas variadas todos os espaços, elementos e sistemas submetidos a tais relações nos planos socioecológicos, econômicos e éticos. Em outras palavras, torna-se imperioso no mundo contemporâneo a criação, adequação e aproveitamento de todas as formas viáveis de proteção, respeito e tolerância das sociedades em suas relações com a natureza, dentre elas aquelas que sejam menos lesivas aos sistemas ecológicos e às coletividades humanas, tendo em vista seus valores, formas de relações e afetos. A pretensão é de que se adotem formas de cuidado em escalas global e local que tornem possível o avanço de propostas que levem a maiores níveis de bem estar, segurança e felicidade para os viventes de hoje e de futuras gerações.

Não existe atualmente no país nenhum projeto que dê conta da situação da Saúde Ambiental levando em conta todo o território nacional e todas as dimensões de relação saúde-ambiente, incluídos seus determinantes. Ainda que se admita a existência de graus ou níveis variáveis de incerteza nestes processos, a grande complexidade das relações e elementos em jogo, impõe-se não só o reconhecimento da necessidade de rastrear informações em fontes diversificadas, mas também de construir projetos de investigação de natureza e recortes do objeto

diversificados em parcerias e relações interinstitucionais e cujos resultados agregados deverão sofrer processo meta analítico para (re)construção de sua integralidade.

Deve-se considerar ademais que, via de regra, trabalha-se com a visibilidade dos problemas que se apresentam e são valorizados de formas e dimensões nem sempre semelhante seja pela população, pelos técnicos, pelos pesquisadores ou pelos políticos.

No Brasil, O Subsistema de Vigilância em Saúde Ambiental é o primeiro componente da Saúde Ambiental constituído no SUS (Decreto nº 4723, de 09 de junho de 2003) e já se encontra institucionalizado legalmente na maioria dos estados do país. Foi estruturado nos moldes de programas de intervenção que se organizaram segundo compartimentos ambientais (ar, água, solo), agentes patogênicos (químicos e físicos) e acontecimentos/eventos (desastres e acidentes de origem natural, antrópicos e tecnológicos). Sua proposta geral é a de identificar os processos de produção de doenças e agravos à saúde relacionados ao ambiente, reconhecido em sua dimensão sócio-ecológica.

Por outro lado, levando-se em conta as iniciativas da CGVAM em parceria com o Conselho Nacional de Saúde de realizar esforços para promover os debates e discussões com todas as forças vivas de cidadania brasileira que contribuam para a elaboração e adoção de uma Política Nacional de Saúde Ambiental, torna-se necessário, neste momento, que se lance mão de propostas estratégicas para lograr os objetivos e metas desta fase de construção do campo de Saúde Ambiental em nossa realidade. Haveria, então, que:

1 – Tornar patente suas bases tecno – científicas tornando visíveis e ampliando do ponto de vista geográfico e disciplinar suas articulações com os órgãos de produção de conhecimento em saúde e áreas afins e tendo já reconhecida a necessidade de multidisciplinaridade/profissionalidade da Saúde Ambiental.

2 – Iniciar um diálogo produtivo, solidário e democrático com a sociedade civil no sentido de construir uma parceria que pudesse consolidar um processo de participação efetiva da sociedade no controle e tomada de decisão das políticas públicas afetas à Saúde Ambiental e por outro lado, oferecer possibilidades concretas aos cidadãos de ter acesso ao conhecimento sobre a relação Saúde/Ambiente e sua situação no país, pela ótica da saúde, como também se informar sobre as atividades e programas levadas a cabo pela Vigilância em Saúde Ambiental nas 03 esferas do governo. Mais que isso, criar condições e instrumentos para poder auscultar as necessidades e a satisfação com os serviços, bem como, os anseios e percepções das comunidades e indivíduos sobre sua saúde e condicionantes.

3 - Sistematizar as possibilidades de utilização de dados existentes para a formulação de um diagnóstico de situação a Saúde Ambiental no Brasil identificando lacunas e obstáculos para o alcance deste objetivo e criando novos projetos para suprir ou contornar estas falhas. O diagnóstico deveria ser pensado, em sua elaboração, como instrumento que identificasse e caracterizasse problemas de Saúde Ambiental permitindo reconhecer necessidades sanitárias no plano sócio-ecológico e estabelecer níveis de prioridades de intervenção, tendo em vista o impacto das desigualdades sociais na saúde ambiental, dada a concentração das riquezas no país e dada a diversidade de biomas e do sistema de saúde em níveis locais.

REVISÃO BIBLIOGRAFICA

Uma rápida consulta a bases de dados de publicações científicas, sejam elas específicas a campos e disciplinas do conhecimento, sejam elas mais abrangentes por agruparem ou comporem estas unidades (campos e disciplinas) à procura de textos com palavra chave “vulnerabilidade”, nos permite perceber a pluralidade de conteúdos e de usos bem como de forma que esta palavra – conceito/categoria – assume não só em diferentes disciplinas, como também no interior delas

próprias, na dependência não só dos referenciais teóricos, mas também dos contextos sócio-históricos em que são expressas.

A “vulnerabilidade” faz parte do arsenal descritivo/analítico das ciências da informação, da saúde, das humanas e sociais, da terra, das engenharias, da educação, como também é discutida na filosofia, tendo de várias possibilidades de aplicação nos planos empresariais e governamentais. Acima foi feita a nomeação de campos/disciplinas para as quais localizei 03 ou mais artigos publicados. Alguns destes trabalhos foram considerados para revisão e aprofundados, principalmente porque julgamos que interessam mais de perto ao nosso próprio projeto. A maior parte dos autores consultados nesta revisão salienta esta diversidade conceitual e explicita a maneira particular como se apropria e desenvolve a categoria naquela investigação específica.

Assim, pode-se dizer com Feito (2007) que a “vulnerabilidade” é um conceito complexo, mas que sempre é referido à possibilidade de dano, às limitações e à condição mortal do ser humano. Entretanto, possui diferentes dimensões. O autor se refere a uma dimensão antropológica (condição do ser humano) e outra social (aumento de suscetibilidade causada pelo ambiente natural ou situações sociais) que geraria “espaços vulneráveis” e “populações vulneráveis”. Ao estabelecer que a vulnerabilidade encerre sempre a possibilidade de dano, o autor se remete a comportamentos morais (proteção e cuidado) e introduz a constituição de um “bioética global” que estaria preocupada com as diferenças culturais nas populações vulneráveis, além de um ética da pesquisa. Para o autor que assume a categoria do ponto de vista filosófico, os espaços de vulnerabilidade se constituiriam em “centros de confluência de ameaças potenciais, que ainda que não sejam por si mesmas danosas, se convertem em ambientes deletérios. Em seu trabalho, Alves e cols (2001) também falam de uma vulnerabilidade antropológica – filosófica.

O texto de Arán e Peixoto (2007) trata da vulnerabilidade enquanto noção utilizada pela Bioética em suas análises de pesquisas de saúde retomando as distinções entre suscetibilidade, vulnerabilidade no mundo globalizado e desigual desenvolvidas por Schram a partir da análise da produção da “vida nua” (vida sem valor) na modernidade.

Marc (2007) trabalha com a dimensão da vulnerabilidade do sujeito enfermo numa aproximação filosófica/social. Propõe a existência de uma identidade do doente conformada por 3 traços essenciais e limitantes: clínico, metafórico e tecnológico que possibilitariam a exclusão do sujeito vivida como dessocialização o que implicaria na produção de um “sujeito moral frágil”, mais vulnerável do que quando sadio.

Em Psicologia, a vulnerabilidade é um elemento importante, ao lado dos fatores de risco, no desencadeamento de transtornos de comportamento e, eventualmente, de psicopatologias que seriam um dos resultados do confronto com acontecimentos de vida traumáticas ou de relações familiares disfuncionais. Para Laranjeira (2007), a “Resiliência” é pensada como a adaptação frente ao perigo, capacidade de sair vencedor de uma prova que poderia ter sido traumática e com força renovada. Seria construída ao longo da vida pela contribuição dos sujeitos que utilizariam recursos psíquicos para se preservarem dos aspectos psicotóxicos do seu ambiente e pela capacidade de adaptação dos mesmos. Assim, a “Resiliência”, é um “processo multidimensional”, enquanto conceito, “seria uma resposta complementar à abordagem da vulnerabilidade”, assimilando a idéia de flexibilidade e adaptação.

Kowarich (2003) aborda em um ensaio a evolução do debate sobre a “vulnerabilidade socioeconômica” comparando Estados Unidos e França e comentando a atualidade brasileira. Demonstra o caráter político-ideológico (culpar ou não vítimas por sua situação de marginalidade) do debate nos Estados Unidos que gira em torno do conceito de “underclass”, alguns a culpabilizam os programas de bem estar pelo fomento de ociosidade e desorganização familiar. Na França se enfatiza a necessidade de uma forte presença estatal que deve fornecer os meios de reinserção dos grupos marginalizados e a polêmica se situa em torno dos conceitos de exclusão

social e desfiliação. Enfatiza-se a função das especificidades de cada ambiente político nacional na definição dos parâmetros teóricos e empíricos que adquire.

A relação entre o IDH e a vulnerabilidade (social e familiar) nos municípios de Santa Catarina através de fontes de dados secundárias (IBGE e PNUMA) é verificada no trabalho de Silva e Panhoca (2007).

Vem se trabalhando a vulnerabilidade, em termos multidisciplinares na abordagem dos desastres dos desastres naturais e tecnológicos com propostas. Está em franca ampliação em investigações inter ou multidisciplinares, a abordagem da vulnerabilidade, partindo de propostas amplas que envolvem avaliações de risco de situações compreendidas na dimensão sócio-natural, percepção de risco e resiliência das populações em situações de exposição. No campo da saúde, alguns autores tem trabalhado sob esta ótica dando especial atenção às conseqüências sanitárias destes acontecimentos e processos (Cerutti e Tambellini, 2008).

Esta forma de trabalhar a vulnerabilidade pode ser ilustrada no trabalho de Costa e cols (2006) cujo estudo gerou mapa de vulnerabilidade ambiental pela integração de um mapa de vulnerabilidade natural construído por mapas base de geologia, solos, vegetação e geomorfologia com o mapa de uso e ocupação do solo (antropização). O objetivo foi determinar a vulnerabilidade ambiental na Bacia Potiguar, região de Macau (RN) com utilização de sistemas de informações geográficas. Utilizando o conceito de vulnerabilidade ambiental de Tagliani (2003) para quem esta significa a maior ou menor suscetibilidade de um ambiente ao impacto potencial provocado por um uso antrópico qualquer. Neste sentido, o “Mapa de Uso e Ocupação do Solo” foi o foco principal que balizou grau e tipo de antropização encontrados na área. Os mapas de vulnerabilidade natural e ambiental representam o conhecimento do comportamento atual do terreno em relação às respostas ao processo de uso do solo e servem para tomada de decisões por parte dos órgãos governamentais e privados. Também é do mesmo teor o trabalho de Figueiredo e cols. (2007) e se refere à eutrofização de reservatórios em sub-bacias hidrográficas.

O texto de Alheiros (2008) trata da avaliação econômica de perdas ambientais na análise de riscos geológicos, utilizando a suscetibilidade da área em foco e a vulnerabilidade dos sistemas ali existentes. Neste trabalho, a vulnerabilidade expressa o grau de perdas materiais e humanas refletindo a fragilidade dos sistemas implantados na área considerada e é expressa sob o ponto de vista econômico.

Segundo Torres (2006), nos últimos anos, o termo vulnerabilidade social tem sido utilizado com certa frequência por grupos acadêmicos e entidades governamentais da América Latina. Esta incorporação da noção de vulnerabilidade teve forte influência de organismos internacionais como as Nações Unidas, o Banco Mundial e o BIRD. Parte da visibilidade dos estudos sobre vulnerabilidade social se deve a uma certa insatisfação com os enfoques tradicionais sobre pobreza e com seus métodos de mensuração, baseados exclusivamente no nível de renda monetária e em medidas fixas, como a linha de pobreza. Neste sentido, a noção de vulnerabilidade social, ao considerar a insegurança e exposição a riscos e perturbações provocadas por eventos ou mudanças econômicas, daria uma visão mais ampla sobre as condições de vida dos grupos sociais mais pobres e, ao mesmo tempo, levaria em conta a disponibilidade de recursos e estratégias das próprias famílias para enfrentar os impactos que as afetam como atesta o trabalho de Castro e Abramovay (2002) sobre pobreza, vulnerabilidades sociais e violência em São Paulo.

O Governo do Rio de Janeiro (2007) aplicou o conceito de vulnerabilidade nos princípios que regem as suas atividades utilizando-o nos estudos de base para a elaboração de uma Política Estadual de Mudanças Climáticas, com vistas ao Plano de Ação Estadual da Secretaria de Estado do Ambiente. Foi proposta uma “Avaliação da Vulnerabilidade Regional do Estado” através do mapeamento dos possíveis impactos de elevação do nível do mar nos municípios costeiros e de mapas de vulnerabilidade epidemiológica e social para as micro-regiões do Estado com “hotspots”

(locais de maior vulnerabilidade à mudança e maior percentagem de população de baixa renda). Tomou-se como conceito de vulnerabilidade o “grau de suscetibilidade ou da incapacidade de um sistema responder aos efeitos adversos das mudanças climáticas, tais como, a variabilidade climática e os eventos extremos” (adaptado do IPCC, 2001).

O estudo de Schaeffer e Szklo (2008) trata da vulnerabilidade energética às mudanças climáticas tendo como foco as energias renováveis no Brasil e tomando como base os cenários A2 (emissões altas) e B2 (emissões baixas) do IPCC/ONU. Levando em consideração o planejamento do sistema energético para 2030, o estudo mostra uma queda generalizada na produção de energia para o período de 2071 a 2100, onde somente a cana de açúcar não será afetada negativamente. Demonstra que o impacto afetará com maior força a região Nordeste, chegando a inviabilizar a agricultura familiar, ou seja, áreas socioambientais de produção com maior vulnerabilidade.

No campo da Saúde Coletiva, a vulnerabilidade com diferentes enfoques e dimensões vem sendo trabalhada em temas e áreas disciplinares variadas, como também no contexto de atividades de promoção e prevenção da saúde. Destacaria no momento as contribuições de Figueiredo e Ayres, 2002 e de Meyer e cols, 2006 sobre a prevenção da AIDS e educação em saúde; Magalhães, 2007 sobre as possibilidades de monitoramento das desigualdades sociais em saúde; Sanches e Bertolozzi, 2007 que apresentam revisão do conceito de vulnerabilidade e seu uso na Saúde Coletiva; Palma e Mattos, 2001 que retomam a perspectiva de Funtowicz em sua proposta paradigmática da “Ciência Pós-Normal”, ao considerar os níveis de complexidade e incertezas nos estudos de determinação, tipo causa-efeito, em Saúde Pública, propõe o uso da vulnerabilidade social como elemento capaz de trazer possibilidades de construir um novo olhar para estas questões.

Importante para a nossa proposta em discussão são os trabalhos de Porto e Fernandes (2006), Porto e Freitas (2003) que tratam dos riscos em contextos socialmente vulneráveis. Entendem a vulnerabilidade aplicada a desastres, riscos industriais, saúde coletiva/saúde pública e nas ciências sociais, como um conceito transdisciplinar, produto da integração de várias dimensões irreduzíveis (desigualdade, pobreza, segurança alimentar, qualidade do emprego, degradação ambiental e reemergência de certas doenças). Identificam, então, dois tipos de vulnerabilidade social, aquela referida à instituição e aquela referida à população. A “Vulnerabilidade Populacional” é tomada como uma decorrência da injustiça ambiental e tem como maior contribuinte a desigualdade socioeconômica em seus fatores levando em conta a discriminação social, as relações de trabalho e a capacidade de influenciar os processos de tomada de decisão. A “Vulnerabilidade Institucional” é agrupada em: restrições econômicas e tecnológicas para investimento na segurança, normas legais insuficientes e deficiências das instituições públicas e profissionais. Deste modo, em contextos socialmente vulneráveis, a vulnerabilidade social e institucional tem feições próprias em diferentes países e regiões expressando as vulnerabilidades sociais existentes. Assim, a fragilidade estaria presente nas políticas públicas e instituições, particularmente no seu envolvimento com populações vulneráveis, e se somaria a características do modelo de desenvolvimento adotado (concentração de renda, processos de tomadas de decisão democraticamente incipientes, grande mercado informal, redes de suporte social fracas). Adiantam que haveria variações na escala tempo/espço na dependência do condicionamento histórico dos ecossistemas ou dos sistemas sócio-técnicos.

No Brasil, são os estudos demográficos aqueles que tem contribuído de forma mais consistente e competente para a compreensão das vulnerabilidades em suas dimensões sociais e ambientais e seu uso, enquanto subsídio, para a formulação de políticas públicas e tomadas de decisão nos serviços., como podemos observar em Torres e Costa,1999; Torres,2004; Hogan e cols, 2005, entre outros, como veremos adiante.

Concordamos com Torres (2006) de que seja importante destacar as diferenças de abordagem entre os estudos sobre vulnerabilidade social e os sobre vulnerabilidade ambiental assinalando que a vulnerabilidade social é analisada em relação a indivíduos, famílias ou grupos sociais e que a vulnerabilidade ambiental tem sido estudada principalmente em termos territoriais (regiões, ecossistemas). Esta diferença, em termos de escala e de tipo de objeto de análise, deve ser levada em conta na construção da noção de vulnerabilidade sócio-ambiental, a qual pretende integrar as duas dimensões – a social e a ambiental.

Por outro lado, a presença de grandes e significativas heterogeneidades das regiões brasileiras colocam no desafios para a interpretação dos dados. Neste sentido, projetos vêm sendo realizados com êxito no âmbito da administração pública, gerando iniciativas de suporte efetivo à ação governamental. A presente proposta se encaixa nesse estilo de investigação e se realizará por etapas consecutivas delimitadas por projetos específicos para os diferentes níveis territoriais: regiões geopolíticas, estados, municípios, bairros / regiões municipais.

A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE PROJETOS DE MAPEAMENTO DE VULNERABILIDADES SÓCIOAMBIENTAIS.

A identificação de dois textos científicos publicados (Alves, 2005 e Alves e Torres, 2005) referidos a uma “vulnerabilidade socioambiental” produzidos por pesquisadores do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEBRAP, ambos utilizando os “Mapas de Vulnerabilidade Social da Cidade de São Paulo” (Estado de São Paulo. Secretaria de Serviço Social 2003) permitiu à Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM pensar ser viável a realização de um “Atlas Brasileiro de Vulnerabilidades Socioambientais”.

As investigações que originaram os textos acima partiram das seguintes considerações sobre a situação da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP):

Segundo Torres e Marques (2001): a existência de situações de extrema pauperização com péssimas condições sociais e exposição cumulativa a diversos tipos de risco na periferia urbana, apesar da elevação dos indicadores sociais; a constatação pela PNAD-IBGE de 1998 de que 10% da população tem renda familiar inferior a dois salários mínimos e não possui acesso à moradia nas áreas periféricas sendo obrigado a residir nas franjas e interstícios urbanos mais precários, geralmente em áreas de risco ambiental, com péssimos indicadores sociais e sanitários. A existência em alguns espaços da periferia de superposição de riscos e vulnerabilidades que sugerem a presença de “pontos críticos” de vulnerabilidade social (e ambiental), e revelam a existência de uma espécie de periferia da periferia.

Na zona Leste de São Paulo, em determinadas áreas de risco (áreas próximas de cursos de água) encontram-se as maiores concentrações de população pobre e de domicílios em precárias condições sanitárias (principalmente o acesso à rede de esgoto), maiores porcentagens de crianças e adolescentes e maior porcentagem de favelas, onde constatou-se a existência de significativa correlação positiva entre exposição a risco ambiental e pobreza e a explicação mais plausível é de que sejam áreas desvalorizadas no mercado pelos próprios riscos que encerram ou porque se tornam acessíveis sendo públicas ou de preservação (Torres, 1997).

Considera-se também que nas duas últimas décadas, também tem havido um forte processo de crescimento e periferização das favelas da RMSP onde, em geral, os dejetos têm como destino o córrego mais próximo ou fossas rudimentares, que contaminam o lençol freático, gerando alto risco sanitário e poluição dos mananciais hídricos (Torres e Marques, 2002).

A partir dessas considerações, os autores justificaram cientificamente suas propostas de investigação que tinham por objetivos identificar e caracterizar situações de vulnerabilidade sócio-ambiental na metrópole de São Paulo, através da construção de indicadores sócio-ambientais, na unidade espacial de análise mais desagregada possível (setores censitários do censo demográfico

do IBGE). Para fins metodológicos e analíticos, definiram vulnerabilidade [sócio-ambiental] como sendo a coexistência ou sobreposição espacial entre grupos sociais muito pobres e com alta privação (vulnerabilidade social) e áreas de risco ou degradação ambiental (vulnerabilidade ambiental). Neste sentido é justamente a combinação destas duas dimensões que caracteriza uma situação de vulnerabilidade sócio-ambiental.

Partindo da constatação de que a uma primeira observação percebe-se que as áreas de degradação ambiental, em muitas ocasiões, são também áreas de pobreza e privação social, tomam como hipótese que a vulnerabilidade ambiental é um fator relevante na configuração da distribuição espacial das situações de pobreza e privação social na metrópole paulistana. Nesse sentido, pressupõe-se que a categoria vulnerabilidade possa captar e traduzir os fenômenos de sobreposição espacial e interação entre os problemas sociais e ambientais, sendo adequada para uma análise da dimensão sócio-ambiental (e espacial) da pobreza.

A metodologia geral do trabalho de Alves (2005) é a construção de um sistema de informação geográfica, através do qual é feita a sobreposição da rede hidrográfica à malha dos setores censitários do município de São Paulo (censo 2000). Identificando inicialmente os setores com alta vulnerabilidade social, utilizando o “Mapa da Vulnerabilidade Social da Cidade de São Paulo”. Posteriormente, aplicou-se uma tipologia para medir o grau de vulnerabilidade ambiental destas áreas, classificando os setores localizados às margens de 50 metros dos cursos d'água e com baixa cobertura de esgoto como proxy de áreas com alta vulnerabilidade ambiental.

A vulnerabilidade social elaborada com base na combinação da privação social com características demográficas, especialmente estrutura etária, foi agrupada em três grandes grupos (alta, média e baixa vulnerabilidade).

A vulnerabilidade ambiental considerou duas dimensões. Uma delas é a “exposição ao risco” que foi definida como a residência em áreas muito próximas de cursos d'água (a menos de cinquenta metros), o que representa exposição ao risco de enchentes e doenças de veiculação hídrica. A segunda dimensão que foi chamada de “exposição à degradação ambiental” (ou má qualidade ambiental) refere-se à residência em áreas com baixa cobertura de esgoto. Nestas áreas, as precárias condições sanitárias fazem com o esgoto seja lançado diretamente nos cursos de água ou em fossas que poderão contaminar o lençol freático e posteriormente os cursos d'água. Portanto, considera-se que a combinação dessas duas dimensões compõe uma “situação de vulnerabilidade ambiental”.

Foram construídas quatro categorias de vulnerabilidade ambiental, ao nível do setor censitário:

- Categoria 01: Baixa vulnerabilidade ambiental (baixo risco e baixa degradação ambiental).
- Categoria 02: Média vulnerabilidade ambiental (alto risco e baixa degradação ambiental).
- Categoria 03: Média vulnerabilidade ambiental (baixo risco e alta degradação ambiental).
- Categoria 04: Alta vulnerabilidade ambiental (alto risco e alta degradação ambiental).

Os resultados da análise do material mostram que as áreas com alta vulnerabilidade ambiental apresentam condições sócio-econômicas significativamente piores do que aquelas com menor grau de vulnerabilidade ambiental, o que revela a existência de áreas críticas, onde ocorre uma forte concentração de problemas e riscos sociais e ambientais.

Os resultados mostraram também que, no interior do grupo de alta vulnerabilidade social, existem grandes diferenças nas condições socioeconômicas, relacionadas às diferentes categorias de vulnerabilidade ambiental. Além disso, as áreas com alta vulnerabilidade ambiental apresentam condições sócio-econômicas significativamente piores do que aquelas com menor grau de vulnerabilidade ambiental, o que revela a existência de áreas críticas, onde ocorre uma

forte concentração de problemas e riscos sociais e ambientais. Criam-se assim, no dizer dos autores, situações em que justamente os grupos sociais com maiores níveis de pobreza e privação social (e, portanto com menor capacidade de reação às situações de risco) vão residir nas áreas com maior exposição ao risco e degradação ambiental, configurando-se situações de alta vulnerabilidade sócio-ambiental.

O trabalho de (Alves e Torres 2005) pretende comparar os resultados obtidos pela metodologia do trabalho anteriormente exposto que utilizava os dados demográficos de 2000 do IBGE para mostrar a dimensão e relevância do fenômeno da presença de população de baixa renda em áreas próximas de cursos de água com dados de outra fonte obtidos em “survey” (CEEM – CEBRAP). Num segundo momento, a pesquisa busca verificar a existência de associação entre risco ambiental e vulnerabilidade social ao nível de famílias e domicílios de baixa renda do Município de São Paulo. Mais especificamente, analisou-se a relação da vulnerabilidade social com as condições de acesso à infra-estrutura urbana e características do entorno e vizinhança. Para isso, desenvolveram-se técnicas analíticas do tipo crosstabs, cruzando a variável “proximidade de curso d'água” com variáveis sócio-demográficas e de qualidade do domicílio.

Esse estudo foi organizado em torno de dois argumentos principais. Por um lado, procurou-se de evidenciar a importância da questão da moradia em locais próximos a cursos d'água como características típicas das situações de moradia das pessoas de baixa renda no município de São Paulo. De fato, embora os dados do survey utilizados e do censo (por meio de análise ecológica) possa apresentar variações significativas, os dois apontam para níveis muito elevados do problema e para um grau de risco mais elevado entre aqueles mais pobres e residentes em áreas periféricas.

Por outro lado, tratou-se de apresentar diversos tipos de variáveis presentes no survey (infra-estrutura urbana, características demográficas e socioeconômicas, qualidade do domicílio) que evidenciam significativas diferenças entre os domicílios à beira de córregos (menos de 20 metros de distância). Os moradores próximos de curso d'água são mais pobres, menos escolarizados, com menos acesso a serviços públicos e estão mais expostos a vetores de doenças transmissíveis, assim como têm mais frequentemente seus domicílios localizados em favelas.

Neste sentido acreditam que umas das principais explicações para os diferenciais de condições de vida entre os domicílios, segundo as faixas de proximidade de cursos d'água, é a significativa presença de favelas nas áreas localizadas onde ocorrem muitas enchentes, deslizamentos e contato direto com doenças de veiculação hídrica. Ou seja, nestas áreas, além da característica natural de risco ambiental, a ausência de urbanização, com falta de rede de esgoto, coleta de lixo etc., torna a população residente nestas áreas extremamente vulnerável.

No caso específico do risco ambiental considerado (proximidade de cursos d'água), pior condição sócio-econômica e risco ambiental parecem construir um fenômeno único. Tal fenômeno revela aspectos dramáticos das desigualdades no chamado “acesso à cidade” que os diferentes grupos sociais possuem desigualdades que aparentemente continuam a crescer em termos relativos (Marques e Torres, 2005).

Pretende-se em relação a ambos os aspectos a construção de instrumentos que possibilitem, de forma contínua e sustentável, a identificação, caracterização de atividades e seu registro em banco de dados de forma a poder-se criar redes virtuais de informação para: discussão, avaliação e proposição de atividades, normas e programas; posicionamentos políticos e sugestões de adequação do serviço; sinalização de problemas de varias ordens sobre a situação de saúde ambiental, inclusive, a deficiência dos serviços e problemas éticos, entre outros.

A PROPOSTA: JUSTIFICATIVA INSTITUCIONAL, PROJETO E DIRETRIZES

JUSTIFICATIVA: No Brasil, a produção e a utilização de informações sobre saúde se processam em um contexto muito complexo de relações institucionais, compreendendo variados

mecanismos de gestão e financiamento. Estão envolvidas: estruturas governamentais nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); o IBGE, órgão coordenador do sistema brasileiro de geografia e estatística; outros setores da administração pública que produzem dados e informações de interesse para a saúde; instituições de ensino e pesquisa; associações técnico-científicas e as que congregam categorias profissionais ou funcionais; e organizações não governamentais.

De acordo com Pedroso (2007) nas últimas décadas, importantes sistemas nacionais de informação foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, com notáveis avanços na disseminação eletrônica de dados sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atendimentos hospitalares e ambulatoriais, atenção básica e orçamentos públicos em saúde, entre outros.

De outra parte, persiste o desafio de melhor aproveitamento dessas informações, pelas instâncias gestoras do sistema de saúde. Observa-se que a expansão do acesso aos dados não tem correspondido ao desenvolvimento qualitativo dos sistemas de informação, e que faltam análises orientadas para a gestão de políticas públicas de saúde. Há indiscutível necessidade de melhorar a articulação das instituições atuantes na área de informações e de utilizar, de forma mais efetiva, a considerável massa crítica nacional de profissionais capacitados.

No estágio atual e desenvolvimento da área de Análise de Situação em Saúde Ambiental (ASISA) suas ações estão concentradas no desenvolvimento de atividades que subsidiem a constituição e integração dos dados e informações produzidas na CGVAM e em órgãos externos que produzem dados e informações de interesse para as ações da vigilância em saúde ambiental no Brasil como pode ser visto nas publicações: específicas. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006 e 2007).

Nesse sentido, alinhado com as orientações do Projeto Brasil Três Tempos do Núcleo de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (Brasil. Secretaria de Comunicação e Governo e Gestão Estratégica, 2005) que recomenda “à elaboração de um Mapa Integrado de Vulnerabilidade, em nível nacional, relativo aos possíveis impactos de clima alterado em vários setores da vida social... para que se venha a ter uma melhor perspectiva das implicações da mudança climática global para a saúde da população brasileira”, a elaboração do Atlas Brasileiro de Vulnerabilidades Socioambientais consistirá em um esforço fundamental para subsidiar as ações de planejamento e monitoramento da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM, no desenvolvimento de suas atividades por meio de análises integradas da situação em saúde ambiental.

A proposta de um Mapa de Vulnerabilidades Sócio Ambientais (Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. CGVAM 2007) gerou a apresentação de vários projetos sobre o tema em julgamento pela área responsável no ministério. Esta proposta é elemento importante no processo de procura de categorias de intervenção no âmbito da saúde, categorias estas que dêem conta, ainda que parcialmente, de problemas explicitados pela determinação de processos saúde/doença nas populações. Em suma, poder-se-á, construir num mapa de processos saudáveis ou de doenças, dadas as diferenças de suas unidades constituintes.

PROJETO: O Mapa tem o propósito de identificar espaços/territórios onde convivem populações e ambientes (sócio-ecológicos) com diferentes graus e naturezas de vulnerabilidade. Tendo como hipótese que a espaços de maior vulnerabilidade socioambiental devem corresponder populações humanas com maiores níveis de vulnerabilidade social, espera-se que o mapeamento seja capaz de fornecer uma superfície territorial demarcada e redefinida por diferenças de qualidade de vida, de riscos de exposição e adoecimento, de capacidade de resiliência, a par de diferenças ambientais na capacidade de perda de suporte ecossistêmico, no grau e natureza de desequilíbrio ecológico, poluição e perda de características relevantes do ecossistema, seja em seus compartimentos, elementos ou relações bióticas e abióticas.

OBJETIVOS: o objetivo geral do projeto é elaborar e aplicar uma metodologia de resumo de dados, viabilizando a utilização dos bancos de dados hoje existentes no Ministério da Saúde e IBGE, para a confecção de Atlas de Vulnerabilidades Socioambientais com o intuito de facilitar a definição de políticas de vigilância em saúde ambiental nas várias regiões do país.

Serão realizadas as seguintes atividades: 1-desenvolvimento de uma metodologia de correção de dados de saúde ambiental para municípios. Isso possibilitará a correção das grandes variabilidades existentes nos indicadores municipais para cidades de pequeno porte; 2-construção de um banco de dados com informações de saúde, condições ambientais, saneamento, renda familiar, estrutura etária, educação, etc. relativos aos municípios brasileiros; 3-elaboração de um conjunto de indicadores socioambientais acompanhados das fichas descritivas utilizadas para construção/validação dos indicadores produzidos no escopo do projeto; 4-georreferenciamento do banco de dados e submetê-lo a técnicas de resumo de dados (análise fatorial e de clusters) de modo a permitir uma hierarquização das regiões segundo aspectos prioritários de vigilância em saúde ambiental; 5-elaborar uma análise nacional e cinco relatórios regionais – um por macro-região – com linguagem acessível e ilustrada por mapas e gráficos, de modo a disseminar os resultados para diferentes regiões do Brasil; 6-capacitar a equipe de referência da CGVAM para a completa apropriação da metodologia estatística utilizada no projeto.

METODOLOGIA: uma das principais dificuldades desse tipo de estudo diz respeito à grande diversidade de dados existentes e aos problemas de se optar por indicadores sintéticos que representem adequadamente os distintos aspectos de vulnerabilidade sócio-ambiental. Nesse sentido, consideramos essencial utilizar metodologias de resumo de dados, como a análise por componentes principais. As hipóteses nesse caso são: primeiro de que seja possível, através de métodos estatísticos, selecionar, agrupar e classificar variáveis dos Bancos de Dados do Ministério da Saúde e de outras fontes, a partir do momento que identificamos padrões sistemáticos de correlação entre variáveis de saúde, sócio-demográficas, ambientais e sanitárias das áreas estudadas; segundo de que seja possível agrupar territórios segundo critérios de classificação (Cluster Analysis), que tem por base o procedimento anterior.

Da primeira hipótese desprende-se que é possível propor uma matriz que aponte para critérios de priorização de ações em vigilância em saúde ambiental, da segunda, que é possível agrupar regiões segundo critérios estatísticos e apresentá-las num sistema georreferenciado.

DIRETRIZES: Em decorrência de natureza de nosso objeto de cuidado, a Saúde Ambiental, podemos assumir como diretrizes na construção de sistemas de informação nesta área: a inter-setorialidade, a transversalidade, a ética, a compreensão das especificidades regionais e a responsabilidade socioeconômica e ambiental.

Há que se entender o espaço/território como elemento imprescindível na construção dos indicadores. Portanto, o georreferenciamento deve ser procurado não somente como elemento visualizador, mas como potencial ferramenta que levará a uma compreensão mais aguda e de maior profundidade em relação aos fatos e processos objetos da informação.

Devemos salientar que as diretrizes específicas aqui esboçadas devem ser submetidas às diretrizes do SUS, principalmente no que se refere à universalização, informação aos cidadãos e participação da sociedade civil nas tomadas de decisão e na gestão dos sistemas e serviços, conforme consta no documento “Subsídios para Construção da Política Nacional de Saúde Ambiental” (Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alheiros MM (2008). Avaliação Econômica de Perdas Ambientais na Análise de Riscos Geológicos. (<http://scielo.gov.br/em26/6/2008>).

Alves HE, Torres HG.(2005). Pobreza e Risco Ambiental em São Paulo: uma análise de famílias e domicílios em situação de vulnerabilidade sócio-ambiental. Apresentado no “Workshosp População e Meio Ambiente: metodologias de abordagem”. Campinas: ABEP/NEPO-Unicamp.

Alves HPF.(2005) Vulnerabilidade sócio-ambiental na metrópole paulistana: uma análise das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. Anais do XI Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional (ANPUR), Salvador-BA.

Aran M. Peixoto Jr CA (2007) Vulnerabilidade e Vida Nua. Rev Saúde Pública,41(5):849-57

Ayres AR, Medeiros CMB, Bartholo RS.(2001) Ética e Vulnerabilidade: A eficácia da presença na perspectiva antropológico-filosófica de Martin Buber. Congresso Internacional sobre Valores Universais e o Futuro da Sociedade. São Paulo.

Brasil. Secretaria de Comunicação e Governo e Gestão Estratégica. 2005 Cadernos do Núcleo de Assuntos Estratégicos da Presidência da Republica. n 3, fevereiro p. 170.

Brasil. Ministério da Saúde.Conselho Nacional da Saúde (2007) Subsídios para Construção da Política Nacional de Saúde Ambiental. Brasília-DF. Editora Ministério da Saúde. Série B – Textos Básicos de Saúde. 2007, p 56.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (2006) Vigilância em Saúde Ambiental: dados e indicadores selecionados, Vol 01, n.1 Brasília, DF. Editora Ministério da Saúde.

----- (2007). Vigilância em Saúde Ambiental: dados e indicadores selecionados. Vol 02, n.2, (novembro 2007), Brasília-DF. Editora Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. CGVAM 2007. Termo de referência para a elaboração do “Atlas Brasileiro de Vulnerabilidades Socioambientais.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2005) Indicadores de desenvolvimento sustentável: Brasil 2004, Dimensão Social – Saúde. Rio de Janeiro. IBGE 213-217.

----- . Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2007) Subsídios para a Construção da Política Nacional de Saúde Ambiental. Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde.

Castro MG, Abramovay M (2002) Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violências Cad de Pesquisa, n16: 143-73.

Cerutti D, Tambellini AT 2008 Análise dos danos humanos decorrentes de desastres associados a chuvas, ventos, granizos e escorregamentos no Brasil, entre 2003 e 2007. Monografia do Curso de Especialização em Vigilância da Saúde Ambiental da Universidade de Brasília.

Costa FHS, Petta RA, Lima RFS, Medeiros CN. (2006) Determinação da Vulnerabilidade Ambiental na Bacia Potiguar, Região Macau (RN), utilizando sistemas de informações geográficas. Revista Brasileira de Cartografia n 58/02, agosto: 119-127.

Feito L. (2007) Vulnerabilidad. Anales Sis San Navarra, vol 30 suppl 3. Pamplona.

Figueiredo MCB e cols. (2006) Avaliação da vulnerabilidade ambiental de reservatórios à eutrofização. Eng sanit ambient,12(4): 399-409.

Figueiredo R, Ayres JRCM.(2002)Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres à DST/AIDS em São Paulo, SP. Rev Saúde Pública 36(4): 1-17.

Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria do Ambiente (2007) Programa da Superintendência do Clima e do Mercado de Carbono. Rio de Janeiro. (texto digitado)

Hogan JH (2005) Mobilidade populacional, sustentabilidade ambiental e vulnerabilidade social. R. Bras. Est. Pop. São Paulo 22(2):323-338.

Hogan JH (2005) Mobilidade populacional, sustentabilidade ambiental e vulnerabilidade social. R. Bras. Est. Pop. São Paulo 22(2):323-338.

Kowarick L (2003) Sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil: Estados Unidos França e Brasil. Rev. Bras. Ci. Soc. Vol 18 n 51. São Paulo.

Laranjeira CASJ (2007) Do Vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura. Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol 23n 3 p 327-332.

Marc GP (2007) Filosofia de la enfermedad: La vulnerabilidad del sujeto enfermo. Arch Argent Pediatr 105 (2): 134-142.

Magalhães R (2007) Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informações. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro. 12 (3):667-73.

Marques E, Torres HG (2005) São Paulo: segregação, pobreza e desigualdades sociais. São Paulo. Ed SENAC.

Hogan JH (2005) Mobilidade populacional, sustentabilidade ambiental e vulnerabilidade social. R. Bras. Est. Pop. São Paulo 22(2):323-338.

Meyer DE, Mello FM, Valadão MM, Ayres JRCM (2006). "Você aprende. A gente ensina?". Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, 22(6): 1335-42.

Palma A, Mattos UAO (2001) Contribuição da Ciência pós-normal à saúde pública, e a questão da vulnerabilidade social. História, Ciências, Saúde. Manguinhos VIII (3): 567-89.

Pedroso MM (2007) Documento Técnico contendo as diretrizes para a construção de indicadores de vulnerabilidades socioambientais aplicados à Vigilância em Saúde Ambiental. CGVAM/UNESCO. Brasília, DF.

Porto MFS, Freitas CM (2003) Vulnerability and industrial hazards in industrializing countries: an integrative approach. Futures 35, p. 717-736.

Porto MFS, Fernandes LO.(2006). Understanding risks in socially vulnerable context: the case of waste burning in cement kilns in Brazil. Safety Science 44 (2006) 241-257.

Sanches AIM, Bertolozzi MR (2007) Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Ciência & Saúde Coletiva 12(2): 319-24

Schaeffer R, Szklo A (2008) Mudança Climática e Segurança Energética no Brasil. (www.ppe.ufri.br em 28/07/2008).

São Paulo. Secretaria Municipal de Assistência Social e Centro de Estudos da Metrópole (2004). Mapa da vulnerabilidade social da população da cidade de São Paulo, 4 volumes. São Paulo, SAS/CEM. (Haroldo Torres, supervisor do projeto).

Silva OMP, Panhoca LA (2007) A contribuição da vulnerabilidade na determinação do índice de desenvolvimento humano (IDH): estudando o Estado de Santa Catarina Cad Saúde Pública 12(6): 1209-18.

Tambellini AT et al (2005) Subsídios ao plano diretor de saúde e ambiente no âmbito do Sistema Único de Saúde. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 13 (1): 295 - 316.

Tagliani CR (2003) Técnica para avaliação da vulnerabilidade ambiental de ambientes costeiros utilizando um sistema geográfico de informações. Anais do XI SBRS, Belo Horizonte, MG p. 1657-1664.

Torres H.G. (1997). Desigualdade Ambiental em São Paulo. Campinas: IFCH/UNICAMP (tese de doutorado).

----- (1998) Pobreza e degradação ambiental na periferia: uma aplicação de geoprocessamento para a Zona Leste da cidade de São Paulo. In: Najar AL, Marques EC (orgs) Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

----- (2002) Population and the environment: a view from Brazilian Metropolitan Areas. In: Hogan D, Berquó E, Costa HM Population and Environment in Brazil. Campinas, CNPD/ABEP/NEPO, p. 147-166.

----- (2004) Segregação residencial e políticas públicas: São Paulo na década de 1990. Rev Bras Ciências Sociais n 54.

Torres HG, Costa HM (1999) população e meio ambiente: debates e desafios. São Paulo. Ed, SENAC

Los determinantes sociales de la salud y la acción política

Francisco Rojas Ochoa

El tema que nos trae a esta reunión no es nuevo. Citando un texto que no es del mundo antiguo, sí de 1790, John Peter Frank denunció el más importante determinante de la salud. Dijo entonces en la Universidad de Pavía a los doctores que se graduaban su discurso sobre la miseria del pueblo como madre de las enfermedades (1).

Algo más de 200 años después los objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), componentes de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, colocaba como primer objetivo la reducción de la pobreza y el hambre en el mundo. A lo largo de todo ese período las condiciones de una buena parte de la especie humana: las condiciones políticas nacionales e internacionales, las diferencias en el accionar económico social y medioambiental. Las condiciones de trabajo y empleo han sufrido todas modificaciones sustanciales que hacen más compleja la situación planteada por Frank y que obligan a conformar nuevos modelos para el diagnóstico y tratamiento de los problemas emergentes y reemergentes.

Los investigadores de la pobreza y las iniquidades que genera han sido muchos, en este problema. Son muy bien conocidos, pero no se avanza en su solución. Un autor, Tujan, ha resumido así la situación actual: "...la era de la globalización se caracteriza por el abismo creciente entre ricos y pobres donde se aprecia que el 5% de los más ricos del mundo reciben 114 veces el ingreso del 5% de los más pobres (2).

Hago mi primera referencia a los determinantes sociales de la salud refiriéndome al hambre, creo debemos llamarla así. Términos como desnutrición o malnutrición (este último incluye a los que se exceden en el consumo de los alimentos) es una forma de llevar la discusión a términos clínicos o epidemiológicos clásicos, sacándola del contexto político, económico y social.

Pero a lo que se nos llama por ALAMES en esta reunión es a fijar posiciones ante el Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS).

Lo que conozco del informe me defrauda. Anticipo mi posición en forma de palabras clave: academicista, obsoleto, tecnocrático, conformista y desilucionante.

En el espacio a que debo reducir esta exposición me limito a comentar el texto del Resumen Analítico del Informe Final de la CDSS.

En una primera parte la Comisión pide que se subsanen las desigualdades sanitarias en una generación. Esto sigue la idea de las metas en función del tiempo de los ODM. Estas sabemos ya no se cumplirán y a una semana de proclamar su meta la Comisión consideró que esta tampoco se cumplirá. Porque las vías y medios que la propia Comisión propone no son suficientes para subvertir el orden imperante y porque el tiempo en que se pide es poco. A mi juicio la determinante social de la salud más importante es la formación económica social en que se inserta. Hoy esta es el capitalismo neoliberal, el capitalismo salvaje, hay muchos calificativos. Y aunque sus crisis son subintrantes, tiene

todavía un enorme poder con el que se sostiene, a pesar de sus crisis. El economista Osvaldo Martínez en su libro “La compleja muerte del neoliberalismo” dedica dos subtítulos a tratar sobre el asunto: “La extraordinaria vitalidad del liberalismo” y “Las razones de la vitalidad del liberalismo” (3).

Este poder dañino a la salud del capitalismo se expresa de muchas formas; privatización desregulación laboral, corrupción, terrorismo de estado...

No se trata de esperar que la Comisión, por su naturaleza y bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud, proponga la revolución política, económica y social. Pero solo propone “paños tibios” para el tratamiento del “absceso”. Hace denuncia, pero sin encontrar el culpable. El propio término “subsanan”, que encabeza el título del Informe Analítico “subsanan las desigualdades en una sola generación”, dejaría todo igual si la aplicamos según la primera acepción que da el Diccionario de la Real Academia Española: “subsanan. Disculpar o excusar un desacierto o delito”. La mejor interpretación de la petición de la CDSS es la de aceptar por esta vía que la desigualdades sanitarias son un delito. Con esto estoy de acuerdo. Vale repetir: la complejidad del problema no permite solución en una generación.

Un párrafo que no comparto en esta primera parte del Resumen es el que dice “Cada vez hay una mayor convergencia entre los países pobres y los ricos con respecto al tipo de problema de salud que hay que resolver”. No lo considero así, es acaso el SIDA del Africa Subsahariana semejante al de los países de la Unión Europea. Son los mismos problemas de alimentación y nutrición los de la Unión Americana que los de Centro América. Es igual la situación en número y calidad de los recursos humanos para salud en Pakistán, que en Canadá. ¿Cómo se financian los servicios en el mundo rico y cómo en el pobre?

En una segunda parte titulada “Un nuevo programa mundial para la equidad sanitaria “se afirma que” la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios”. En efecto todas las evidencias recogidas sustentan esta afirmación. Pero al intentar una probable explicación, el paso de la denuncia pierde significado. Solo vemos repetir un viejo diagnóstico, sin acercarse a soluciones concretas.

El Resumen añade: “Esta distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno natural, sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política”. Si esto es así la estructura económica no debe ser tocada. El asunto sería una mejor gestión: programas mejor diseñados y arreglos económicos justos.

Se olvida que esto último, algo justo, es lo que no puede ofrecer el capitalismo, y que sus acciones las dirige a aumentar los dividendos del inversionista, a hacer dinero.

Pero el documento avanza en terreno movedizo, luego nos dice “Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país”. Pero no propone nada respecto a los determinantes estructurales. Esto no se toca, el capitalismo neoliberal persistirá.

El informe continúa presentando sus recomendaciones generales. Su enunciado en forma breve es el siguiente:

1. Mejorar las condiciones de vida.
2. Luchar contra la distribución desigual de poder, el dinero y los recursos.
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Sin dudas son buenas recomendaciones cuando las vemos en estos titulares. Pero deben ser examinadas con más detenimiento.

La explicación de la primera recomendación se desarrolla en los siguientes términos “Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres y las condiciones en que nacen los niños; favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y de trabajo y formular políticas de protección social dirigidas a toda la población; y crear las condiciones que permitan envejecer bien. Las políticas encaminadas a alcanzar esos objetivos han de contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales”.

Pero no se añade el “cómo”. Así es una declaración pueril. Todo parece asunto de una mejor gestión y de contar con buenas intenciones. Sin embargo el texto tiene un párrafo que parece más prometedor, “Las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre distintas sociedades”. Pero a continuación se limita a describir los efectos negativos de la organización social. No se dice que se trata de la formación económico social capitalista, en su forma neoliberal. Este sería un buen momento del informe para introducir en la discusión asuntos como la desregulación laboral, la privatización de los servicios públicos y la seguridad social, la explotación de los migrantes, la discriminación según color de piel, etnia, género, la orientación sexual o religión. Los derechos de propiedad intelectual, la subvención a la producción agrícola en los países ricos, la escasa y condicionada ayuda al desarrollo, el calentamiento global y los cambios climáticos, y otros muchos componentes de la sociedad capitalista contemporánea, que de modo más específico incluye la guerra, el terrorismo en su forma más dañina de terrorismo de estado, la violencia, que se incorpora a la cultura de los pueblos como violencia contra niños y niñas, ancianos y mujeres. Todo lo mencionado guarda relación con los determinantes sociales, ¿por qué no denunciarlos y combatirlos?

No se debe ocultar o ignorar el potencial biológico, bioquímico y nuclear, creado por la sociedad capitalista contemporánea para las guerras y la destrucción de los componentes de la naturaleza donde vive nuestra especie en este planeta, que minuto a minuto pierde sus reservas acuíferas, sus bosques, sus riquezas marinas y atmósfera respirable. Estos elementos devienen así determinantes sociales de la salud, ya que son consecuencia de actividades humanas.

Al detenerse en un acápite dedicado a la equidad se dice “El desarrollo de la primera infancia, en particular el desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo , determina de forma decisiva las oportunidades en la vida de la persona y la posibilidad de gozar de buena salud, pues afecta la adquisición de competencias, la educación y las oportunidades laborales”. A esto es a lo que llamo academicismo. Este párrafo es para aplicación en Canadá o en Malí?

La equidad forma parte de los valores humanos y por tanto una falsa interpretación de la misma en la niñez y adolescencia considerarla al margen de la equidad política, económica y social. Es inoportuno pensar en la equidad en la niñez en una sociedad inequitativa en recursos financieros, servicios de salud, trabajo y otros elementos del complejo proceso social.

El informe propone la “atención universal de salud”. Textualmente declaro que “La Comisión considera que la atención sanitaria es un bien común, no un producto comercial”. Igualmente dice “Cobertura universal significa que todos los habitantes de un país pueden acceder a la misma oferta de servicios en función de sus necesidades y preferencias, con independencia de su nivel de ingreso, posición social o residencia y que todo el mundo está capacitado para hacerlo”. Y añade, “Los datos de que se dispone parece estar firmemente a favor de un sistema de salud financiado con fondos públicos. En particular, es fundamental reducir al mínimo el pago directo de los servicios de salud... Cada año, más de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza debido a que han de hacer frente a gastos sanitarios de consecuencias catastróficas para sus familias. Eso es inaceptable”.

Estos aspectos son los más positivos del informe, aunque no se pronuncian de modo categórico por un servicio de salud sin pagos directos por la población, y financiamiento estatal. Esta debe ser la posición de ALAMES.

No olvidar que si aceptamos fragmentadamente la salud como el equivalente o resultado de los servicios de salud cometemos un error al dejar marginados factores tan importantes como la educación, la seguridad social y laboral, el deporte, la seguridad pública y las libertades individuales.

Es la lucha contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, falta por decir en el Informe cómo ganar esta batalla.

La recomendación tercera: medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones se completa con proposiciones como “Poner en marcha sistemas que permitan hacer un seguimiento sistemático de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud a nivel local, nacional e internacional. Realizar inversiones necesarias para generar e intercambiar nuevos datos sobre el modo en que los determinantes sociales influyen en la salud de la población y la equidad sanitaria, y sobre la eficacia de las medidas adoptadas para reducir las desigualdades sanitarias mediante medidas que incidan en los determinantes sociales. Formar a los rectores de la política, las partes interesadas y los profesionales de la salud en materia de determinantes sociales de la salud, e invertir en sensibilizar a la ciudadanía”.

Este enfoque es que me llevó incluir en las palabras clave que mencioné lo que llamo carácter tecnocrático del informe. El problema es esencialmente de naturaleza política, económica y social. Estas precisiones orientadas a la vigilancia cuantitativa de las acciones no van dirigidas al centro del problema, son actos administrativos que no llevan a decisiones clave para la solución del problema. Son algunas de las muchas cosas que hacen desde hace bastante tiempo los estadísticos, planificadores y administradores, también los epidemiólogos y economistas, y que no han hecho cambiar las cosas. Aquí la palabra clave es obsoleta.

Antes de referirme a las posiciones que recomiendo adopte ALAMES llamo la atención sobre un tema ausente, un gran ausente, pautado por determinantes sociales e indispensables para asegurar la salud de la población: los medicamentos.

¿Por qué no se trata el tema? Llegará el poder de la industria a conseguir que no se hable de “sus asuntos”. La iniquidad en materia de acceso a medicamentos es proverbial. La batalla en torno a los “paquetes” de retrovirales para infectados VIH y enfermos SIDA no ha terminado. La protección mediante patentes deja a millones de personas sin acceso a fármacos, pero produce millones de ingresos a las empresas farmacéuticas. La denuncia de Susan George en su libro “El Informe Lugano”, está pendiente de ir a juicio. Es una gran deuda del Informe que comentamos.

¿Cómo proponer la acción política de ALAMES para el mundo de hoy? No puede repetirse la buena historia que acumula ALAMES, esencialmente de análisis teórico, histórico y metodológico sobre medicina social (4-6).

El mundo de ALAMES ha sido predominantemente el mundo académico. Fueron las universidades en América Latina las que ofrecieron refugio a los pensadores contestatarios que buscaban cambios y nuevos rumbos. Según se fue despejando el panorama político se produjo el acercamiento a los obreros, campesinos y resto de la sociedad civil. Hoy se impone pasar a las trincheras de los movimientos políticos y sociales, actuar como tal, pasar a la acción política. ¿Sobre qué bases hacerlo en esta hora? Que parece, más que nunca antes la Hora de los Hornos ¿Qué hacer?, es la pregunta obligada.

Primero, ALAMES no puede olvidar su historia, no puede abandonar lo que he llamado trabajo académico, este debe continuar. Pero no deberá ser la prioridad. Es necesario volcarse a las trincheras de lucha de los movimientos sociales y políticos. Convertirse ella misma en un movimiento, hacer alianzas con otros movimientos de los que hoy combaten por un mundo mejor que SI es posible. Así sucede día a día en nuestra América, donde se pasa de la palabra a los hechos. Hay necesidad de vivir comprometidos.

El combate al que se hace necesario ir no es sólo por la salud entendida como prevención y curación. Las determinantes sociales de la salud actúan desde fuera del campo de la salud. Ignacio Ramonet en artículo reciente nos dice, “Por primera vez en la historia económica moderna, tres crisis de gran amplitud – financiera, energética y alimentaria – están coincidiendo, confluyendo y combinándose. Cada una de ellas interactúa sobre las demás... Este es el saldo deplorable que deja un cuarto de siglo de neoliberalismo: tres venenosas crisis entrelazadas. Va siendo hora de que los ciudadanos digan: “¡Basta!” (7). ALAMES debe decir “¡Basta!”.

Enfrentando estas crisis luchamos contra determinantes que no pueden tratarse sólo en el discurso de la investigación científica o la educación. Son tan nefastas para la salud por sus efectos globales como una guerra o grandes catástrofes naturales. Llevemos nuestro combate al lugar necesario. No deberá ocurrir lo que nos dice Paul Farmer respecto a un informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos: “En su informe sobre las infecciones emergentes, el Instituto de Medicina no incluye ni la pobreza ni la desigualdad como “causa de emergencia” (8).

Segundo, si aceptamos esta acción política en la lucha se impone la solidaridad, con los restantes actores de toda nuestra geografía. Trabajando sin protagonismos personales, institucionales o nacionales. Unidos sin fracturas de ningún tipo. No aspirar a que se haga todo lo que proponemos. Sin críticas que favorecen las rupturas. Tres espacios merecen esa solidaridad total: la Revolución Bolivariana de Venezuela, el Movimiento al Socialismo de Bolivia y la Alianza País de Ecuador. No vacilemos en dar nuestro apoyo. Los nacionales de esos países desde sus lugares, los de otros países desde sus puestos, sin ingerencia de ningún tipo. Cada revolución verdadera sabe autocriticarse y rectificar. Apoyemos estos ejemplos.

Tercero, defendámonos hoy y derrotemos mañana el monopolio mediático que controlan los dueños (capitalistas neoliberales del norte y oligarquías nacionales del sur) de la televisión, la radio, los periódicos y revistas. Apoyemos, repitiendo o divulgando lo que nos proponen los medios alternativos como Le Monde diplomatique, ediciones en varios idiomas y distintos países; Rebelión de España; la Jiribilla y Temas, de Cuba o la Jornada de México. Pongamos de moda, sobre todo entre la juventud a Noam Chomsky, Ignacio Ramonet, Francois Houtard, Vicente Navarro, Atilio Borón y otros, entre ellos algunos que participan en ALAMES.

Cuarto, lo que concierne al trabajo sobre los determinantes sociales de la salud es de naturaleza política y social, por tanto humana. No es un problema técnico. Este deberá ser el enfoque dominante para el posicionamiento de ALAMES respecto a los servicios de salud. La ética que impone la concepción de la salud como un derecho humano será divisa de la política a desarrollar.

Se ha afirmado que “hay una continuidad histórica entre la más importante definición política y doctrinaria sobre Salud Pública que se ha dado al mundo, la que nos puso una noble y ambiciosa meta (Salud Para Todos) y un camino para lograrla (la Atención Primaria de Salud) y el más ambicioso compromiso de lucha contra la pobreza jamás realizado” (9).

Esto deberá comprenderse como un asunto político y ético, no como un programa técnico. No volvamos en nombre de Salud Para Todos a los “paquetes para pobres”, como el GOBI y otros que contribuyeron a desviar los objetivos estratégicos de Alma Ata. La estrategia de Atención Primaria de Salud se basa en valores y principios que siguen vigentes y que deben orientar la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud en todos sus niveles y para todos.

Quinto, es imperativo reconocer el papel protagónico y rector del Estado en todo lo que comprende a la salud de la población. Se requiere de un rechazo firme a todo intento de favorecer la privatización de servicios. El ideal es que esta desaparezca. Además se deberá potenciar la participación de las familias, comunidades y otros actores en la orientación, planificación, organización y sustentación de las políticas y acciones en salud en forma integral e intersectorial. O sea plena participación popular.

Sexto: es imperiosa la denuncia y proposiciones alternativas para los cambios en la acción de los organismos internacionales, las organizaciones no gubernamentales y las entidades privadas hoy sacramentadas.

En el orden práctico cuando observamos la situación de los sistemas y servicios de salud parece que está todo por hacer. Así se pueden formular otras muchas recomendaciones, pero estas que se mencionan parecen las más relevantes. Se trata de cuestiones de principio.

Avanzar hacia nuevos escenarios de lucha, tanto en lo ideológico como en lo social; apoyarnos en la solidaridad que garantiza la unidad de las fuerzas progresistas, revolucionarias; combatiendo el monopolio mediático del neoliberalismo; colocando lo ético y lo humano sobre lo técnico y proclamando la hegemonía del Estado en el sostén de los sistemas y servicios de salud con la participación de la sociedad civil, como participación social.

Estos elementos que se separan de lo conformista y decepcionante del Informe, no son todos los necesarios para conquistar la Salud para Todos, pero indican el camino correcto.

La Habana, 15 de septiembre de 2008.

Referencias bibliográficas

1. Lesky, E. Introducción al discurso académico de John Peter Frank sobre la miseria del pueblo como madre de las enfermedades (Pavía, 1790). En: Medicina Social. Estudios y testimonios históricos. Selección de Erna Lesky. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1984: 133-152.
2. Tujan, A. ¿Reducir la pobreza o edulcorar la globalización neoliberal? En: ¿Objetivos de Desarrollo del Milenio? Edit. Ciencias Sociales. La Habana, 2007: 46-60. (Texto presentado en la Conferencia "Whose Governance? Obstacles to the MDG". Oslo 20 y 21 de septiembre de 2004.
3. Martínez, O. La compleja muerte del neoliberalismo. Edit. Ciencias Sociales. La Habana, 2007: 6-23.
4. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social Medicine in Latin America-productivity and dangers facing the major national groups. Lancet 2001; 358: 315-323.
5. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merthy EE. Medicina Social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 12(2), 2002: 128-136.
6. Rojas Ochoa, F. Teoría y práctica de la medicina social. Boletín Ateneo "Juan César García". Vol. 1 No. 1 1993: 4-24.
7. Ramonet, I. Las tres crisis. Le Monde Diplomatique en español. Año XII No. 153, julio 2008: 1.
8. Farmer, P. Desigualdades sociales y enfermedades. Traducido por el Instituto Conmemorativo Gorjas de Estudios de la Salud del Ministerio de Salud de Panamá. Tomado de "Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases". En: Emerging Infectious Diseases Journal.
9. Roses, M. Palabras en el cierre de la Conferencia Internacional Buenos Aires 30/15. Viernes 17 de agosto, 2007: 1. En <http://www.paho.org/Spanish/D/DDiscursoCierre30-15.pdf>

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA ACCIÓN POLÍTICA¹

Mauricio Torres Tovar²

A la memoria de nuestro querido compañero Edmundo Granda, para quien fue una constante pensarse la salud en relación con sus múltiples determinaciones y proponer la acción política para la defensa de la vida y la salud.

Como parte del ejercicio del análisis que la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) ha propuesto para discutir la posición de nuestra Asociación respecto a los determinantes sociales de la salud (DSS) y su aplicación en la política y la práctica sanitaria, esta reflexión aborda el aspecto de cómo puede ser útil la perspectiva de los DSS en la acción política.

El texto inicialmente analiza cómo la perspectiva de los DSS es útil para la acción política, luego asume el interrogante de porqué la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorporó en su agenda este tema y cuál es la utilidad política de ello, posteriormente considera las propuestas de acción política para enfrentar los DSS que ha lanzado la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) y finalmente reflexiona sobre las tareas que a la luz de los DSS se imponen para la Medicina Social – Salud Colectiva (MS-SC)³ y para ALAMES.

La ponencia sostiene como tesis central que la dinámica mundial promovida desde la OMS en torno a los DSS a través de la creación de una Comisión Global que abordó este tema y que acaba de presentar su informe (OMS y CDSS, 2008) es una oportunidad política para reposicionar la perspectiva de los DSS en América Latina, pero con énfasis en los desarrollos conceptuales y prácticos que desde el continente se han hecho a través de la MS-SC, lo que demanda hacerla una perspectiva entendible para los diversos actores interesados en cambios estructurales de la salud en el continente y de manera particular hacia las organizaciones y movimiento sociales, bajo la comprensión de que son sujetos sociales fundamentales de los cambios emancipatorios, lo que implica vincular claramente los DSS con la lucha por el derecho a la salud, en tanto este es el aspecto central de la agenda política en salud de los movimientos. Asunto que a su vez le fija a ALAMES como organización de la MS-SC la tarea de continuar fortaleciendo la reflexión y acción política para el cambio social, incorporando en su agenda de acción la difusión crítica de los DSS como aporte estructurante de las luchas sociales por el derecho a la salud en el continente e incidir

¹ Ponencia elaborada como aporte para la discusión en la Mesa Redonda “Los determinantes sociales de la salud y la acción política” en el marco del Taller de Determinantes Sociales en Salud organizado por la Coordinación General de ALAMES, Ciudad de México, 29 de septiembre al 2 de octubre de 2008.

² Médico, Sanitarista Ocupacional. Coordinador de la Región Andina de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y miembro del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social de Colombia. Correo: maot99@yahoo.es

³ Utilizo de manera conjugada los términos medicina social y salud colectiva conciliando los dos términos que desde América Latina se le ha dado a la corriente de pensamiento crítico de los conceptos, estructuras y prácticas de la medicina occidental.

para que esta perspectiva sea utilizada en el diseño y operación de las políticas estatales y en las prácticas de los escenarios institucionales y no institucionales de salud.

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD HERRAMIENTA PARA LA ACCIÓN POLÍTICA POR EL DERECHO A LA SALUD

Un elemento central que caracteriza a la corriente de la MS-SC es comprender a la salud como un asunto de orden político, postura proveniente de los postulados de Virchow en el siglo XIX que comprendió la medicina como una ciencia social (ROSEN, 1979) y que muchos latinoamericanos retomaron y profundizaron en la segunda mitad del siglo XX, llegando a sostener que *“la medicina es una acción social y no existe acciones sociales que puedan ser apolíticas”* (FERGUSON, 1983).

En este sentido desde la MS-SC decimos categóricamente que los asuntos de la salud están vinculados con los asuntos políticos, es decir con las decisiones colectivas e individuales y por ende con las relaciones de poder, que definen los cursos de vida de los grupos sociales y sus procesos de salud-bienestar-enfermedad-muerte. Asunto de biopolítica (BERLINGUER, 2007), en tanto es la política en relación con la vida, que para la MS-SC debe propiciar decisiones y acciones sociales que estén a favor de la dignidad, el bienestar, la salud y la justicia.

Otro de los aspectos claves en las concepciones de la MS-SC es comprender que la salud y la enfermedad están determinadas por aspectos que van más allá de los de orden biológico, principalmente por aspectos de orden económico, político, cultural y ambiental. Ha esto es a lo que la MS-SC le ha denominado DSS.

Se puede decir que la categoría de DSS posee una doble connotación en término de lo político. De un lado incluye como determinantes de la salud a los determinantes políticos y de otro lado afectar el conjunto de determinantes de la salud exige la acción política.

La política actúa como determinante al definir la manera como se distribuye el poder económico y social, al definir macro aspectos que dan curso a políticas económicas, sociales y de salud tanto en ámbitos internacionales como nacionales y locales, que inciden directamente en la salud y la enfermedad de las poblaciones.

Y la política actúa como enfrentamiento de los DSS, en tanto se requieren acciones y decisiones políticas que permitan superar las desiguales distribuciones de poder económico y social, determinantes de las inequitativas condiciones de salud de los pueblos (BENACH y MUNTANER, 2005).

Ahora, es bueno aclarar que cuando se hace referencia al término de DSS no existe una única manera de entenderlos y de proponer como se enfrentan. Por ejemplo, la posición que fija la CDSS tiene como base los desarrollos de la epidemiología social anglosajona que coloca el acento en mejorar el nivel de educación, de empleo y de ingresos, lo que debe llevar a mejorar las condiciones de salud, asunto que se logra por la vía de políticas macroeconómicas, sociales y públicas; de otro lado, la mirada que tienen la MS-SC tiene sus bases teóricas en el marxismo y centra su planteamiento en la necesidad de reestructurar los modos de producción y reproducción social bajo el

control de las clases populares, ya que de la relación que los individuos mantienen con los medios de producción deriva su posición social en las relaciones de dominación y explotación (ALAMES COLECTIVO ORGANIZADOR, 2008).

En este sentido la perspectiva de los DSS demanda de un lado una comprensión de la política como determinante de la salud y de otro, una acción política colectiva que permita enfrentar la desigual distribución de riqueza, poder y conocimiento, en favor de la vida tanto humana como planetaria y en contra de las condiciones que generan enfermedad y muerte de segmentos importantes de la población y deterioro de los recursos ambientales.

Avanzar en esta dirección de acción política, demanda dos asuntos. De un lado hacer entendible el discurso de los DSS, en tanto es un discurso complejo, que permita incorporarlo en la agenda de los sectores sociales y en el diseño y puesta en operación de políticas públicas. De otro lado, para que logre mayor aceptación y potencia política debe ser claramente articulado a la lucha por el derecho a la salud, en tanto es la bandera política central que hoy en día tienen los pueblos del mundo y del continente en el campo sanitario (como la de ALAMES), orientando la lucha política por configurar sociedades que detengan las inequidades e injusticias en salud.

De esta manera la perspectiva de los DSS se convierte en una herramienta útil para comprender los aspectos estructurales que tienen que ver con la realización de la salud y dota de mayor contenido político al discurso del derecho a la salud (incluso del conjunto de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales), dejando claro que su garantía pasa por cambios estructurales en los modos de producción y por una distribución equitativa de los recursos económicos, de poder y conocimiento para y entre los pueblos; pero a la vez en este vínculo la perspectiva de derechos aporta una herramienta en cuanto estos generan obligaciones a los Estados, lo que conlleva el impulso de procesos organizativos sociales de exigibilidad que deben llevar necesariamente a afectar los DSS para la garantía del derecho a la salud.

LA OMS Y LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Es necesario preguntarse por qué la OMS incursionó en el tema de los DSS y qué valor político puede tener el que haya colocado en su agenda este tema (TORRES, 2005) ⁴.

Esta pregunta inicialmente fue hecha en el seno del conjunto de organizaciones referentes de la sociedad civil de cuatro regiones del mundo (África, Asia, Latinoamérica, Este Mediterráneo) que participamos en parte de la dinámica desarrollada por la CDSS⁵: por qué la OMS decidió habilitar una Comisión para abordar

⁴ Este aparte se elabora con base en el documento *Lectura Política de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*, que el autor presentó en 2005 al grupo de trabajo de la Coordinación General de ALAMES, como parte de las reflexiones hechas en su calidad de coordinador de las acciones de las organizaciones referentes de la sociedad civil para América Latina que participamos en la dinámica de la CDSS.

⁵ De América Latina participaron como organizaciones referentes de la sociedad civil ALAMES, la Coordinadora Latinoamericana de Organizaciones del Campo (CLOC) y la Red de Seguridad y Salud en el Trabajo (RSST); las cuales desarrollamos diálogo con otras organizaciones de la mayoría de países de

el tema de los DSS, el cual ha sido un tema principalmente reivindicado por el sector crítico y contrahegemónico de la medicina, y no por sectores tradicionales que son los que han gobernado el curso de la OMS.

Una posible respuesta a esta pregunta fue que a través de abordar el tema de determinantes sociales de la salud y posicionarlo con una Comisión de carácter mundial, la OMS buscaba recuperar su papel protagónico en el campo de la salud en el mundo.

La OMS en la década del 90 quedó subordinada a los organismos financieros internacionales que asumieron las riendas de las orientaciones de las políticas sociales, entre ellas las de salud, para impulsar las reformas estructurales de los Estados desde la orientación neoliberal.

La OMS se limitó en gran medida a hacer eco a las orientaciones políticas en salud de estos organismos internacionales (que impulsaron las reformas sanitarias, en donde se avanzó en la configuración de sistemas de salud con una perspectiva de mercado de los servicios con un papel preponderante de los sectores privados y una marginación del actuar del sector público sanitario) perdiendo el perfil de líder mundial de este sector.

Prueba de ello fue el tipo de informes que elaboró la OMS centrados más en hacer balances administrativos-gerenciales de los sistemas de salud y evaluar cuales eran más eficientes financieramente, subordinado el tema de la situación de salud de las poblaciones (el más controvertible el Informe año 2000, que hizo un ranking sobre la equidad financiera en salud de los países).

En este contexto y dado que estos organismos internamente no son homogéneos, se puede decir que un sector democrático progresista dentro de la OMS preocupado por las profundas inequidades en salud en el mundo y sus repercusiones sobre la vida, buscó retomar el papel protagónico en el campo de la salud y darle el estatus que se merece a la OMS y una estrategia para ello fue retomar en su quehacer un tema de trascendencia como es el de los DSS.

A su vez, surgió otra pregunta con relación a cual podía ser el alcance político real de la Comisión. Se reconoció que el alcance de una Comisión como estas es limitado, más aún en el contexto internacional actual de globalización donde existe un papel preponderante en la toma de decisiones de las empresas transnacionales y de los organismos internacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Mundial del Comercio) que son los que efectivamente están decidiendo el curso de las políticas públicas de salud.

En este contexto la utilidad política de lo impulsado por la OMS radica en que el informe de la CDSS se constituye en una oportunidad para denunciar globalmente el conjunto de inequidades en salud que hoy día persisten y posicionar en el debate mundial las formas como se distribuye la riqueza, el poder y el conocimiento como

Latinoamérica, a través de un conjunto de encuentros nacionales y regionales, proceso que se llevo a cabo entre noviembre de 2005 a abril de 2007 y que tuvo como momento de acuerdo más importante la reunión regional en Brasilia en abril de 2007 que permitió sacar una declaración política en el tema de DSS, que se denominó Carta de Brasilia.

determinantes fundamentales de estas inequidades; y a la vez proponer e impulsar acciones políticas que modifiquen estas inequidades, a partir de enfrentar al actual modelo económico neoliberal perpetuador de ellas, configurando nuevos modelos de desarrollo económico y social, que no estén centrados en la acumulación de capital, en el consumo, el individualismo y la insolidaridad y que efectivamente garanticen los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales al modificar las estructuras productivas y la manera como se distribuye la riqueza y el poder haciéndolo en clave de equidad.

La posibilidad de avanzar en este camino, no se centra en el papel que la OMS pueda cumplir, en tanto es débil al ser un organismo intergubernamental dominado por los Estados que reproducen las inequidades. Los actores centrales del cambio son los pueblos del mundo, a través de sus organizaciones, movimientos y redes sociales y políticas, en donde la perspectiva de los DSS se considera una herramienta que permite ampliar la comprensión de las causas de las desigualdades injustas en el mundo y ubicar en la agenda de lucha política las estructuras centrales a transformar para superar efectivamente las injusticias sociales y sanitarias.

LAS PROPUESTAS DE ACCIÓN POLÍTICA DE LA COMISIÓN DE LA OMS PARA ENFRENTAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El informe de la CDSS plantea que las inequidades sanitarias son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, comprende, que las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas (OMS y CDSS, 2007).

Dice la CDSS que para subsanar las desigualdades en materia de salud es necesario que los gobiernos nacionales, la OMS, los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil desplieguen una acción concertada a todos los niveles y que por lo tanto la mejora de la salud, y una distribución más justa de la salud deben constituir objetivos comunes.

La CDSS formula un conjunto de intervenciones para garantizar se lleven a cabo las tres principales recomendaciones que hace para subsanar las desigualdades en salud en una generación (CDSS, 2007).

En relación con la primera recomendación referida a mejorar las condiciones de vida cotidianas propone: a) equidad desde el comienzo de la vida; b) entornos salubres para una población sana; referido a acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento, como derecho de todo ser humano; c) prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno; d) protección social a lo largo de la vida, en una perspectiva universal; y e) atención de salud universal.

En relación con la segunda recomendación de luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos las estrategias más relevantes que plantea son que la equidad sanitaria sea un criterio de evaluación de la actuación de los gobiernos; que se cree capacidad nacional para aplicar un régimen impositivo progresivo; que se cumplan los compromisos adquiridos aumentando la ayuda mundial hasta el 0,7% del

PIB; que se evalúen las consecuencias de los principales acuerdos económicos mundiales, regionales y bilaterales en la equidad sanitaria; que se refuerce el liderazgo del sector público en la prestación de bienes y servicios básicos esenciales para la salud y en el control de artículos que dañan la salud; que se aprueben y apliquen leyes que promuevan la equidad de género; que se garantice la representación justa de todos los grupos de la sociedad en la toma de decisiones; que las Naciones Unidas hagan de la equidad social un objetivo fundamental de los programas de desarrollo mundial y utilicen un marco basado en indicadores de los determinantes sociales para medir los progresos realizados.

En relación a la tercera recomendación de hacer medición y análisis del problema, se propone que haya sistemas de datos de inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces y que haya sensibilización y formación en materia de determinantes sociales de la salud es esencial.

Esta mirada que plantea la CDSS aunque destaca las causas de las inequidades en determinantes políticos, sociales y económicos, no ahonda en el tipo de modelo de producción y reproducción social que sería la base de esta determinación y por lo tanto a la hora de plantear alternativas, no toca la naturaleza de fondo de la sociedad capitalista (ALAMES COLECTIVO ORGANIZADOR, 2008). El asunto central está en la distribución desigual del poder, la riqueza y los recursos, pero hay que reconocer que esta se produce y perpetúa a través del modelo económico capitalista y al no apuntar las estrategias al asunto de fondo, las estrategias quedan en un plano paliativo y lo que es peor aún, no se da un mecanismo de fuerza para que los actores fundamentales que perpetúan esta desigualdad sean controlados y las decisiones vayan en otra dirección. Esto no niega reconocer que de las estrategias para mejorar la calidad de vida hay cosas que destacan y que por supuesto compartimos.

Ahora, en cuanto a los actores que la CDSS convoca para poner en operación estas estrategias están los gobiernos y el sector público como los principales actores y otros actores referidos a las instituciones y organismos de ámbito mundial, las autoridades nacionales y locales, la sociedad civil, las comunidades de investigación y académicas, y el sector privado, los cuales deben intervenir y prestar apoyo para que se concreten las acciones (CDSS, 2007).

A los *organismos multilaterales* la CDSS les pide coherencia intersectorial en la elaboración de las políticas y la ejecución de las intervenciones para lograr que aumente la equidad sanitaria; a la *OMS* que es necesario potencie su función directriz a través del programa de acción sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria mundial; a las *Autoridades nacionales y locales* les pide coherencia de las políticas gubernamentales, intensificación de las medidas que promuevan la equidad y la financiación, y medición, evaluación y formación; a la *Sociedad civil* le pide intervenciones referidas a la participación en las políticas, la planificación y los programas; y evaluación y seguimiento del desempeño; al *Sector privado* le propone aumente su responsabilidad, e inversiones e investigación; y a las *Instituciones de investigación* les pide generar conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud y difundirlo.

Esta mirada de acción de y entre los actores que puede tener aspectos valiosos, tiene dos inconvenientes. De un lado la experiencia que se tuvo durante los tres años de trabajo desde las organizaciones referentes de la sociedad civil en la CDSS, en el esfuerzo por generar objetivos comunes y acciones concertadas entre diversos actores fue muy débil; especialmente el compromiso de los gobiernos frente al tema fue bajo, en particular en América Latina se logró básicamente de los gobiernos progresistas, los gobiernos de corte neoliberal no se comprometieron con este propósito (ALAMES, CLOC, RSST, 2006).

Y de otro lado, desconoce un actor central actual en el marco del proceso de globalización, que tiene una gran capacidad política para incidir en las decisiones nacionales e internacionales, las empresas transnacionales (que son sector privado, pero que este no se puede tratar homogéneamente). Nunca como antes el capital había logrado ejercer un poder tan amplio. Nunca como antes el capital había podido imponer tan abrumadoramente sus políticas, sus intereses y sus dogmas en el mundo (BENACH y MUNTANER, 2005). Por lo cual, no tener una estrategia que enfrente a este actor potente, resta enormes posibilidades a una acción que impacte los determinantes de las inequidades sanitarias, si no afecta la concentración de poder económico, político y de conocimiento que generan estos actores.

Por ultimo, tal como se presenta la actividad de los diversos actores queda como un asunto de voluntades y desconoce las relaciones de poder y de desigualdad de éstas, que de no afectarse pues difícilmente podrá avanzarse en otra dirección. Claro, a los actores de la sociedad civil nos interesa participación en el diseño y planificación de las políticas y en su seguimiento y evaluación, pero esto no depende solo de la voluntad de la sociedad civil, depende de la correlación de fuerzas y por lo tanto se deben tener estrategias que cambien esta correlación de fuerzas y le den mayor peso a los actores de la sociedad civil así como a las autoridades nacionales y locales en contrapeso a los organismos multilaterales y a las empresas privadas transnacionales, que tienen la mayor capacidad de poder.

TAREAS POLÍTICAS QUE DERIVAN PARA LA MEDICINA SOCIAL–SALUD COLECTIVA Y PARA ALAMES COMO EXPRESIÓN ORGANIZATIVA

Es claro que el poder desigual produce inequidad de salud. Bajo esa premisa la tarea central de la MS-SC esta en relación en seguir haciendo evidente donde están las raíces estructurales de esta distribución desigual del poder, la riqueza y los recursos culturales, de conocimiento y ambientales, que generan la triple inequidad de clase, de genero y étnica-racial y que afectan la salud (BREIHL, 1998) y plantear estrategias para enfrentarlas y transformarlas.

La CDSS apunta en gran medida a hacer evidentes las inequidades en salud en el mundo, asunto importante y que se constituye en un punto de interés común con el campo de la MS-SC, pero adicionalmente para la MS-SC y especialmente desde la tarea de ALAMES como expresión político-organizativa, la apuesta esta más en generar procesos políticos con los sectores que padecen las inequidades, que se expresan a través de organizaciones y movimientos sociales, para contribuir a fortalecer sus recursos de poder y que efectivamente construyan la capacidad política para incidir en

las distribución de los recursos de la sociedad.

En este sentido apostamos a fortalecer un movimiento continental y global por la equidad en salud, inscrito en el marco amplio de las luchas regionales y mundiales por el derecho a la salud. Desde la MS-SC y ALAMES apuntamos a un cambio estructural en tanto el problema de las inequidades sociales y sanitarias están en la misma esencia de la sociedad capitalista, apostamos políticamente ha generar sociedades que implementen modelos de desarrollo justos, en donde haya una distribución equitativa de la riqueza material, del poder político (tanto entre clases, como entre los géneros y los grupos étnico-raciales), del acumulado histórico de conocimiento, y que tiene en cuenta a la naturaleza y no la subordina y destruye, sociedades que rompan con el modelo hegemónico de la concentración de la riqueza y el énfasis en el consumo como sinónimo de felicidad y éxito.

Logar una afectación real sobre los DSS de las inequidades en salud demanda la acción política de múltiples actores, que logren colocar la balanza de las fuerzas políticas a favor de la vida, el bienestar y la salud y se oponga a las fuerzas a favor de la acumulación, la exclusión, la enfermedad y la muerte. Demanda animar los valores de la solidaridad, la cooperación, la protección de la vida y el ambiente, cobrando vida en las agendas de la luchas de los movimientos sociales y culturales, del movimiento de las mujeres, de las organizaciones de los grupos originarios del continente, de las organizaciones de trabajador@s y profesionales, en la agenda de los partidos políticos democráticos y progresistas y en la acción pública de gobiernos progresitas locales y nacionales.

Esto demanda a la MS-SC y de ALAMES como parte de su agenda política:

Hacer un balance con relación a cómo la MS-SC ha utilizado políticamente los DSS en la región de América Latina y hasta donde ha logrado permear los espacios de la gestión de los servicios de salud y los espacios de gobierno locales y nacionales, para evidenciar aciertos y desaciertos en las estrategias de puesta en operación de la perspectiva de DSS;

Contribuir a traducir el discurso de los DSS a un lenguaje sencillo y a establecer claramente la relación entre DSS y derecho a la salud, lo que debe permitir que la agenda mundial y continental de los movimientos sociales en salud se amplíe y fortalezca, al introducir elemento de análisis y de estrategias de orden estructural, pero a la vez también tácticos;

En el escenario académico fortalecer los procesos de socialización del conocimiento y de profundización de la investigación-acción que siga revelando como se expresan las inequidades en salud en el continente, sus causas estructurales y las posibles vías de superación;

Contribuir a la acción de las organizaciones y movimientos sociales de salud retomando, profundizando y fortaleciendo sus banderas de lucha, referidas a la concreción de sistemas de salud para todos y todas que acojan y promuevan los saberes y prácticas ancestrales en salud; la protección de los derechos de

los trabajador@s de la salud; desarrollo de reales sistemas de protección social universales; defender la salud en el trabajo como un derecho humano; declarar los medicamentos bienes públicos que eviten su patentamiento y garantice el acceso universal a los medicamentos esenciales; reconocimiento del agua como un bien público y derecho humano; defensa de la soberanía y la seguridad alimentaria de los pueblos; oposición a la guerra y la militarización de los pueblos (REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD CIVIL A LA CDSS-OMS, 2007);

Trabajar con los gestores/trabajador@s de la salud para que entiendan, acojan e impulsen la perspectiva de los DSS, bajo el entendido que son los actores principales para la puesta en operación de cualquier cambio en las políticas de salud;

Incidir en las plataformas programáticas de los partidos políticos democráticos y progresistas, que posibilite incorporar esta perspectiva y dar base a que posteriormente en los ejercicios de gobierno se desarrollen acciones integrales transectoriales;

Trabajar con los gobiernos progresistas tanto locales como nacionales, para que el diseño de política pública aborde la afectación de los determinantes sociales;

Demandar a la OMS y OPS retomen el protagonismo mundial del campo de la salud, confronten decididamente los organismos internacionales financieros por las políticas privatizadoras de salud que imponen, e impulsen la orientación del diseño de las políticas de salud desde la perspectiva de los DSS.

Para finalizar, es esclarecedor y clave para esta labor política que se propone, el consenso que un conjunto amplio de organizaciones sociales del continente Americano logró y que quedó expresado en la denominada Carta de Brasilia, en donde planteamos (MOVIMIENTOS Y ORGANIZACIONES SOCIALES Y POPULARES DE LAS AMÉRICAS, 2007):

Es claro para los movimientos y organizaciones de la sociedad civil presentes en la reunión, que la salud es un derecho humano universal, deber del Estado, cuya realización precisa un conjunto de determinantes como la alimentación sana y segura; derecho al trabajo digno y valoración del trabajo reproductivo; ingresos adecuados; acceso, uso y permanencia en la tierra; manejo sustentable de los recursos naturales y renovables; vivienda digna con saneamiento ambiental, participación ciudadana democrática, acceso universal a los servicios de educación y salud oportunos, humanizados, de calidad y pertinentes culturalmente, políticas públicas sociales inclusivas y relaciones sociales no sexistas ni racistas, con tolerancia cultural y religiosa, lo que a su vez expresa que tanto los determinantes de la salud como el derecho a la salud son indivisibles e interdependientes.

En este contexto, se hace evidente que para avanzar en la superación de las inequidades en salud se requiere de manera fundamental configurar modelos de desarrollo social y económicos sustentables, garantes de los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, sexuales y reproductivos; un

modelo de Estado que garantice dichos derechos; impulso a la soberanía y seguridad alimentaria, que erradique el hambre del continente, promoviendo reformas agrarias que aseguren el acceso, uso y propiedad de la tierra, posibilite procesos agrícolas sustentables y que preserven la propiedad de las semillas ancestrales en el marco de una propuesta de agricultura familiar y campesina adecuada a la diversidad climática de la región; reformas urbanas que promuevan una mejor distribución del suelo urbano y la construcción de ciudades socialmente justas y ambientalmente sustentables; democratización del capital cultural de la humanidad a través del acceso universal a la educación; concreción de la democracia participativa; y desarrollo de políticas públicas intersectoriales universales, integrales, equitativas y participativas.

Este es el horizonte común trazado, llegar a él requiere ganar capacidad política por parte de los sectores progresistas y democráticos del continente para que le disputen el poder a quienes perpetúan las distribuciones inequitativas, acá uno de los retos y deberes políticos de la MS-SC y de ALAMES es aportar en esta dirección.

Referencias

ALAMES COLECTIVO ORGANIZADOR DEL TALLER LATINOAMERICANO DE DSS (2008). Documento para la discusión. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. México D.F. www.alamesgeneral.es.tl

ALAMES, CLOC, RSST (2006). Informe final primera fase participación de la sociedad civil de América Latina en la dinámica de la CDSS. www.alamesgeneral.es.tl

BENACH, Joan; MUNTANES, Carles (2005). Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad daña nuestra salud? Carabobo: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldon".

BERLINGUER, Giovanni (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. Rev. Cubana Salud Pública, vol. 37, No. 1.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

BREIHL, Jaime (1998). La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. Rev. Bras. Epidemiologia, vol 1, No. 3: 207 – 233.

BUSS, Paulo; PELLEGRINI, Alberto (2007). A saúde e seus determinantes sociais. Rev. Saúde Coletiva. Río de Janeiro, vol 17, No. 1: 77-93.

COMISION DE DETERMINANTES SOBRE LA SALUD - CDSS (2007). Documento de referencia 2: Subsanan las desigualdades en una generación - ¿Cómo? www.who.in/social_determinants

FERGUSSON, Guillermo (1983). Esquema critico de la medicina en Colombia. Bogotá: Fondo Editorial CIEC.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD y COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES

SOCIALES DE LA SALUD (2008). Subsanan las desigualdades en salud en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra. www.who.in/social_determinants

MOVIMIENTOS Y ORGANIZACIONES SOCIALES Y POPULARES DE LAS AMÉRICAS (2007). Carta de Brasilia. Minga para reducir las inequidades en salud en la región de la Américas. Reunión Regional de Consulta con la Sociedad Civil sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Brasilia 12 - 14 de abril (inédito).

REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD CIVIL A LA CDSS-OMS (2007). Informe de la sociedad civil de la comisión sobre los determinantes sociales de la salud, OMS. Journal Medicina Social, vol 2, No. 4: 212-233 www.medicinasocial.info

ROSEN, George (1985). Da policía médica a la medicina social. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec (2006). Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. Health Promotion Journal of Australia, vol 17, No. 3: 180-184.

TORRES, Mauricio (2005). Lectura política de la Comisión sobre Determinantes de la Salud (inédito).

TORRES, Mauricio (2007). ALAMES: expresión organizativa de la medicina social en América Latina. Journal Medicina Social, vol 2, No. 3: 139-144 www.medicinasocial.info

TORRES, Mauricio (2007). El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada. Rev. Cubana Salud Pública, vol.37, No. 4.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es

TALLER LATINOAMERICANO DE DETERMINANTES SOCIALES DE

LA SALUD

**LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
Y LA ACCIÓN POLÍTICA**

Asa Cristina Laurell

México D.F.

29 de septiembre al 2 de octubre, 2008

ALAMES

1. Introducción

Es posible darle múltiples enfoques al tema de este trabajo “*Los Determinantes sociales de la salud y la acción política*”. Durante los años setenta e inicios de los ochentas esta relación era para la Medicina Social Latinoamericana (MSL) principalmente el tema del cambio profundo de las relaciones sociales, el de la revolución social. En esta visión la transformación de la salud dependía esencialmente de la constitución de un nuevo modo de reproducción social. Había entonces una confluencia con aquellas concepciones que consideraban poco importantes los servicios de salud para la salud colectiva o incluso esencialmente negativos como el caso de Ilich en *Némesis Médica* (1978) o en otro sentido Foucault en el *Nacimiento de la Clínica* (1966) con su mirada sobre la medicina como mecanismo normativo y disciplinar. La perspectiva inicial de la MSL también hacía énfasis en el análisis de la medicina como apoyo o ámbito de acumulación (García, 1982) y retomaba algunas visiones de la salud pública que señalaban la débil asociación entre intervenciones bio-médicas, por ejemplo la vacunación, y el mejoramiento en la salud poblacional (McKeown, 1979).

Esta visión sobre las instituciones y las prácticas de salud fue cambiando a raíz de varios acontecimientos. Uno fue la posibilidad real de participar en la formulación e instrumentación de las políticas de salud, por ejemplo en Nicaragua con el gobierno sandinista o durante las transiciones democráticas como en Brasil con la Reforma Sanitaria a finales de los ochentas. Otro proceso histórico decisivo fue la emergencia de las reformas neoliberales en salud que aprovecha en su discurso la noción del bajo impacto de los servicios médicos sobre la salud de la población y, en consecuencia, promueve políticas públicas de intervenciones mínimas costo-efectivas en salud completadas con servicios privados (Banco Mundial, 1993). La creciente negación de la salud como derecho social e incluso derecho humano impulsó un renovado interés en los servicios de salud y convirtió a las políticas e instituciones de salud en un campo importante de acción política.

La Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud incluyó entre sus “redes de conocimiento” un grupo de trabajo sobre el tema de los servicios de salud como expresión de la importancia de éstos a pesar del énfasis de la Comisión en otras temáticas externas al sector salud. Esto refuerza la perspectiva de que el acceso a los servicios de salud forma parte del derecho a la salud y que éstos son un espacio importante de producción de inequidad.

Es interesante observar que la llamada 2ª generación de reformas (González y Munar, 2003) también está dando importancia a la acción política en el ámbito de los servicios de salud para instrumentar las reformas; sus arquitectos consideran que parte del fracaso de las reformas haya sido que no se las ha sabido “vender” de una manera adecuada. De allí el creciente volumen de literatura sobre la “política de las políticas” producidos por los organismos financieros internacionales (Interamerican Development Bank, 2005; Stein y Tomás, 2006) y en el ámbito académico (Oszlak, 1999; Mesa-Lago, 1999).

Todos los actores políticos han descubierto, aunque parezca una perogrullada, que las políticas son un espacio de acción política. Las políticas tienen como ámbito privilegiado a las instituciones donde se concretan en arreglos institucionales específicos que expresan diferencias profundas en la manera de abordar la problemática de salud. Estas diferencias corresponden a concepciones divergentes, o incluso diametralmente opuestas, sobre cómo organizar la sociedad y cómo generar el bienestar social; son expresiones de los proyectos políticos.

El presente trabajo aborda la acción política del gobierno de la ciudad de México (Distrito Federal) 2001-2006 para garantizar el derecho universal a la protección de la salud en su territorio. Se analizan algunas de las experiencias de la formulación e instrumentación de la política de salud y su impacto sobre el acceso a los servicios y sobre las condiciones de vida. La relevancia de esta experiencia consiste, por un lado, en que permite reflexionar sobre las características de una política local de salud, innovadora y universalista, en un contexto nacional adverso y, por el otro, pone de relieve la problemática involucrada en la lucha firme por un cambio institucional profundo.

Cabe recordar que el periodo bajo análisis se caracterizaba por la presencia simultánea de un gobierno federal de derecha y de un gobierno local de izquierda en el Distrito Federal que es el centro político y económico del país. Estos gobiernos encarnaban dos proyectos de nación distintos y en muchos aspectos contrapuestos, incluyendo sus respectivas políticas de salud. Las diferencias entre ambos gobiernos no se agotaban en sus políticas sino se expresaban en dos formas de ejercer la función gubernamental; su actuar era notablemente diferente.

2. La política social del Gobierno del Distrito Federal

El punto de partida para el análisis de las acciones de salud del Gobierno del Distrito Federal (GDF) es el marco general de su política social. Las políticas sociales se fundamentan en distintas concepciones sobre cómo generar bienestar y satisfacer necesidades sociales. En el caso de la política social del GDF la concepción subyacente era la de la universalidad de los derechos sociales y la ciudadanía social, entendida como la exigibilidad de estos derechos.

La noción de derechos sociales, con su referente colectivo, adquiere importancia en un proyecto de izquierda contra la desigualdad porque conlleva políticas de redistribución del ingreso vía la prestación gratuita de servicios públicos para igualar las condiciones básicas de vida. Esto contrasta con la concepción neoliberal que objeta la redistribución vía el Estado por considerarla una trasgresión a las leyes del mercado. Por ello los gobiernos neoliberales destacan las desigualdades entre los individuos y no entre las clases o grandes grupos sociales lo que lleva a aplicar políticas focalizadas en los individuos o grupos "vulnerables" específicos (George y Wilding, 1994).

A las distintas concepciones de política social les corresponden arreglos institucionales y acciones específicas. Esto significa que la política social no es neutral ya que favorece los intereses de unos y limita los de otros (Navarro, 1997). En el proyecto del GDF el peso relativo dado a distintos intereses se sintetizó en la divisa "Para el Bien de Todos, Primero los Pobres". Es decir, se decidió favorecer el interés general de una sociedad mayoritariamente pobre por encima de los intereses particulares de pequeños grupos de enorme poder cada día más enriquecidos por su control sobre la política y la economía. Este era el proyecto de gobierno para empezar a resolver la polarización y consecuente escisión, objetiva y profunda, de la sociedad mexicana entre una gran mayoría empobrecida¹ y la pequeña minoría opulenta; es decir, se modificaba drásticamente el uso del poder del gobierno para revertir la insultante desigualdad entre los ciudadanos.

¹ En el DF 5.6 millones o el 65% de la población del DF era pobre en 2000 según los cálculos de Boltvinik (2002). Valenzuela (2006) ha hecho un análisis de clases interesante para desentrañar quienes son los "pobres" en México.

Otros principios básicos de la política social en la administración de Andrés Manuel López Obrador fueron su inclusión masiva, su reducido costo burocrático y su articulación en las Unidades Territoriales² (UT). La confluencia de los distintos programas sociales del Programa Integrado Territorial (PIT) en la UT abrió un esquema novedoso de rendición de cuentas y transparencia de la gestión gubernamental. Permitted informar semestralmente sobre el avance de los programas en las Asambleas Territoriales y entregar casa-por-casa un informe sobre las acciones realizadas.

Adicionalmente la territorialización proporcionó el marco para iniciar los programas en los espacios socio-territoriales de mayores necesidades sociales y de allí extenderlos al resto de los territorios hasta alcanzar, en su caso, la universalidad. Este criterio ha demostrado ser más certero que la focalización individual y su eficacia es cercana a la universalización de los beneficios sociales (Mkandawire, 2005).

La universalización y el asiento territorial de los programas fueron armas potentes para combatir la discrecionalidad burocrática y el clientelismo controlador. Cuando un derecho es para todos o un programa tiene criterios incontrovertibles de inclusión-exclusión desaparece la base misma del otorgamiento del favor o la intermediación condicionada ante la autoridad. En un país como México con su pesada herencia de clientelismo y condicionamiento de los beneficios sociales es una acción política liberadora establecer derechos exigibles y romper este ciclo vicioso y destructor de la voluntad ciudadana.

Por último habría que señalar que se financiaba la política social con recursos fiscales, principalmente de origen local y, en principio, redistributivos³. Esta política era “desmercantilizadora” ya que desligaban los beneficios del pago o la contribución y apostaba a la prestación pública de los servicios (Esping-Andersen, 1990).

Contrastaba con la política asumida por el gobierno federal de derecha que mantuvo los programas de inspiración neoliberal, rigurosamente focalizados de pobreza o contributivos.

Las secretarías participantes del PIT integraban el “gabinete social” que se reunían sistemáticamente con el Jefe de Gobierno. El PIT se integraba por distintos tipos de programas. Un grupo de ellos era de transferencias en dinero: pensión universal ciudadana para todos los mayores a 70 años; becas para discapacitados y hijos de madres solteras; compensación por incremento del precio de la leche. Otro grupo apoyaba las actividades económicas: micro-créditos; créditos para PYMES; becas de capacitación para desempleados. Un tercer grupo eran los programas educativos y para jóvenes: sistema de bachillerato con 16 nuevas preparatorias; una universidad con 3 planteles; útiles escolares, libros de texto gratuito para las secundarias y desayunos escolares en escuelas públicas; programa de “jóvenes en riesgo”. Finalmente estaban los programas de construcción y mejoramiento de vivienda que incluía el rescate de unidades habitacionales de interés social.

Estos programas actúan sobre varios de los determinantes sociales de la salud y abarcaban a un estimado de 3 millones de personas. Adicionalmente había una Secretaría

² La UT es el cuarto nivel de organización político-administrativo del gobierno en el DF donde se elige una Consejo Vecinal. El DF está dividido en 1,349 UTs con una población promedio de unos 6,500 habitantes.

³ El sistema tributario mexicano tiene una parte progresiva sobre los ingresos y otra regresiva basada en impuestos sobre el consumo. Sin embargo existe información confiable sobre el uso de mecanismos pseudo-legales que permiten a los grandes contribuyentes evadir los impuestos.

del Medio Ambiente con sus programas contra la contaminación, de basura y agua. La variedad y amplitud de los programas significaba que la Secretaría de Salud se dedicaba a los temas de salud en el sentido convencional y operaba además la pensión universal ciudadana.

3. La política de salud⁴. Construir la garantía del derecho a la protección de la salud.

El derecho a la salud es uno de los derechos sociales menos controvertidos ya que habla directamente a la preservación de la vida y la existencia misma del individuo; nexa que le confiere una connotación ética profunda. Incluso se ha argumentado que la salud es una necesidad humana básica y transhistórica dado que carecer de ella significa un daño serio y sufrimiento de la persona que le impide desarrollar sus capacidades y potencialidades y participar plenamente en la sociedad (Doyal y Gough, 1991).

El derecho a la protección de la salud está inscrito en el artículo 4º constitucional desde 1983 pero ha sido un derecho incumplido para muchos mexicanos que carecen de seguridad social. En el marco de la política social universalista y con el compromiso de respetar y proteger por igual la vida de todo ser humano, el GDF se planteó asumir la concreción de este derecho como su responsabilidad en cuanto garante del interés general de los capitalinos.

El desafío de garantizar la protección de la salud debía desarrollarse en varias vertientes para alcanzar el objetivo principal de la política de salud de mejorar las condiciones de salud y disminuir la desigualdad ante la enfermedad y muerte entre grupos sociales y zonas geográficas. Por un lado había que garantizar el acceso oportuno a la atención requerida y disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad. Por el otro planteaba incrementar la seguridad sanitaria de la ciudad a través de un conjunto de actividades dirigidas a la colectividad. Para ambos era preciso fortalecer la institución pública e instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario.

El reto de alcanzar la cobertura universal de servicios de salud en el DF significaba en la práctica obligarse a dar atención médica a la población no-asegurada que había sido excluida de la estrategia histórica del Estado posrevolucionario de extender la cobertura de los servicios de salud a través de la seguridad social (Laurell, 1996). El artículo 123 constitucional convierte el derecho a la protección de la salud en un derecho exigible para los derechohabientes de los institutos de seguridad social. En cambio, el artículo 4º no señala el sujeto obligado de esta garantía lo que deja en la ambigüedad a quién exigir su cumplimiento al no contar con seguridad social.

El análisis de los obstáculos al acceso de la población no-asegurada (Secretaría de Salud, 2001) reveló que el costo de los servicios y de los medicamentos era el principal impedimento para atenderse. Asimismo se detectó una notable incongruencia entre las actuales necesidades de salud y la orientación médica y la ubicación geográfica de los servicios; su fisonomía era el reflejo de las necesidades de los años setenta e inicio de los ochenta. Mostraban además un largo abandono trazado en su deterioro físico y en la desmoralización institucional. La institución pública de salud subsistía pero en condiciones

⁴ Donde no se señala otra fuente los datos están tomados los Informes de Trabajo de la SSDF.

que no le permitían cumplir su cometido de prestar los servicios requeridos oportuna y dignamente a los ciudadanos usuarios y ofrecer condiciones de trabajo decentes.

En congruencia con estos hallazgos y su política social, el GDF estructuró la política de salud (Secretaría de Salud, 2002) sobre tres grandes ejes que son: *a)* garantizar universalmente el derecho constitucional a la protección de la salud; *b)* fortalecer la institución pública de salud para que obedeciera al interés general de la sociedad y; *c)* instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario. Estos ejes dicen relación con la construcción de la ciudadanía social entendida como el establecimiento de derechos sociales exigibles y la obligación de todos de contribuir solidariamente a su materialización.

4. El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos

La política concreta para enfrentar el obstáculo económico al acceso fue el *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG)* (2001) para la población no-asegurada residente en el DF. Esta política se constituyó en el elemento articulador del conjunto de acciones de la Secretaría de Salud del DF (SSDF). Todos los capitalinos no-asegurados tienen derecho a inscribirse en el PSMMG y el único criterio de exclusión es disfrutar del derecho a la protección de la salud a través de la seguridad social.

El proyecto de salud del GDF se inició en julio de 2001, dos años y medio antes de la entrada en operación del Seguro Popular (Sistema de Protección Social en Salud—SPSS) en enero de 2004. Tiene sus propias bases conceptual y práctica y se desarrolló como una alternativa, comprobadamente viable, a la política federal. Las diferencias entre ambas políticas son expresivas del contenido esencial de los dos proyectos de nación que hoy se enfrentan en el país.

Se estructuró el proyecto de salud del GDF para responder a las necesidades de salud y satisfacerlas fortaleciendo la institución pública y removiendo el obstáculo económico al acceso oportuno a la atención requerida. El criterio de equidad es que todos deben tener igual acceso a los servicios existentes ante la misma necesidad. En esta concepción los servicios se financian solidariamente con recursos fiscales y no con cuotas o primas pagadas por las familias o individuos.

En cambio, el proyecto federal tiene una visión de mercados de salud y libre competencia y establece un seguro de salud para constituir un fondo para financiar y comprar servicios (González Pier, 2007). Restringe el derecho a la salud al condicionarlo, por un lado, a la contratación de un seguro mediante un pago⁵ y, por el otro, a un paquete predefinido de servicios, determinado con base en criterios de costo-beneficio así como un número limitado de intervenciones de “gasto catastrófico”. Eso es, lo que no está incluido en el seguro se paga por el asegurado como en cualquier seguro. En esta concepción se entiende la equidad como el pago de una prima según el nivel de ingreso. Con este esquema se profundiza la exclusión en salud al quedar marginados los que no contribuyen a ningún seguro y sólo pueden acceder a los servicios mediante un pago directo.

⁵ Sólo el 20% más pobre de la población está exento de pago y no se pueden inscribir más que el 14.3% de la población susceptible anualmente.

En el PSMMG (2001) se prestan gratuitamente todos los servicios disponibles en la SSDF y se proporcionan sin costo los medicamentos prescritos del cuadro institucional. La afiliación al programa es un trámite sencillo y se puede realizar por anticipado o en el momento de solicitar la atención. Se estimó en entre 850,000 y 900,000 familias y todos los adultos mayores de 70 años como los potenciales derecho-habientes del PSMMG. Para reforzar la afiliación de las familias más pobres que frecuentemente no usan los servicios y tienen poca capacidad de lidiar con la burocracia, se promovió intensivamente el PSMMG en las UT de muy alta y alta marginación.

Las diferencias fundamentales de concepción y las discrepancias en los beneficios entre la política de salud federal y la del gobierno del Distrito Federal llevaron a una confrontación entre ambos gobiernos. Cuando se inició la aplicación el SPSS en 2004, el GDF declinó su inclusión en el Seguro Popular por no estar de acuerdo con las restricciones al derecho a la salud y para no perjudicar a los capitalinos quitándoles derechos de los cuales ya gozaban con el PSMMG. Por otra parte la inscripción al PSMMG estaba para entonces muy avanzada con 550 mil núcleos familiares, mientras que el Seguro Popular sólo permitía la afiliación anual del 14.3% de las familias sin seguridad social. Esta incorporación gradual hubiera llevado a prácticas discriminatorias en los servicios privilegiando a los afiliados y relegando a los no-afiliados.

La ofensiva política para desaforar al Jefe de Gobierno al inicio de 2005, fue aprovechada por el secretario federal de salud para lanzar una intensa campaña de medios para obligar a la SSDF a aceptar el Seguro Popular. Durante la negociación demostró su falta de compromiso con el pluralismo político e intentó imponer cláusulas violatorias del marco legal del propio seguro. Finalmente se firmó un convenio que eximió a los capitalinos de cualquier pago de inscripción o restricción en el acceso a los servicios, haciendo compatibles la inscripción en el Seguro Popular y en el PSMMG. Asimismo se hizo una campaña muy intensiva en las unidades médicas en contra del trato diferencial a los usuarios, prohibiendo toda discriminación. Debe señalarse que los recursos frescos entregados por vía del Seguro popular representaron menos del 5% del presupuesto de la SSDF.

En noviembre de 2006 se habían inscrito 854 mil núcleos familiares al programa, o sea, aproximadamente el 95% del universo elegible. Cabe aclarar que, con frecuencia, no todos los miembros de las familias se han inscrito por lo que el promedio de inscritos por núcleo familiar es de 2.3 miembros contra un número esperado de 3.8. Es probable que esta discrepancia se deba a que la inscripción ocurre en el momento de usar los servicios. Contrario a la lógica de los seguros donde ese comportamiento se consideraría una "selección adversa" en el caso del PSMMG no es inconveniente ya que la intención es facilitar el acceso a los servicios.

El impacto del PSMMG sobre el acceso a los servicios médicos ha sido considerable. Si se comparan los servicios prestados en 2000 con los del 2006⁶ las cirugías incrementaron en 85%, los partos en 44%, las urgencias en 34%, pacientes hospitalizados en 30%, los estudios de rayos-x en 42% y los de laboratorio en 25%. En cuanto a las consultas generales y de especialidad prácticamente se mantuvo su número. Es decir, hay un incremento muy notable en los servicios de mayor costo que revela que su pago efectivamente era un obstáculo importante al acceso. Por otra parte, la creciente inscripción en el PSMMG se ha

⁶ Datos de noviembre de 2006 proyectados a diciembre.

traducido en un alto porcentaje de servicios sin costo con respecto al total de los servicios prestados, de entre 75 y 95%.

El recibir gratuitamente los servicios y los medicamentos ha significado un ahorro para las familias afiliadas que en una estimación muy conservadora⁷ ascendió a \$3,643 millones de pesos (US\$ 348 millones), de 2002 a finales de 2006 (Secretaría de Salud, 2006); recursos que pudieron dedicarse a la satisfacción de otras necesidades básicas. La certeza de poder atenderse en caso de una enfermedad es además un elemento básico de seguridad de vida que tiene valor en si misma.

Una dificultad operativa del esquema de gratuidad, particularmente de las intervenciones de alto costo, era que los estados vecinos cobraban los servicios médicos y sólo entregaban recetas para la compra de medicamentos. Obviamente la SSDF carecía del presupuesto y de la infraestructura para suplir las deficiencias del resto de los gobiernos estatales y de los hospitales federales. Sin embargo tomó dos medidas para no perjudicar a los más necesitados. Por un lado exentó de pago a los pacientes foráneos pobres lo que significó un subsidio aproximado de US\$100 a los estados vecinos. Por el otro adoptó una política de atención gratuita de urgencias, con independencia de la condición de aseguramiento y procedencia del paciente.

A fin de garantizar la continuidad del PSMMG y establecer la obligación legal del gobierno de garantizar la atención a la salud en los términos del programa, el jefe de gobierno mandó una iniciativa de ley al respecto a la Asamblea Legislativa del DF que fue aprobada en mayo de 2006. En la *Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral* (Gaceta Oficial, 2006) queda inscrito el derecho a la protección de la salud y se hace explícito que el GDF es el sujeto obligado a garantizarlo a la población no-asegurada. Cabe subrayar que esta ley está más apegada al texto constitucional que la propia Ley General de Salud (2004) con sus “modalidades” de acceso a los servicios como son el pago de la cuota de recuperación o la cuota de seguridad social o la compra del Seguro Popular o el convenio entre el prestador privado o social y el usuario.

Para que el PSMMG no fuera un programa declarativo sino una realidad palpable para los capitalinos, tenía que ir acompañado de un proceso de ampliación y mejoramiento de los servicios de salud y el fortalecimiento de esta institución pública. Esto entrañaba impulsar dos procesos distintos. Era preciso, por un lado, modificar el modelo de atención y, por el otro operar un profundo cambio institucional.

5. El nuevo modelo de atención

El nuevo modelo de atención, el Modelo Atención Ampliada a la Salud (MAS), plantea articular un proceso integral, resolutivo y escalonado de atención a la salud. Es decir comprende la salud colectiva, comunitaria e individual. La concepción y práctica del MAS contrastan con los “Paquetes de Servicios”, como el del Seguro Popular, que fragmentan la atención a la salud entre la comunitaria y la individual y que rompen la continuidad del proceso de atención al incluir algunas intervenciones y excluir otras.

⁷ Se calcularon con base en los costos para la SS-DF de la prestación de los servicios y de los medicamentos que están por debajo de los del mercado.

El MAS se construyó sobre cuatro pilares básicos: garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad, incluyendo la construcción gradual de un sistema único de urgencias; profundizar la educación, promoción y prevención; instrumentar políticas anti-discriminatorias específicas en los servicios y; ampliar la participación ciudadana y la contraloría social. A ello se añadieron las acciones de la reconstrucción institucional que se verán en seguida.

La seguridad sanitaria es crucial en una ciudad de gran fragilidad sísmica, hidrometeorológica, industrial y epidemiológica con una altísima concentración poblacional. Al respecto se desarrollaron dos acciones. Por un lado se fortaleció el sistema de vigilancia epidemiológica en el cual el logro más importante fue inspirar un nuevo profesionalismo rompiendo la simulación prevaleciente cuya preocupación era “cumplir la meta” aunque sólo fuera en el papel. Con ello se renovó la práctica epidemiológica y se logró enfrentar nuevos riesgos epidemiológicos, por ejemplo SARS o ántrax, y combatir eficazmente varias epidemias.

Por otro lado, se construyó la base necesaria, el Sistema Integral de Urgencias Médicas (SIUM), para coordinar y reconvertir las unidades de atención médica de todas las instituciones frente a un desastre en la ciudad. Como parte de este esfuerzo se hicieron una planeación integral, simulacros y capacitación. La otra vertiente del SIUM fue la organización de un sistema único de atención de urgencias dirigido desde el Centro Regulador de Urgencias Médicas de la SSDF.

Es ampliamente aceptado que los mejores sistemas de salud son los que enfatizan la educación, promoción de la salud y la prevención. Sin embargo la cultura de salud está muy medicalizada tanto entre los profesionista de salud como en la población lega. La SSDF instrumentó dos nuevas iniciativas para cambiar esta práctica. Reorganizó la salud escolar y empezó a formar *Niños Promotores* en las escuelas públicas en la idea de que un cambio cultural es un proceso largo en el cual las nuevas generaciones ocupan un lugar privilegiado. En el marco de este programa se capacitaron a unos 21 mil promotores.

Simultáneamente la SSDF introdujo las llamadas *Acciones Integradas de Salud* en los centros de salud que ofrecen un conjunto de intervenciones, básicamente de promoción, prevención, detección oportuna y control a todos los usuarios. Adicionalmente se hizo un proyecto piloto de vigilancia epidemiológica de las enfermedades crónico-degenerativas que son las que más muertes causan en la ciudad. El primer padecimiento abordado fue la diabetes mellitus que constituye el 16% de la mortalidad en la ciudad y respecto al cual los servicios de salud pierden un porcentaje muy alto de las personas diagnosticadas.

El programa de VIH-SIDA de la Ciudad de México, construido a partir de 2001, era una muestra muy lograda de la concepción de un programa integrado con una fuerte participación ciudadana. Tuvo resultados extraordinarios. Convirtió a la ciudad en el primer, y probablemente único, territorio de entrega universal de antirretrovirales gratuitos. Logró mejorar sensiblemente la detección temprana y la prevención y bajar la mortalidad de SIDA en 16% en el lapso de 4 años. Este programa también ilustra una política anti-discriminatoria orientada a construir, desde y en los servicios de salud, prácticas respetuosas a las diferencias genéricas, étnicas y de preferencia sexual. En esta misma línea la SSDF desarrollaba sus programas de salud sexual y reproductiva y contra la violencia de género que era un programa transversal con participación de todas las dependencias de gobierno.

Participación social

Se llevan décadas hablando de participación comunitaria o popular en el sistema público de salud en México. Sin embargo, en el mejor de los casos, ésta ha correspondido a la ejecución de tareas en las unidades médicas para tener acceso a ellas y, en el peor, a prácticas netamente clientelares o de control corporativo. Revertir estas prácticas es fundamental para la democratización del país y de los servicios pero precisamente por sus hondas raíces en la cultura política nacional es muy complejo.

El concepto básico de participación popular y control social manejado por la SSDF era que existe una relación recíproca de derechos y obligaciones entre el gobierno y la población. En este caso, el gobierno está obligado a garantizar el derecho a la protección de la salud y a promover y permitir la participación popular, proporcionando la información necesaria sobre el contenido concreto de este derecho. Una vez que se haya logrado, la población está obligada en reciprocidad a contribuir a la eficacia en el uso y al control sobre los recursos públicos que son sus recursos. Este “contrato” entre gobierno y sociedad marca la diferencia entre el “populismo” y un gobierno socialmente responsable.

En el marco del proyecto general de participación ciudadana de la ciudad desarrollado a partir del trabajo territorial y las Asambleas Vecinales en las UTs la secretaría formó cientos de comisiones de salud. Se propuso a estas comisiones que realizaran junto con las educadoras de salud un diagnóstico participativo de salud y un plan de acción para su UT con una capacitación previa. Junto con ello se planteó reconstruir los comités de salud existentes incorporando en éstos a las comisiones y darles atribuciones de participación en la toma de decisiones y de vigilancia sobre la prestación de los servicios en los centros de salud. Los resultados de estos ensayos fueron variables y dependían en gran medida de las características personales de los participantes. Eso es, no se logró institucionalizarlos lo que habla de una gran fragilidad ante escenarios cambiantes.

6. La reconstrucción de la institucionalidad pública

La destrucción del tejido institucional, ocurrido a partir del ajuste y cambio estructural iniciado en 1983, era enorme observada desde adentro de la SSDF. Tenía un componente inercial y otro promovido para desprestigiar a la institución pública como paso imprescindible en el proceso de privatización. De esta manera, se recibió una institución ineficiente e ineficaz con instalaciones deterioradas e inadecuadas ante las nuevas necesidades de salud de la ciudad; una administración desordenada y facilitadora de la corrupción y; una cultura institucional poco propicia para avanzar en los objetivos de garantizar el derecho a la protección de la salud, tratar dignamente al ciudadano usuario y crear una nueva cultura de la salud.

La reconstrucción, o incluso refundación, de la institución pública es una tarea central para un gobierno de izquierda por varias razones. Una es de orden conceptual ya que los arreglos institucionales son la materialización de las distintas maneras de organizar la práctica social, en este caso la de salud, como solución a necesidades o como ámbito de negocio. Otra razón es histórica ya que se ha mostrado que la forma más eficiente de garantizar el derecho a la salud a toda la población es a través de lo público estatal o cuasi-público (Lister, 2007). Y por último, está la intención de redistribución que se efectúa vía la prestación pública y gratuita de servicios. Estas razones son particularmente fuertes en México donde el sector público ha sido y sigue siendo el principal proveedor de servicios a pesar de su importante deterioro.

Para entender las raíces del deterioro de la **SSDF** y de su función pública es conveniente distinguir dos vertientes. Una se derivaba de la estrechez económica y el consecuente deterioro material. Otra se relacionaba con la cultura institucional y una manera particular de entender lo público imbuido por el patrimonialismo y clientelismo. Ambas vertientes se reforzaban entre sí; la miseria institucional aumentaba el predominio de los intereses particulares sobre el interés general y el uso de los recursos públicos para fines particulares o la corrupción franca empobrecían todavía más a la institución. Ambas resultaban además desmoralizantes y ofensivas para trabajadores y pacientes que vivían la precariedad en las unidades médicas. La relación clientelar prevaleciente, basada en el otorgamiento de un favor a cambio de la subordinación o el silencio ante el abuso, inspira la idea de la dádiva gubernamental y no la del ejercicio de un derecho.

En estas condiciones la reconstrucción del tejido institucional tenía que desplegarse en distintos ámbitos. Paradójicamente la faceta más sencilla era la ampliación de los servicios y el fortalecimiento material de la institución. Requería de voluntad política, dinero y rectitud administrativa; recursos que se pudieron movilizar. En contraste con lo sucedido durante casi dos décadas, la salud se convirtió en una prioridad alta en la administración de 2000-2006. Esto se reflejaba en un incremento de recursos financieros para la Secretaría de Salud cuyo presupuesto para servicios de salud se incrementó en un 80% en este periodo.

Por otro lado, se realizó una sistemática planeación estratégica de servicios basada en las necesidades de salud lo cual dio por resultado: la construcción de dos nuevos hospitales, de 150 y 120 camas respectivamente, en las zonas con más carencias; la ampliación o fortalecimiento y re-equipamiento de otros 24 hospitales lo que resultó en un aumento en cerca de 30% de las camas hospitalarias. Asimismo se construyeron cinco nuevos centros de salud donde antes no había. En total la inversión en obra, equipamiento y mantenimiento de centros de salud y hospitales fue de \$2 mil millones (US\$ 191 millones). Se recibieron muchas solicitudes para otras obras pero se explicó a estos ciudadanos y organizaciones cuales eran los criterios para priorizar la inversión y apelando a la solidaridad generalmente se lograba convencer que las decisiones eran imparciales y justas.

Otra vertiente de la reconstrucción institucional se desarrollaba en el terreno administrativo. Dos temas centrales fueron el uso eficiente y transparente de los recursos públicos así como el combate a la corrupción. La administración de una institución del tamaño y con la función de la **SSDF** es compleja por los múltiples procesos que deben confluir y armonizarse para la atención adecuada a la salud de la comunidad o al paciente. Además acontece en un entorno emocionalmente cargado por la presencia amenazante e inquietante de la enfermedad o una lesión. Es molesto tener que volver a una oficina gubernamental varias veces para resolver un problema pero desespera sufrir carencias de insumos o indolencia en un servicio de salud.

El abasto de medicamentos y otros insumos era particularmente crítico por ser percibido como esencial para la atención y por el monto de dinero involucrado en su compra en un mercado oligopólico y manipulado. La resolución de este problema ejemplifica el tipo de cambios en los procesos administrativos que se realizaron. Se introdujo un sistema de control y de movimientos intrainstitucionales (SAICA) de insumos, se estableció un cuadro institucional de medicamentos con una nueva metodología y, se cambió todo el esquema de licitación. Con ello se logró mantener un abasto satisfactorio de medicamentos, particularmente los críticos, disminuir la influencia de los intereses puramente comerciales y bajar los precios de compra en alrededor de 20%.

El combate a la corrupción, tema básico en la reconstrucción institucional, tenía que convertirse en una práctica y rutina diaria por su ubicuidad en la sociedad mexicana. Este combate tenía que vencer el temor a la denuncia y el arraigo de las prácticas de corrupción. Es más, algunas de estas prácticas ni siquiera se percibían como tales sino como “usos y costumbres” institucionales. Este último género de corrupción va muy ligada a la transposición de los valores institucionales, es decir, el que el interés general sea subordinado a los intereses particulares; fenómeno que en su forma más cruda es la esencia misma del patrimonialismo.

La base para remontar esta inversión de los valores institucionales era insistir en que la función sustantiva de una secretaría de salud es promover y proteger la salud de la población. Se trataba pues de (re)construir una ética institucional apelando al carácter humanista de su quehacer. La promoción de esta ética del servicio público ganó credibilidad con el comportamiento observable del propio gobierno: la Austeridad Republicana con la eliminación de privilegios de la alta burocracia; la honorabilidad probada de los principales funcionarios altos; la presencia y acceso a los funcionarios altos para la resolución de problemas; la vigilancia de los contralores ciudadanos sobre los procesos de contratación de obras y bienes y; una relación institucional con el sindicato en la SSDF. Incluso en los nuevos hospitales se hicieron los diseños arquitectónico y de atención poniendo el paciente en el centro y ensayando formas de participación y control ciudadano.

7. Mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario

El compromiso financiero del gobierno para lograr la realización de la política de salud se cumplió puntualmente. Durante la administración se incrementó el presupuesto de salud en un 80%; incremento que sube al 151% si se incluyen los recursos para la pensión ciudadana universal operada por la Secretaría de Salud. El presupuesto de salud representa el 10.4% del presupuesto público total. Por cada peso federal para salud recibido, el gobierno de la ciudad pone 1.4 pesos; situación insólita en México donde los gobiernos estatales en general aportan pocos recursos para salud.

Los nuevos recursos para salud y otros programas sociales provinieron esencialmente de los ahorros logrados mediante la llamada “Austeridad Republicana” que consistió en la eliminación de los gastos superfluos y suntuarios del gobierno. Incluye la reducción en 15% de los salarios de los altos funcionarios, la reducción de puestos de la alta burocracia (estructura), la eliminación de sus escoltas, sus gastos libres de representación, su seguro médico privado, la remodelación de sus oficinas, etcétera. Estas medidas se tradujeron en un ahorro anual de aproximado \$2 mil millones (US\$ 190) el primer año y de \$3 mil millones (US\$ 286) durante los años subsecuentes. A ello hay que añadir los ahorros logrados en el combate a la corrupción cuyo monto es difícil de cuantificar. En suma, se logró incrementar sustancialmente el gasto social sin recurrir al endeudamiento.

Es de subrayar que el presupuesto para la salud se garantiza en la Ley de Gratuidad ya que estipula que mínimo tiene que ser igual al presupuesto del año anterior ajustado por la inflación. Esta cláusula protege la estabilidad del gasto en salud en próximas administraciones y parte de un nivel de suficiencia en 2006.

8. Conclusiones preliminares

La experiencia del gobierno del Distrito Federal 2000-2006 permite demostrar que es factible que un gobierno local en un país de desarrollo medio alto garantice el derecho a la salud a toda su población, incluyendo a aquella que se encuentra excluida de los sistemas públicos de seguridad social. Esto se comprobó en la ciudad de México incluso en contra de la política federal de salud. Sin embargo para que fuera posible la condición necesaria era que el gobierno de la ciudad haya priorizado una política social basada en una concepción de derechos sociales, redistributiva y financiada con recursos fiscales. Es decir, que haya proporcionado un fuerte apoyo político y financiero a esta política.

En el contexto de una política social integral es muy importante precisar qué le toca hacer a la Secretaría o el Ministerio de Salud y qué les toca a otras instancias de gobierno. Eso es, la acción política y operativa de gobierno obedece a una lógica distinta a la de la construcción teórico-metodológica del pensamiento de MSL. O dicho de otro modo, es necesario distinguir entre la práctica institucional concreta de un ministerio de salud y las intervenciones múltiples derivadas de una política y acción gubernamental integrales para transformar las condiciones de vida y trabajo. Esto es particularmente importante porque la literatura reporta sistemáticamente dificultades de instrumentación de políticas diseñadas a atacar los determinantes sociales de la salud por los conflictos interministeriales (Public Health Agency Canada-WHO, 2008).

La reconstrucción institucional era importante en sí misma para la dignificación de las condiciones de prestación de los servicios con efectos positivos para usuarios y trabajadores. Sin embargo también es una condición para transitar de la "cultura de la dádiva" a otra de pleno ejercicio de los derechos, de la ciudadanía social. Para lograr este cambio cultural se realizaron además campañas intensivas en las unidades médicas sobre los derechos de los usuarios y la introducción de mecanismos de canalización de quejas directamente a los funcionarios más altos.

Es de destacar que el vehículo tal vez más importante para crear conciencia sobre el derecho a la salud fue el propio PSMMG. Su contenido de derecho ciudadano ha creado conciencia en la población usuaria de que puede exigir el cumplimiento de este derecho. En una encuesta entre los afiliados el 83% sabía que el derecho a la salud está inscrito en la Constitución; el 87% consideraba que los impuestos debieran usarse para mejorar la salud y el 78% que la salud debería ser una responsabilidad del gobierno (Laurell, Zepeda, Mussot, 2005).

Inicialmente hubo resistencia en los centros de salud y hospitales al PSMMG porque una parte de los trabajadores consideraba que los servicios deberían pagarse. Sin embargo hacia el final de la administración se encontró en una encuesta de percepción y talleres de discusión con directivos y trabajadores que se había extendido la aceptación de la justicia del programa y la idea de que el derecho a la salud debiera ser un derecho exigible.

Probablemente contribuyeron a ello algunas acciones concretas que generaron credibilidad en el gobierno como: el combate a la corrupción, empezando arriba y trasminando hasta abajo; la reducción del gasto gubernamental suntuario que redundó en la devolución de estos recursos a los ciudadanos bajo la forma de más y mejores servicios y como un ejemplo palpable y concreto de redistribución del ingreso a través de la disminución de los sueldos de la alta burocracia.

Se puede además constatar que se estableció una dialéctica positiva entre las ideas y demandas de la población respecto a la salud y las instituciones públicas. Con base a las

primeras la población presiona al Estado para garantizar los derechos y éste en respuesta fortalece o funda instituciones; instituciones que de esta manera encarnan y fortalecen la idea de los derechos (Rothstein, 1994).

A pesar de estos avances hay un largo camino por andar. Todavía existen obstáculos culturales y burocráticos al acceso a los servicios de salud. Estos últimos se derivan de la lentitud de proceso de constitución de una nueva cultura institucional de atención al público que topa con la idea de que la institución pública les “hace un favor a los usuarios” en vez de concebir la institución como el garante de los derechos.

Debe subrayarse que el PSMMG, que es universal y no usa procedimientos de focalización, se ha demostrado particularmente beneficioso para la población con las condiciones socio-económicas más desfavorables. Una encuesta levantada a una muestra aleatoria de las familias inscritas reveló que tienen ingresos por debajo del ingreso promedio de la ciudad, menor nivel de educación formal y residen más frecuentemente en las zonas más depauperadas (Laurell, Zepeda y Mussot, 2005). Estos datos desmienten el argumento muy usado a favor de la focalización que los programas universales son aprovechados, particularmente por los sectores medios.

Haber legislado la obligación del gobierno de hacer cumplir el derecho a la protección de la salud, junto con el apoyo masivo a esta proposición, indudablemente constituye una base firme para su continuidad. Sin embargo, ninguna política está a salvo si no existe la voluntad política de instrumentarla. Particularmente en México la Ley es débil frente a los poderes meta-legales de los detentadores en turno del poder ejecutivo.

La principal amenaza contra la política universalista del GDF es la política federal plasmada en el *Sistema de Protección Social en Salud*. El gobierno de derecha ha demostrado una posición intransigente frente a la política del gobierno del Distrito Federal tratando en todo momento de sustituirla con su propuesta; posición ciertamente contradictoria con su posicionamiento respecto a las virtudes de la descentralización del sistema de salud a las entidades federativas.

La última reflexión sobre la experiencia de gobierno vivida desde la SSDF se refiere a las vicisitudes de la (re)construcción de las instituciones públicas. La recuperación material de la SSDF era más sencilla que la reconstitución de su “tejido ético” por el entramado de intereses y vicios añejos. Sin embargo la nueva práctica institucional relacionada con la operación del PSMMG iba induciendo, junto con las mejoras materiales, un cambio hacía una nueva conciencia del servicio público.

En contraste, la construcción de una nueva institución pública como fue el caso de la pensión universal ciudadana era mucho más fácil básicamente porque se dio en un espacio libre, donde sólo se ventilaban intereses político-partidistas. Las bondades de la pensión generaron un amplio consenso en la sociedad y su implantación se dio al margen de las negociaciones entre los partidos políticos.

Referencias

- Banco Mundial, 1993. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Banco Mundial, Washington D.C.
- Boltvinik, J. 2002. “Pobreza en la ciudad de México”, *La Jornada*, 25 de enero, p.28.
- Doyal L. y Gough Y. 1991. *A Theory of Human Need*. London: MacMillan.

- Esping-Andersen, G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Foucault, M. 1966. *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI, México DF.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal. 2006. *Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral*. México DF, 22/5.
- García, J C. 1982. "Crecimiento y transformación de la medicina estatal". *Revista Latinoamericana de Salud*: 2:102-117.
- George, V y P. Wilding, 1994. *Welfare and Ideology*. Londres: Harvester Wheatsheaf.
- González Pier, E. 2007. *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- González A, Munar W. 2003. *The Political Economy of Social Sector Reform*. Interamerican Development Fund, Washington D.C.
- Ilich, I. (1978) *Némesis Médica*. Ed. Joaquín Mortiz, México D.F.
- Interamerican Development Bank. 2005. *The Politics of Policies. Economic and Social Progress in Latin America. 2006 Report*. David Rockefeller/Inter-American Development Fund, Washington D.C.
- Jefatura de Gobierno del DF. 2001. *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal. 2001-2006*. Gobierno del Distrito Federal, México DF.
- Laurell, A.C., 1996. La política social del pacto posrevolucionario y el viraje neoliberal. En A. C. Laurell (coord.) *Hacia una Política Social Alternativa*, México: IERD-Fundación F. Ebert, México. pp. 15-32.
- Laurell, A.C., Zepeda E., Mussot L., 2005. "Eliminating Economic Barriers in Health Care" en Mackintosh, M., Koivusalo, M. (ed) *Commercialization of Health Care*, Palgrave-MacMillan, New York, pp 216-233
- Ley General de Salud*. México 2004.
- Lister, J., 2007. *Health policy reform. Driving the wrong way?* London: Middlesex University Press, p. 24-29.
- McKeown, T. 1979. *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?* Princeton University Press, Princeton.
- Mesa-Lago, C.1999. "Política y reforma de la seguridad social en América Latina". *Nueva Sociedad* 160: 133-150.
- Mkandawire, T. 2005. *Targeting and Universalism in Poverty Reduction*. Social Policy and Development Programme Paper Number 23. UNRISD
- Navarro, V., 1997. *Neoliberalismo y Estado de Bienestar*. Ariel, Barcelona.
- Oszlak, O. 1999 "De menor a mejor. El desafío de la segunda reforma del Estado." *Nueva Sociedad* 160:81-100.
- Public Health Agency of Canada-WHO, 2008. *Health Equity Through Intersectoral Action*. Who, Geneve.
- Rothstein, B. 1994. *Vad Bör Staten Göra? (¿Qué debe hacer el Estado?)*. Estocolmo: SNS Förlag.
- Secretaría de Salud, 2001. *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Residentes del Distrito Federal sin Seguridad Social*. GDF; México DF.
- Secretaría de Salud, 2002. *Programa de Salud del Gobierno del Distrito Federal al 2006*. Gobierno del Distrito Federal, México DF.
- Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, 2006. *Informe de Trabajo 2006*. Mexico DF.
- Stein E, Tommasi M. 2006. *The Institutional Determinants of State Capabilities in Latin America*. Ponencia presentada en World Bank ABCDE, San Petersburgo, 19 de enero.
- Valenzuela Feijóo, J. 2007. *Estancamiento y Crisis en el México Neoliberal*. México DF: Universidad Autónoma Chapingo.

Documentos oficiales.

Secretaría de Salud, 2002. Informe de Trabajo 2001.

Secretaría de Salud, 2003. *Informe de Trabajo 2002*

Secretaría de Salud, 2004. *Informe de Trabajo 2003*

Secretaría de Salud, 2005. *Informe de Trabajo 2004*

Secretaría de Salud, 2006. Informe de Trabajo 2005

Secretaría de Salud, 2006. Informe de Trabajo 2006

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA ACCIÓN POLÍTICA. UNA PERSPECTIVA DESDE LA ACADEMIA

López O., Blanco J., Garduño M.A., Granados J.A., Jarillo E., López S., Rivera J.A., Tetelboin C. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (México)¹

“La historia es construída y reconstruída por la lucha concreta de los hombres, a partir de las condiciones históricas en que éstos se encuentran, es cierto, pero siempre hacia condiciones nuevas” (Sader, 2003:21)

Introducción

El debate sobre los determinantes sociales de la salud, recientemente propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS)² para el análisis de las condiciones de salud en el mundo, no es un tema ni nuevo, ni ajeno en la medicina social latinoamericana. De hecho, esta corriente de pensamiento en salud, parte de los planteamientos de la medicina social europea del siglo XIX, que postulan que “la salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad”, que “las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad y, [que] esas relaciones deben estar sujetas a investigación científica” (Rosen, 1985:81).

Las particularidades socio-históricas de América Latina posibilitaron en los años setentas del siglo XX, el desarrollo de un pensamiento innovador, crítico y con base social en salud (Cohn, 2003), que se refleja en la conformación de una corriente teórica, con raíces sociales profundas, que reivindica un quehacer científico comprometido con la transformación de las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones y con la solución de los problemas de salud las clases populares (Waitzkin y col. 2001; Iriart y col. 2002).

Desde sus inicios, esa corriente de pensamiento médico-social, reconoce dos grandes objetos en el estudio de la salud colectiva: 1) la distribución y los determinantes de la salud/enfermedad y 2) las interpretaciones, los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte. Se propone entender a la salud/enfermedad (s/e) como momentos diferenciados del proceso vital humano, en constante cambio y expresión en la corporeidad humana del modo específico de apropiación de la naturaleza, bajo una determinada forma de relaciones y organización social y abre tempranamente la discusión en torno a la causalidad y la determinación (Breilh y Granda, 1982; Laurell, 1989). Se desarrolla una posición crítica frente a las visiones biomédicas y epidemiológicas convencionales ya que desarticulan a la s/e de los procesos sociales, naturalizan lo social e individualizan los fenómenos y cuyo proceder metodológico es propio de las ciencias naturales (Laurell, 1994).

¹ Profesores-investigadores, Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

² La creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), propuesta en 2004, por el entonces Director General de la OMS, Dr. Lee Jong-wook, le da un fuerte impulso a esta perspectiva.

Al postular que la s/e se expresa en la corporeidad y la psique humana, que sus orígenes se ubican en procesos sociales y que tanto éstos, como las expresiones biológicas y psíquicas son históricas, construye un objeto de conocimiento propio, que requiere comprender la relación entre los seres humanos, de éstos con la naturaleza humanizada; es decir, la construcción de los individuos como seres sociales y a partir de ahí, reconocer diferentes planos de análisis y procesos que configuran sistemas jerárquicos multidimensionales. Los procesos de determinación social no actúan como agentes biológicos-físicos-químicos en la generación de la enfermedad, no tienen especificidad etiológica, ni obedecen a una mecánica de dosis-respuesta (Laurell,1994).

Los determinantes sociales de la salud

El análisis del proceso salud/enfermedad y de otros procesos vitales (p.e. nutrición, sexualidad, reproducción), al tener una *dimensión material*, manifestada en su expresión orgánica, biológica y social y una *dimensión subjetiva* que se refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la subjetividad colectiva, debe elaborar teóricamente las dimensiones biológica y social, así como lo material y lo subjetivo (Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-X, 2002).

Se requiere pues, de enfoques analíticos capaces de ahondar en diferentes planos de interpretación, que den cuenta de las relaciones, especificidades y formas de articulación entre las dimensiones señaladas (Granda y col. 1995). Por otra parte, reconocer que la s/e está determinada socialmente, implica un posicionamiento sobre la configuración de la sociedad y una elección teórica para explicar su dinámica. La decisión sobre la perspectiva teórica es crucial, pues desde ahí se reconstruye e interpreta la totalidad social, se hacen visibles los procesos sociales esenciales y en el terreno metodológico, se desarrollan aproximaciones que permiten descifrar la realidad y reconstruir los grupos humanos en los que se expresaría con mayor claridad la dimensión social de la s/e y la historicidad de la biología ((Blanco, López y Rivera, 2007).

La plataforma de esta perspectiva es de base marxista y gramsciana, reconoce que las formas de producción, consumo y su lógica distributiva, en donde el Estado³ tiene una tarea esencial; son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales. En las formaciones capitalistas, estos procesos esenciales de la reproducción social, expresan la contradicción histórica entre: propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza, que devienen en relaciones económicas de explotación y exclusión y, en relaciones de poder profundamente asimétricas y opresivas (López y Blanco, 2003). Las desigualdades sociales sintetizan estas relaciones, antagonismos y contradicciones económico-políticas e ideológicas, que se expresan en ejes de explotación, dominación, subordinación y exclusión múltiple: de clase, género, etnia/origen y generación, entre otros.

El grupo de Medicina Social y Salud Colectiva de la UAM-Xochimilco ha abordado la reproducción social en sus dimensiones más generales a través del proceso de producción, que permite estudiar las lógicas de acumulación (proceso de valorización) y su medio (proceso laboral), como modos específicos de trabajar, que a su vez configuran formas particulares de

³ El estado entendido como un espacio de condensación de una relación de fuerzas, como regulador de las relaciones sociales y factor de cohesión en una formación social (Belmartino, 1992: 123).

consumo y relaciones de clase (Laurell y Márquez, 1983; Laurell y Noriega, 1989). Así mismo, ha explorado el proceso de consumo y reconstruido las formas particulares de producir-consumir de clases y grupos sociales, que se expresan en condiciones y modos de vida concretos, que configuran perfiles de s/e relativamente característicos de las clases subalternas de la sociedad (Blanco, 1991; Blanco y Sáenz, 1994; Blanco y col. 1997).

En el terreno de los saberes y las prácticas en salud, se reconoce que toda práctica en salud expresa en sus características la composición de la sociedad en que opera; al mismo tiempo, da cuenta del tipo de conocimientos y recursos que los grupos sociales han desarrollado para resolver los problemas de s/e (Tetelboin, 1997). Al considerar las diversas formas de interpretar e intervenir en salud, como expresiones colectivas determinadas por la formación socioeconómica, se trasciende la idea de que éstas son el resultado del avance científico-técnico de la medicina y la noción instrumental sobre la política de salud, que la considera un medio para el desarrollo o para la satisfacción de necesidades despojándola de su carácter sociohistórico (Granados y Tetelboin, 2008).

El análisis de los saberes y las prácticas en salud permite caracterizar a las instituciones e identificar las relaciones económicas, políticas e ideológicas que prevalecen en un periodo histórico específico. Se parte, por lo tanto de la consideración de que las acciones emprendidas en este campo, poseen un carácter esencialmente político, dado que están dirigidas a modificar condiciones de apropiación de los beneficios sociales, que a su vez están determinadas por la posición de cada grupo social respecto al ejercicio del poder político y económico.

El estudio de los macro-procesos sociales y el papel que éstos juegan en la producción de la s/e colectiva, definen tendencias y explican en términos generales las particularidades de los perfiles de enfermedad y muerte. Sin embargo, en años recientes, las diversas y complejas expresiones de la s/e, han colocado el problema conceptual y práctico de la construcción de mediaciones en el quehacer académico. Una tarea actual, es desentrañar las articulaciones múltiples entre los procesos estructurales y los sujetos/actores que en su accionar resisten, modelan, transforman y reestructuran lo estructurado (Blanco, López y Rivera, 2007). Por su importancia, algunas de las dimensiones que han adquirido mayor visibilidad son: además de las relaciones de clase, las desigualdades de etnia/origen (Blanco, Rivera y López, 1996), género (Garduño, 2007) y generación; las estrategias familiares y las formas de vida cotidiana (López y col. 2003), el papel mediador del territorio (Blanco y López, 2007); las redes sociales (Bronfman, 2001) y los procesos de autoconstitución de los sujetos (Ayres, 2002)

En todas las formaciones capitalistas se expresan estas desigualdades, más o menos exacerbadas dependiendo del momento de desarrollo del capitalismo en cuestión. Sin embargo, la actual fase de desarrollo capitalista deteriora en forma acelerada la calidad de vida de las mayorías e impacta sobre tres procesos diferentes pero interrelacionados: el incremento de la pobreza, la profundización de las desigualdades económico-políticas y la ampliación de brechas sociosanitarias, que conforman sociedades crecientemente polarizadas.

En esta fase, conocida como globalización, el capital impulsa proyectos de reordenamiento mundial, basados en los preceptos de la economía neoclásica y de la ideología neoliberal, tiene entre sus características la primacía y movilidad irrestricta del capital financiero, la transnacionalización de las economías, en donde un grupo reducido de empresas definen la producción y el comercio mundial. El acelerado y desigual desarrollo científico-técnico que posibilita la transformación y deslocalización de procesos productivos e impone nuevos modos

de uso y exclusión de la fuerza de trabajo y la hiperconcentración de recursos planetarios (naturales, económicos, financieros, de conocimiento e información; así como, de capacidad político-militar), con efectos de exclusión masiva de poblaciones de los satisfactores esenciales para la vida (López y Blanco, 2007).

En este proceso de reorganización mundial, se consolida un bloque unipolar de superpotencias, que erosiona los estados-nación e impone a la mayoría de los países un papel subordinado en lo económico, lo político y lo social, cuya esencia es la global-subordinación a un orden planetario basado en las fuerzas del mercado. Se fortalecen los espacios supranacionales de decisiones económicas y políticas, se redefine la soberanía de los países y se imponen megaproyectos sociales que cuestionan la funcionalidad de los regímenes de bienestar, limitan el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales, reducen lo público, se apropian privadamente de lo público-rentable y transforman los satisfactores esenciales para la vida, en mercancías. (López y Blanco, 2007).

En esta globalización que amplía a todo el planeta su capacidad de explotar, despojar, excluir y exterminar, la discusión sobre los determinantes sociales de la salud y las posibilidades de articular proyectos de transformación, pasan por comprender, cuestionar y modificar las relaciones de global-subordinación planetaria.

La perspectiva de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud

La formación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), su exhaustivo trabajo para reunir evidencias sobre los determinantes y las desigualdades en salud (CDSS, 2008) y sus diversos informes temáticos (CDSS, 2008), representan un avance en la tarea de hacer visibles las relaciones entre desigualdades sociales y desigualdades en salud. El trabajo de dar visibilidad e importancia a lo social, en la producción de las condiciones de enfermedad, muerte y atención a la salud es esencial, en momentos en que existe un predominio de las visiones gerenciales y tecnocráticas para abordar y resolver los problemas colectivos de salud/enfermedad en el mundo (OMS, 2000; OMS, 2001). Así mismo, su interés de generar recomendaciones que contribuyan a la reducción de las desigualdades en salud y su insistencia en políticas que garanticen servicios esenciales con independencia de la capacidad de pago de las personas, son un contrapeso a las propuestas que promueven la privatización de bienes, recursos, servicios y de la vida misma (BM, 1994; BM, 1994; BM, 2004).

El informe final de la CDSS presenta una notable descripción de las desigualdades sociales y de salud y posiciona en el debate mundial sobre la salud, el tema de los determinantes sociales, que con frecuencia es soslayado por la perspectiva de la “nueva salud pública” o trivializado por las visiones ancladas en el modelo biomédico (Jarillo, López y Mendoza, 2004). A decir de la CDSS:

“La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo

libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país” (CDSS, 2008)

A partir de estas definiciones, en el informe de la CDSS se destacan un conjunto de problemas que desde nuestra perspectiva y a la luz de lo expuesto en el apartado anterior, deben ser discutidos:

- Está ausente una elaboración teórica explícita sobre la sociedad, por lo que la definición de determinantes es relativamente ambigua, pues hace referencia a los determinantes estructurales sin desarrollarlos suficientemente y a las condiciones de vida, que en conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud.
- Limita el problema de las desigualdades sociales a un problema distributivo, en donde la distribución injusta de bienes, ingresos, servicios y poder, afecta la vida de las personas. Su crítica al orden social se reduce a señalar que la mala distribución es tolerada e incluso favorecida por normas, políticas y prácticas sociales.
- La postura de reunir evidencia sobre los *factores sociales* que generan desigualdades en salud, reproduce las limitaciones del paradigma dominante en la epidemiología y la salud pública (Almeida, 2000; Breilh, 2003), pues fragmenta la realidad en factores, suponiendo que aislados mantienen su capacidad explicativa y son susceptibles de ser modificados.
- Los determinantes sociales, al ser convertidos en factores pierden su dimensión de procesos socio-históricos, expresión de formas específicas de las relaciones entre los hombres y de ellos con la naturaleza y, facilita su simplificación al ser entendidos y expresados como factores de riesgo, elecciones inadecuadas de estilos de vida, etc.
- Expresa una visión limitada de la configuración, dinámica y momento de desarrollo de las sociedades capitalistas, por lo que genera recomendaciones políticas abstractas para reducir las desigualdades sociales, limitándose al plano de “mejorar las condiciones de vida” y “repartir recursos”
- Están ausentes las reflexiones críticas y el análisis sobre la fase actual de desarrollo capitalista, sobre la globalización neoliberal y la recomposición geoestratégica del mundo, que impone un orden depredador y lesivo para la vida y la salud de los pueblos e impulsa procesos que ponen en riesgo la viabilidad del planeta (el cambio climático global, las guerras por recursos renovables y no renovables y más recientemente la crisis alimentaria)
- No se problematiza que la reducción de las desigualdades sociales y de las desigualdades en salud tiene los límites del capitalismo en general y de las formaciones

capitalistas particulares. Es decir, no se discuten las contradicciones entre lo “políticamente correcto” como preocuparse de la pobreza, proponer la reducción de brechas sociales y sanitarias y simultáneamente defender ferozmente la economía de mercado.

- Se plantea la reducción de las desigualdades en salud como un imperativo ético, sin embargo no hay una discusión explícita sobre los principios y valores de una ética de la salud, que trascienda la perspectiva bioética, cuestione la tanatopolítica que impera en el mundo globalizado y que coloque el debate en el plano de la biopolítica.
- En síntesis, el informe de la CDSS cumple con amplitud su propósito de reunir evidencias sobre las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en salud y en destacar la importancia de los determinantes sociales, pero es insuficiente para avanzar en la comprensión del origen de los problemas, lo que Benach y Muntaner señalan como “las causas, de las causas, de las causas” (Benach y Muntaner, 2008).

La acción política

El agotamiento de esta fase capitalista de globalización neoclásica y neoliberal, como modelo de sociedad, es también una crisis política y teórica que requiere prácticas políticas nuevas y capacidades renovadas de elaboración teórica. Un quehacer teórico y político que posibilite el desarrollo de propuestas orientadas para la construcción de un mundo sin explotación, sin dominación, sin discriminación y sin alienación (Sader, 2003). Es decir, las directrices de nuestro quehacer académico y político, deben inscribirse en una perspectiva anticapitalista y de emancipación.

Entre las tareas estratégicas que se consideran esenciales para nuestro accionar político, se identifican las siguientes:

Fortalecer la reflexión crítica en los espacios académicos y formar profesionales (mediadores estratégicos) con capacidades teóricas, competencias técnicas y comprometidos con la transformación las condiciones colectivas de salud, enfermedad y atención (Granda, 2000). La complejidad del contexto actual, requiere de solidez teórica para caracterizar e interpretar no sólo las contradicciones de esta fase capitalista y sus consecuencias negativas sobre la calidad de vida y la salud de las poblaciones (ALAMES, 2007), sino las claves para comprender las nuevas formas de lucha antiimperialista en América Latina, el auge de movimientos sociales y políticos, el ascenso de gobiernos antineoliberales y en algunos casos abiertamente anticapitalistas y los contenidos de las propuestas que prefiguren otro orden social.

- Articular el quehacer académico con diversos actores políticos, institucionales y sociales, con agendas comunes en la defensa y ampliación de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.
- Contribuir al desarrollo de propuestas que respondan a las necesidades colectivas en el corto plazo y que simultáneamente contribuyan a la transformación social y a la construcción de nuevas relaciones (Bustelo y Minujin, 1998). En esta perspectiva, se enuncian un conjunto de ejes de acción (teórica y práctica), cuyo avance depende de la movilización de múltiples actores y de una correlación de fuerzas favorable:

- Los satisfactores esenciales para la vida deben garantizarse con independencia de la capacidad de pago
- Defensa y ampliación de los derechos económicos, sociales y culturales (No regresividad, exigibilidad y justiciabilidad)
- Políticas justas de protección al empleo y trabajo digno
- Políticas fiscales progresivas y redistributivas
- Políticas sociales universalistas
- Protección social a lo largo de la vida
- Sistemas universales de salud de base pública.

Retos

La medicina social y la salud colectiva surgen del reconocimiento de que los procesos de salud/enfermedad, las representaciones de éstos y las respuestas sociales para enfrentarlos, expresan hechos histórico-sociales que atañen a los colectivos humanos y que, por tanto, es necesario explicar su determinación y distribución de estos procesos más allá de su causalidad próxima y del ámbito de la biología (Granda, 2003). A pesar del considerable avance en la explicación de diversas formas de manifestación de la salud/enfermedad, en el marco de los procesos particulares de reproducción social, no se ha resuelto suficientemente la trama teórico-metodológica que fundamenta su propuesta (López y Peña, 2007).

Entre sus retos está el descifrar los procesos de articulación/subsunción entre lo social y lo psico-biológico, distanciándose de los modelos que explican la s/e desde una plataforma biológica-natural o epidemiológica-probabilística y resolver la discusión entre historia y naturaleza, biología y sociedad, reconociendo que se trata de relaciones insuficientemente comprendidas en el plano epistemológico (Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-X, 2002).

Esto significa, que los retos teóricos y metodológicos no solo implican el abordaje de las relaciones entre lo biológico, lo psíquico y lo social, sino también los límites e insuficiencias en la teoría social para comprender la relación entre individuo-colectividad; así como, la delimitación más precisa de su campo y a las formas de aproximación a sus objetos (Almeida, 2001).

La ampliación del campo y la reformulación particular de los objetos de estudio es un ámbito de quehacer inacabado, para enfrentarlo, es necesario trascender la visión medicalizada y forzar el “corrimiento” del campo hacia la salud y a los momentos intermedios del proceso s/e; articular a la perspectiva de la determinación social, los planteamientos que rescatan la importancia de la acción humana en la construcción de lo social y, redimensionan la importancia de lo subjetivo.

Los ámbitos de formación de personal de salud y de investigación en salud, constituyen espacios para actualizar y renovar los múltiples aspectos y criterios con los que se asume la formación de profesionales de la salud; así como, las bases con la que se plantea, realiza y valida la investigación.

Actuar bajo la lógica de los determinantes sociales de la salud, requiere la confluencia de distintos cuerpos disciplinarios, por la complejidad de los objetos de estudio, que no sólo atañen a la interpretación, sino que también tienen un sentido instrumental y de acción transformadora en las intervenciones políticas y prácticas en salud, por lo que se requiere el impulso a campos comprensivos, más que disciplinas. En consecuencia se requiere transitar a propuestas de formación e investigación, donde se abandone el viejo modelo de cuerpos disciplinarios estáticos y rígidos, a campos de conocimiento, al menos, multidisciplinarios y en el mejor de los casos interdisciplinarios (Jarillo y col. 2007).

Otro reto es desarrollar una perspectiva ética, que permita guiar la toma de decisiones en salud colectiva, al responder a interrogantes sobre: ¿Quién decide? ¿Debe tratarse siempre a la salud como un bien público?, ¿Cuándo debe prevalecer el interés individual con respecto al interés colectivo, en materia de salud?, ¿Qué valores deben prevalecer cuando la prestación de servicios públicos se realiza, por ejemplo, en condiciones de gran necesidad y de gran escasez?, ¿Qué bienes sanitarios deben ser otorgados por el estado y qué bienes sanitarios son responsabilidad de los particulares?, ¿Qué desigualdades sanitarias son injustas, ¿Cómo pueden ser prevenidas o corregidas estas desigualdades?, ¿Quién debe responder estas preguntas, los expertos, la población afectada, o ambos? (López y Tetelboin, 2006).

No existen respuestas a estas preguntas que estén basadas en principios éticos adoptados consciente y sistemáticamente por la medicina social o la salud colectiva. Desde nuestra perspectiva, es urgente iniciar un análisis riguroso de los principios que potencialmente son aplicables a una práctica sanitaria que no eluda su carácter esencialmente político. En este sentido, es deseable iniciar con el examen de aquellos principios reconocidos como fundamentales en materia de análisis de la ética política, como es el caso de, por lo menos, los siguientes cinco principios: a) solidaridad, b) responsabilidad, c) precaución, d) protección y e) participación (López y Tetelboin, 2006)

Para terminar, es importante subrayar, que desde nuestra perspectiva médico-social y de salud colectiva, como campo de conocimiento y práctica, se pretenden comprender y transformar los procesos de salud, enfermedad, atención, cuidado. Sin embargo, no se trata de proponer un modelo interpretativo acabado, inamovible y extrapolable a todo momento, espacio y población. Se trata de una mirada crítica e innovadora ligada a un modo de entender la historicidad de las expresiones bio-psíquicas humanas como síntesis de procesos sociales e históricos más generales y recuperar sus múltiples dimensiones y formas de articulación.

Bibliografía

ALAMES, Declaración de Salvador de Bahía, Congresos IV Brasileño de Ciencias Sociales y Humanas en Salud, XIV de IAHP y X de ALAMES, 18 de julio, 2007, Brasil.

Almeida, Naomar (2000) *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología* (Argentina: Lugar Editorial/Universidad Nacional de Lanus).

Almeida, Naomar (2001) "For a general theory of health: Preliminary epistemological and anthropological notes", en *Cadernos de Saúde Pública* (Río de Janeiro) Vol. 17, N° 4

Ayres, José (2002) "Conceptos y prácticas en salud pública. Algunas reflexiones", en *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* (Antioquia) Vol. 20, N° 2.

Banco Mundial (1993) "Informe sobre el desarrollo mundial 1993". *Invertir en Salud* (Washington: Banco Mundial).

Banco Mundial (1994) "Informe sobre el desarrollo mundial 2004". *Envejecimiento sin crisis. Políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento* (Washington: Banco Mundial)

Banco Mundial (2004) "Informe sobre el desarrollo mundial 2004". *Servicios para los pobres* (Washington: Banco Mundial).

Belmartino, Susana (1992), "Políticas de salud: ¿Formulación de una teoría o construcción de un problema para investigar?", en Fleury, S. (org), *Estado y políticas sociales en América Latina*, (UAM/FIOCRUZ/ENSP: México)

Benach Joan y Muntaner Carles. Desigualdades en salud: una epidemia que podemos evitar. Entrevista por Salvador López Arnal, Rebelión 31 de agosto de 2008,

Blanco, José, López, Oliva y Rivera, José Alberto (2007). Módulo II: Distribución y Determinantes de la Salud Enfermedad. Maestría en Medicina Social, (México: UAM-Xochimilco)

Blanco J. y López O. (2007) Condiciones de vida, salud y territorio. Un campo temático en (re)construcción en: Jarillo E. y Ginsberg E. (Coords.) *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*, (Argentina: Lugar Editorial) pp.103-125

Blanco José (1991) "Región y clase social en la determinación de la enfermedad" en Almada Ignacio (coord.) *Salud y crisis en México. Más textos para el debate* (México: Cuadernos del CIIH/UNAM)

Blanco José y Sáenz, Orlando (1994) *Espacio urbano y salud* (Guadalajara: Universidad de Guadalajara).

Blanco, José, Rivera, José Alberto, López, Oliva (1996) "Chiapas: la emergencia sanitaria permanente", en *Chiapas* (México) N° 2

Blanco, José, López, Oliva, Rivera, José Alberto (1997) "Calidad de vida" en Eibenschutz, R (coord.) *Bases para la planeación del desarrollo urbano en la Ciudad de México* Tomo I: Economía y sociedad en la metrópoli (México: Universidad Autónoma Metropolitana/Grupo Editorial Porrúa).

Breilh Jaime (2003) *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad* (Buenos Aires: Lugar Editorial)

Breilh, Jaime y Granda, Edmundo (1982) *Investigación de salud en la sociedad* (Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud).

Bronfman, Mario (2001) *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y mortalidad infantil* (Buenos Aires: Lugar Editorial/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias).

Bustelo, Eduardo y Minunjin, Alberto (1998) *Todos Entran. Propuesta para sociedades incluyentes* (Bogotá: Santillana).

Cohn, Gabriel (2003) "Renovando os problemas nas Ciências Sociais" en Goldenberg, Paulete, Marsiglia, Regina y Gomes, Mara Helena (Orgs.) *O Clássico e o Novo. Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde* (Rio de Janeiro: FIOCRUZ).

Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (2008), OMS

Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (DCSC) (2002) *Plan de Estudios. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco* (México).

Garduño, Ma. de los Angeles (2007) La relación salud, género y trabajo. Aproximándose a la discusión en: Jarillo E. y Ginsberg E. (Coords.) *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*, (Argentina: Lugar Editorial) pp. 189-215

Granados José Arturo y Tetelboin Carolina (2008) Módulo III: Práctica Médica y Política de Salud. Maestría en Medicina Social, (México: UAM-Xochimilco)

Granda, Edmundo (2000) "Formación de salubristas: Algunas reflexiones" en *La salud colectiva a las puertas del siglo XXI* (Medellín: Universidad Nacional de Colombia/Universidad de Antioquia).

Granda, Edmundo (2003) "¿A qué cosa llamamos salud colectiva, hoy?" Ponencia presentada en el VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva (Brasilia).

Granda, Edmundo, Artunduaga, Luz Angela, Castillo, Humberto, Herdoíza, Amira, Merino Ma. Cristina y Tamayo, Cecilia (1995) *Salud Pública: Hacia la ampliación de la razón*. En: Mercado, Francisco y Robles Leticia (Comp.) *La medicina al final del milenio. Realidades y proyectos en la sociedad occidental* (Guadalajara: Universidad de Guadalajara/ALAMES

Iriart, Celia, Waitzkin, Howard, Breilh, Jaime, Estrada, Alfredo y Merhy, Emerson (2002) "Medicina Social latinoamericana: aportes y desafíos", en *Revista Panamericana de Salud Pública* (Washington), Vol. 12, N° 2.

Jarillo, Edgar, López Sergio y Chapela Ma. Consuelo (2007) "La perspectiva de los determinantes sociales en salud en la formación del personal de salud e investigación" Ponencia presentada en el Taller sobre Determinantes Sociales de la Salud, Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública, San Luis Potosí, (México)

Jarillo, Edgar, López, Oliva y Mendoza, Juan Manuel (2005) La formación de recursos humanos en salud pública en México. En: Vásquez D., Cuevas L. y Crocker R. (Coords.) *La formación de personal de salud en México*. (México: OPS/PROCORHUS), pp. 239-265

Laurell, Asa Cristina (1982) "La salud-enfermedad como proceso social", en *Revista Latinoamericana de Salud* (México) N° 2.

Laurell, Asa Cristina (1994) "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad" en Rodríguez, María Isabel (coord.) *Lo biológico y lo social* Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101 (Washington, OPS/OMS).

Laurell, Asa Cristina y Márquez, Margarita (1983) *El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud* (México: Editorial Era).

Laurell, Asa Cristina y Noriega, Mariano (1989) *La salud en la fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México* (México: Ediciones Era).

López Oliva y Blanco José (2007) Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal, en: Jarillo E. y Ginsberg E. (Coords.) *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*, (Argentina: Lugar Editorial), pp. 21-48.

López Oliva y Peña Florencia (2006) "Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano", en: De la Garza Enrique (Coord.) *Tratado Latinoamericano de Sociología*, (España: Anthropos/UAM)

López, Oliva y Blanco, José (2003) "Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones", en: *Salud Problema, Nueva Época*, (México) Vol. 8 N° 14-15

López Sergio y Tetelboin Carolina (2006) "Más allá de la bioética: hacia una ética de la salud" en: Eibenschutz Catalina y col.(Eds.)¿Hacia donde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción (México: UAM-X, OPS, UNAM, IPN, FES-Zaragoza)

OMS (2000) *Informe sobre la situación de salud en el mundo*. (Ginebra: Organización Mundial de la Salud)

OMS (2001) *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development* Report of the Commission on Macroeconomics and Health (Canadá: Organización Mundial de la Salud)

Rosen, George (1985) *De la policía médica a la medicina social*, (México: Siglo XXI editores)

Sader E. (2006) *La venganza de la historia. Hegemonía y contrahegemonía en la construcción de un nuevo mundo posible*, (México: Ed. Era)

Tetelboin, Carolina (1997) "Problemas en la conceptualización de la práctica médica", en *Estudios en Antropología Biológica* (México), Vol. VIII.

Waitzkin, Howard, Iriart, Celia, Estrada, Alfredo y Lamadrid, Silvia (2001) "Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups", en *The Lancet* (London), N° 358.