

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

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.

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 (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 (Anand & 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), apoyada en la teoría económica keynesiana de la demanda sostenida y 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 Mugerza, los derechos humanos “eran exigencias morales antes de ser reconocidos como tales derechos” (Mugerza, 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” (Mugerza, 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 servicios 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 diversas, 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 de no ser tratado como medio y, de manera recíproca, no tratar al otro o la otra como medio. Esto tiene todo que 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. Se trata, además, de un sujeto colectivo, pues los seres humanos somos sociales, interdependientes y de nuestra interacción, planeada y no planeada, surgen las “figuraciones humanas” de las que habla Norbert Elias (1998 [1977]). De manera que no se trata de la defensa individual de intereses, sino de la conciencia de la interdependencia humana y su expresión en los derechos humanos.

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.

- Breilh 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.
- Elias N (1998) [1977] Hacia Una teoría de los procesos sociales. En: *La civilización de los padres y otros ensayos*. Compilación y presentación de Vera Weiler. Bogotá: Editorial Universidad Nacional, Grupo Editorial Norma: 139-197.
- 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 Cidadãos. 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, Petrer M, Vallenas 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.

Muguerza 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.