

Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones

Olivia López Arellano*, José Blanco Gil**

Resumen

En este ensayo se revisa en forma breve la evolución del concepto de desigualdad social, las principales corrientes que lo han abordado y sus diferencias esenciales. Se contrastan las tesis conservadoras sobre la desigualdad social y su contraparte la llamada "antítesis radical". Así mismo, se incluye una revisión de la relación entre desigualdad social y salud, en donde se muestra que este vínculo ha sido explorado y reconocido desde civilizaciones muy antiguas. En los siglos XIX y XX se reconoce una mayor visibilidad de esta relación con los movimientos igualitaristas de este periodo. Así mismo, se identifica para la década de los noventa del siglo XX, un desplazamiento del interés por la desigualdad que es sustituido por las preocupaciones sociales y sanitarias sobre la pobreza y, finalmente, la emergencia del concepto de inequidad que se convierte en una de las categorías fundamentales que engloban las preocupaciones centrales de la agenda en salud del nuevo milenio.

Palabras clave: desigualdad social y salud, inequidades en salud, desigualdades e inequidades en salud.

Abstract

A brief review on the evolution of the social inequality concept, the main theoretical approaches and the essential differences between them are presented. The conservative thesis and its counterpart the "radical antithesis", are contrasted. The relationship between social inequality and health is reviewed and showing that this link has been identified since long time ago in ancient civilizations. We propose that in the XIX and XX centuries those relationships became more visible linked to the emergent discourses of social movements for equity. Also, we identified that in the decade of 1990, the focus in social inequality was progressively substituted with the concept of poverty. Finally, this paper refers to the emergency of the concept of inequity as one of the central categories to build the Health Agenda in the new millenium.

Key words: Social inequality and health, health inequities, inequality and inequity in health.

Fecha de recepción: mayo 13 de 2004
Fecha de aprobación: octubre 13 de 2004

*Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias de Salud Colectiva, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, correo electrónico: oli@correo.xoc.uam.mx

** Maestría en Medicina social, Departamento de atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, correo electrónico: jblan@cocorreo.xoc.uam.mx

Introducción

El impacto de los procesos de mundialización, cuyo componente principal es la global-subordinación planetaria al poder económico-financiero de un reducido grupo de empresas transnacionales se expresa en la profundización de la desigualdad económica y social intra e interpaíses, en el masivo aumento de la pobreza en el mundo y hace más visible el problema de las inequidades en salud, redimensionando su importancia en el conjunto de las preocupaciones sanitarias (Chen y Berlinguer, 2002).

Desde luego, el problema de la desigualdad social y su expresión en inequidades en salud no es nuevo, sus orígenes se remontan a la existencia de sociedades diferenciadas en estamentos y castas y es documentado en culturas tan antiguas como la egipcia; sin embargo, su comprensión ha variado históricamente y dependiendo de la perspectiva conceptual con que se aborde, posibilita diversos horizontes de visibilidad científica.

Un análisis de la evolución del concepto de desigualdad social y su relación con los procesos de salud/enfermedad/atención, orientará la discusión sobre su capacidad explicativa y sus consecuencias en la práctica. Particularmente, su concreción en la definición de políticas sociales equitativas.

El concepto de desigualdad social

En el desarrollo de la concepción sobre desigualdad social se pueden ubicar dos tesis principales: una que la considera justa, necesaria e inevitable (defensa del status quo) y otra que la considera injusta e innecesaria (crítica del sistema distributivo). Lenski denomina a la primera la "tesis conservadora" y a la segunda la "antítesis radical" (Lenski, 1982). Estas visiones sobre la desigualdad social han coexistido en permanente confrontación a lo largo de la historia.

La existencia de la desigualdad social en las formaciones precapitalistas, es reconocida y explicada como un fenómeno natural y/o divino. En las sociedades esclavistas la diferenciación social es atribuida al estatuto no humano de los esclavos. Aristóteles, defiende la esclavitud y la institución de la propiedad privada como hecho natural, conveniente y justo (Aristóteles, 1963). Platón propone sólo la igualdad sobre las posesiones materiales pero no objeta la desigualdad *per se*. En la sociedad feudal, las relaciones de servidumbre y de sujeción personal son legítimas por derecho divino. El poder político y económico está concentrado en el señor feudal y la dominación ejercida es

aceptada por los siervos. El derecho natural justifica en este momento la desigualdad y la dominación/subordinación de los grupos humanos.

El tránsito de sociedades feudales a sociedades capitalistas se caracteriza por diversos fenómenos. Entre los más importantes se pueden mencionar: la redefinición de las formas productivas, la generalización del intercambio de mercancías y la conformación inicial de los Estados-nación. En este periodo, la concentración de tierras y la expulsión de los siervos, genera grandes contingentes humanos desplazados cuya única posesión es su fuerza de trabajo. Estos grupos "liberados" de la sujeción feudal, se convierten en hombres libres - en el sentido de tener libertad para vender su fuerza de trabajo - y progresivamente adquieren una serie de derechos frente a un Estado en formación (Marx, 1978).

El Estado se constituye en un poder público ejercido sobre un territorio y una población, con la finalidad de garantizar el intercambio de mercancías, entre las que se incluye la fuerza de trabajo, en un marco jurídico ordenado y en "igualdad" de condiciones. Es decir, el Estado aparece como vigilante del contrato social que realizan voluntariamente seres inseguros y aislados quienes buscan maximizar su poder. Este pacto común presupone individualismo, utilidad e igualdad (Pashukanis, 1975). Las condiciones formales de libertad e igualdad revolucionan el orden feudal basado en la desigualdad natural y posibilitan la emergencia del concepto de ciudadanía, que resume los postulados del derecho positivo, sustentado en el principio de igualdad jurídica. Las obras de Locke y Rousseau, sientan las bases para la comprensión moderna de los derechos socavando la teoría del derecho divino de los reyes (Siglos XVII y XVIII).

Desde la perspectiva de la antítesis radical, desarrollada conceptual y políticamente con los escritos de Marx y Engels, en el siglo XIX, las causas de la desigualdad se ubican en la naturaleza de las formas de producción y su lógica distributiva. Ambos autores realizan un análisis de las causas de la desigualdad socioeconómica y un programa de acción política para acceder a un nuevo orden social (Marx, 1978).

Simultáneamente, en este periodo la "tesis conservadora" se fortalece con la teoría de Adam Smith sobre la "mano invisible del mercado" como organizadora de la vida social, en donde el Estado únicamente debe vigilar la relación contractual entre los individuos y garantizar el respeto a la propiedad privada y a la iniciativa individual (Smith, 1961). Según sus defensores, el libre juego de las leyes de la competencia tiene la virtud de disciplinar a las masas, controlándolas mediante el restablecimiento de la

responsabilidad individual como elemento de diferenciación social (Villarreal, 1985). Los argumentos sobre la selección natural incorporados por los darwinistas sociales para explicar y justificar la desigualdad entre los hombres, también apuntan en este sentido. Entre los exponentes de esta concepción destaca Summer, quien sostiene que el sistema de sociedad de clases constituye en esencia una medida del valor social de los hombres; esto, a su vez, es una medida de capacidad natural.

En el capitalismo del siglo XX, la explicación sobre la desigualdad social es influenciada por el enfoque funcionalista heredero de la tesis conservadora, cuyas premisas destacan los aspectos necesarios y benéficos de la desigualdad social y considera al sistema de distribución esencialmente justo. Así, la desigualdad se entiende como una condición necesaria de todas las sociedades, bajo el argumento de que cualquier sistema de estratificación surge de la necesidad de recompensar a los hombres más destacados y atribuir mayor importancia funcional a ciertas tareas; así mismo, responder a la escasez de personal idóneo.

La principal necesidad funcional que explica la presencia universal de la estratificación es ... la exigencia sentida por toda sociedad de colocar y motivar a los individuos en la estructura social. Una sociedad como mecanismo funcionante, debe distribuir de algún modo a sus miembros ... e inducirlos a realizar las tareas inherentes a esas posiciones. El problema de las motivaciones se plantea pues, en dos niveles diferentes: infundir en los individuos idóneos el deseo de ocupar ciertas posiciones y, una vez que las ocupen, el deseo de cumplir con las tareas respectivas... es inevitable el hecho de que una sociedad deba tener, en primer lugar, ciertos tipos de recompensas que puedan obrar como incentivos y en segundo lugar, alguna manera de distribuir estas recompensas diferencialmente de acuerdo con las posiciones. Las recompensas y su distribución se convierten en parte integrante del orden social, dando lugar así a la estratificación (Davis y Moore, 1982).

Se parte del supuesto de que en toda sociedad humana existe un conjunto de valores surgidos de las necesidades de la sociedad. En tanto que las necesidades de todas las sociedades son semejantes, estos valores son universales variando únicamente en el orden de importancia que cada sociedad les asigna. Las recompensas y las posiciones se otorgan a los individuos en función del grado en que sus cualidades y desempeños se ajustan a las normas fijadas por su sociedad. Luego entonces, si los hombres difieren en estas cuestiones la desigualdad es inevitable. Es decir, toda estratificación representa una jerarquía de valores (Parsons, 1982).

En contraste con los funcionalistas, los teóricos del conflicto enfocan el problema de la desigualdad desde el punto de vista de los distintos individuos y grupos existentes en el seno de la sociedad y su lucha por bienes y servicios escasos. Conceptualizan la desigualdad social, a partir de los postulados de la antítesis radical, que considera injusto al sistema distributivo (Lanski, 1982). Particularmente, la corriente socio-histórica interpreta a la desigualdad como resultado de las formas de producción y de apropiación de los recursos; así como, de los sistemas de relaciones de poder que se establecen entre sectores y poblaciones. La desigualdad social es resultado de la división de la sociedad en clases, producto de la contradicción histórica entre: propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza que deviene en relaciones de poder profundamente asimétricas.

En esta perspectiva, el concepto de igualdad se redefine trascendiendo los límites de la igualdad jurídica y se arriba a una concepción de igualdad en sentido amplio, en donde la riqueza generada colectivamente debe ser accesible a toda la población y deben garantizarse condiciones básicas de existencia como prerequisite para el máximo desarrollo de las capacidades individuales y colectivas (Sen, 1985; Sen, 1993).

El desarrollo de las sociedades deja de manifiesto que la igualdad jurídica no tiene una correspondencia con la igualdad social, colocando en el centro de la discusión la desigualdad económico-social. En los hechos, las propuestas revolucionarias de ciudadanía universal se desdibujan en distintas ciudadanías. Mientras que los movimientos igualitarios del siglo XVIII se orientan a la superación de la desigualdad legal, en los siglos XIX y XX apuntan al combate de la desigualdad social y económica.

En el interés por la desigualdad confluyen distintas perspectivas. Desde los utilitaristas, que consideran que las desigualdades imponen límites para que los individuos alcancen su máximo potencial y están interesados en maximizar la suma de "bienestares individuales"; hasta las visiones igualitaristas preocupadas por los procesos distributivos, que sin embargo, expresan gran diversidad a la interrogante de ¿igualdad en relación a qué? Así, se propone igualdad de oportunidades (Veatch, 1991); igualdad en los recursos generales de la sociedad y libertad para decidir como utilizarlos (Dworkin, 1993); igualdad en capacidades básicas, que implica la garantía de un umbral determinado de satisfactores esenciales universales (Sen, 1985) o igualdad como imparcialidad, en donde las instituciones sociales, económicas y políticas básicas funcionen sin exclusiones (Rawls, 1993). En estas diferencias

de enfoque se expresa el interés en la igualdad de los resultados sanitarios finales (Gakidou, 2000), es decir el énfasis sobre los patrones distributivos de salud y/o atención, o una perspectiva social más amplia en donde las desigualdades son producto de organizaciones sociales injustas.

En el debate socio-sanitario en la década de los noventa del siglo XX, la discusión sobre desigualdad social es relativamente desplazada por el interés suscitado por el problema de la pobreza en su conceptualización, definiciones, medición y acciones para combatirla. Este desplazamiento puede explicarse por tres elementos: por una parte, la complejidad que entraña la comprensión y la medición de la desigualdad socioeconómica (Stern, 1982; Cortez y Rubalcava 1982; Schneider y col, 2002), en segundo término por la politicidad del concepto que remite inmediatamente a situaciones de diferenciación social, en donde existen grupos de población (clases o estratos según la perspectiva analítica) que reciben, se apropian y/o tienen acceso diferente a los satisfactores producidos por una sociedad particular. Es decir, se trata de un concepto más inclusivo que remite a niveles estructurales y a conceptos de equidad y ciudadanía que involucran en forma inmediata los planos político e ideológico. En tercer lugar, el interés por la noción de pobreza procede del hecho que se articula con menores contradicciones con las políticas sociales focalizadas de corte neoliberal, ya que el Estado sólo debe intervenir para la atención de los "extremadamente pobres" y dejar al mercado la resolución de las necesidades sociales de los "no pobres" (López y Blanco, 2001).

El concepto de desigualdad social, que compara condiciones de vida y de trabajo entre grupos poblacionales, contrasta con el concepto de pobreza referido al nivel de vida absoluto de una parte de la población (Banco Mundial, 1990). La limitación fundamental de este concepto de pobreza radica en que hace abstracción del orden económico y sociopolítico en el que se produce el fenómeno y reduce el problema a una descripción estática de carencias materiales, sin considerar que la pobreza es producto del proceso histórico de cada sociedad y va más allá de la privación material.

Diversos teóricos han propuesto una perspectiva más dinámica que redefine a la pobreza como la imposibilidad para satisfacer las necesidades humanas básicas y participar plenamente en la vida social. Esta redefinición implica precisar el concepto de "necesidades humanas básicas" y asumir su conformación histórica. En esta lógica y con objeto de delimitar el concepto se han propuesto un conjunto de necesidades básicas y de características esenciales de sus

satisfactores, reconociendo dos grandes conjuntos (PNUD, 1990):

- a) Necesidades y sus correspondientes satisfactores derivados de la noción de dignidad humana y de la universalidad de los derechos humanos esenciales, que da lugar a un concepto absoluto y,
- b) Necesidades y satisfactores definidos por cada sociedad particular, en relación a su propio desarrollo, a su concepción de bienestar, a los estándares de vida, etcétera (concepto relativo).

Si bien, los conceptos de desigualdad y pobreza son fenómenos relacionados, hacen referencia a procesos socioeconómicos diferentes. Es posible la existencia de formaciones sociales relativamente igualitarias, pero con niveles generalizados de pobreza; o bien, sociedades muy desiguales con un mínimo de población pobre. Se trata de fenómenos distintos, mas no independientes, ya que ambos –en formas diversas– hacen alusión a problemas de equidad, de justicia distributiva y de integridad de ciudadanía de la organización social (Abranches y col. 1987; Sen, 1992).

Para el siglo XXI, la mundialización de la economía y sus elevados costos sociales y sanitarios (exclusión, pobreza, desempleo masivo, violencia, hambre, enfermedad y muerte) muestran la urgencia de revalorar la lucha contra las desigualdades económicas y sociales y colocan en el terreno del debate y la acción socio-sanitaria a la equidad en salud. Los movimientos para garantizar los derechos económicos, sociales y culturales apuntan en esta dirección (ONU, 1976)¹.

Desigualdad social y salud

La relación entre desigualdad social y salud-enfermedad-atención es documentada desde civilizaciones muy antiguas. En Egipto, un documento de la época menciona:

Nunca he visto que un herrero haya sido embajador, ni que un obrero de la fundición haya sido enviado en misión diplomática, pero si he visto al herrero en su trabajo asarse en la boca de la fragua. El albañil está expuesto a todos los riesgos y a todas las inclemencias del tiempo, trabaja sin ropas, sus brazos están cansados y su alimento mezclado con tierra y basura; se come las uñas porque no tiene otro alimento... (Papiro Sallier, citado en Sigerist, 1987:59-60).

¹ Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales signado por la mayoría de los países de América Latina y que establece como derechos: el trabajo, la libertad sindical, la seguridad social, un nivel de vida adecuado (seguridad alimentaria, vestido y vivienda), la salud, la educación y la participación en actividades científicas y culturales.

Otros escritos señalan el cuidado selectivo del que son objeto ciertos grupos dependiendo de su importancia social. "Nada se hacía para protegerlos si no se protegían ellos mismos... Sólo se proporcionaba servicio médico a los que divertían a la gente: los gladiadores" (Plinio, citado en Sigerist, 1987:61) En épocas más recientes, diversos testimonios describen el duro destino de los trabajadores, los peligros de ciertas ocupaciones y las enfermedades que éstas acarrearán. Bernardino Ramazzini, documenta las diferentes condiciones de trabajo, los riesgos para la salud, las enfermedades profesionales y su tratamiento para cuarenta y un oficios, publicando su libro *De morbis artificum diatriba* en 1700. Otro ejemplo de desigualdad y de atención diferenciada se observa a finales del siglo XVII, en donde a partir de la introducción del fusil, el ejército se vuelve más técnico y costoso. Para aprender a manejar un fusil se requieren ejercicios, maniobras, adiestramiento, por lo que el "costo" de un soldado excede al de un simple trabajador. "Una vez formado un soldado no se le puede dejar morir. Si muere ha de ser en debida forma, como soldado, en una batalla, no por causa de una enfermedad" (Foucault, 1978:64).

En los inicios del capitalismo, la revolución industrial y sus requerimientos de fuerza de trabajo, provoca intensas migraciones del campo a la ciudad y profundiza la precariedad en las condiciones de vida de grandes contingentes humanos. Las concentraciones urbanas insalubres donde habitan los grupos obreros y las jornadas de trabajo extenuantes en condiciones antihigiénicas, favorecen la propagación de enfermedades y la elevada mortalidad.

En pocas décadas, millones de individuos criados en granjas y en ciudades pequeñas fueron desarraigados y expuestos, repentinamente, al efecto debilitador del empleo inhumano...formaron la clase proletaria originada en la primera fase de la revolución industrial en todo el mundo (Dubos, 1975:209).

Thackrah, Chadwick y Engels, reconocen la desigualdad imperante en esta época y su relación con la salud a través de documentar las condiciones de vida de los grupos obreros (Engels, 1974). Virchow, uno de los exponentes más notables del movimiento médico-social europeo del siglo XIX, aseguraba que "Lo que sometemos a tratamiento no son enfermedades, sino condiciones, en todas partes estamos confrontados solo por cambios en las condiciones de vida. La enfermedad sólo es la vida en condiciones anormales" (Virchow, 1974:18).

En el debate conceptual contemporáneo, se pueden identificar varios modelos explicativos para aproximarse a la comprensión de los procesos de desigualdad social y salud. Aunque destacan dos concepciones polares que se han confrontado en diversos momentos: el modelo sociomédico funcionalista, sustentado en las tesis conservadoras sobre la estratificación social y desarrollado principalmente en los Estados Unidos de América; el modelo médico-social (europeo y latinoamericano), cuya construcción teórica parte de una visión socio-histórica y se identifican puntos de encuentro con la perspectiva radical sobre la desigualdad social (The Black Report, 1982; Bronfman y Tuirán, 1984; Betancourt y col. 1991; Andersson y Marks, 1989; Blanco, 1991; Evans, Barer y Marmor, 1999 y, Marmor y Wilkinson, 1999).

Si bien, el punto de partida es distinto en cada uno de estos enfoques, han contribuido de manera fundamental al reconocimiento e interpretación de la relación entre desigualdad social y salud-enfermedad-atención en poblaciones, aun cuando sus perspectivas teóricas distintas entrañan ventajas y dificultades para cada uno de ellos.

Desde la perspectiva funcionalista, el concepto de desigualdad es sustituido por el de estratificación social. Esta visión es esencialmente ahistórica, en tanto presupone que las necesidades de todas las sociedades son semejantes y sus valores son universales, variando únicamente el orden de importancia que cada sociedad les asigna (Parsons, 1982). Los estratos así definidos se constituyen en categorías descriptivas y estáticas. Al construir estratos a través de variables individuales (p.e. ingreso, ocupación, escolaridad) la posición del individuo es resultado de una serie de atributos personales. En el campo de la salud pública, este tipo de estratificación permite identificar diferenciales de salud/enfermedad/atención para cada uno de los estratos y explicar sus diferencias en términos individuales. Se considera, además que los valores básicos que movilizan a la sociedad para responder frente a los problemas de salud son la responsabilidad personal, la conciencia social, la libertad y la igualdad y que en torno a estos valores se conforma una gama de combinaciones de atención a la salud. Lo que justifica la desigualdad institucionalizada al reconocer que hay sociedades que dan mayor importancia a la responsabilidad individual y a la libertad y que, por lo tanto, la atención a la salud forma parte de sus sistemas de recompensas (Tumin, 1982). En otras sociedades, la conciencia social y la igualdad tendrán una jerarquía mayor en la escala de valores, por lo que la atención a la salud será considerada más como un derecho que como una gratificación (Donabedian, 1988).

Desde la perspectiva socio-histórica, además de describir el fenómeno de desigualdad social y salud, se pretende explicar su esencia a través de un proceso de construcción conceptual más complejo. Este enfoque identifica - en un plano más abstracto - dos clases polares y, un conjunto de grupos sociales que constituirían las llamadas fracciones de clase (utilizadas en el análisis de situaciones concretas). En este marco explicativo, las clases sociales (y sus fracciones) sintetizan procesos/relaciones/contradicciones económicas y político-ideológicas, que explican la desigualdad social y los procesos colectivos de enfermedad, muerte y atención. En este plano se identifican los determinantes estructurales de las desigualdades del proceso salud/enfermedad/atención y de la conformación histórica de las diversas respuestas en salud.

La complejidad metodológica que entraña la exploración de relaciones, hace difícil el abordaje de la desigualdad social y la salud en todas sus dimensiones. Está presente el problema de la operacionalización de las categorías generales y la búsqueda de las mediaciones. La mayor parte de las veces se requiere del desdoblamiento de las categorías teóricas en conceptos intermedios, que permitan transitar entre el alto nivel de abstracción de aquellas y el plano empírico. Esos conceptos intermedios tienen que ser contruidos a partir de los componentes de la categoría general y frecuentemente no pueden desarrollarse sin modificar - limitándolo - el referente teórico inicial (Blanco y col. 1997). Es frecuente, que cuando se realiza investigación concreta en el terreno de la desigualdad social y la salud, se hace énfasis en el plano económico y se soslaya la exploración de las significaciones y del plano político-ideológico, ya que la aprehensión empírica de estas dimensiones es más compleja.

A pesar de estas limitaciones, los análisis que parten de categorías como clase social, etnia y más recientemente género, permiten reconocer procesos de apropiación desigual de los bienes, satisfactores y beneficios producidos socialmente y relaciones de dominación/subordinación; así como, entender los procesos de determinación social de la salud/enfermedad/atención, posibilitando una visión mas integral de la producción colectiva de las condiciones de salud y de las respuestas sociales para enfrentarlas (Bronfman y Tuirán, 1984; Breilh y col. 1987; Blanco y Sáenz, 1994).

En el terreno de la respuesta al fenómeno salud-enfermedad, el análisis socio-histórico ha logrado demostrar que la institucionalidad de la atención médica y su desarrollo, no se conforma a través de un sistema de valores, sino de relaciones económicas y político-ideológicas que contribuyen a seleccionar, preservar y reproducir la fuerza de trabajo necesaria para la valorización del capital; además

se realiza el plusvalor contenido en las mercancías médicas (medicamentos, equipo e instrumental, entre otras), en la producción de servicios y genera plusvalor directo o indirecto. Así mismo, como un elemento mas de diferenciación entre los grupos, mediante su acceso desigual a diversas modalidades e instituciones de atención sanitaria; a través de la formación de intelectuales y del desarrollo y difusión de concepciones acerca de la salud, la enfermedad y la muerte a partir de una ideología hegemónica, que contribuyen a ocultar las contradicciones entre producción colectiva, apropiación privada y distribución inequitativa de la riqueza (García, 1972).

En este marco, las propuestas derivadas de este enfoque son complejas y trascienden la actividad del sector salud, ubicando su quehacer en el impulso a políticas públicas saludables que involucran modificaciones estructurales en la organización social.

Inequidades en salud

En el debate sanitario actual, la preocupación por las desigualdades se centra en las reconocidas como inequidades en salud. En este concepto se incluye al conjunto de indicadores de resultados de salud y de atención cuyas diferencias entre grupos humanos, países y regiones se consideran injustas (Gwatkin, 2000). Es decir, la inequidad entraña una valoración ética que subraya los diferenciales en salud inaceptables. Sin embargo, la inequidad en salud con frecuencia es utilizada en forma restrictiva, limitándola a la atención médica y a la asistencia sanitaria (Daniels, 1998). La forma más frecuente de documentar las inequidades en salud es a través del análisis de patrones de distribución de resultados finales de daño (enfermedad, muerte, discapacidad, años de vida saludable perdidos, etcétera) o de acceso (coberturas, acceso, calidad, entre otros), haciendo comparaciones en el tiempo y/o entre distintos contextos y visibilizando sólo el (posible) impacto del sector salud (Diderichsen, Evans y Whitehead, 2002).

En el mismo sentido, cuando se habla de inequidad se involucran nociones de evitable, inaceptable e injusto, sin embargo, dado que las distintas sociedades desde su historia y su cultura, responden en forma diversa a ¿qué es equitativo y qué no lo es?, la equidad en salud no debe constituirse en un concepto predefinido desde una perspectiva tecnocrática (Peter y Evans, 2002). Conceptos como la evitabilidad e inaceptabilidad de los daños, la prematuridad en su aparición, la extensión y el tipo de servicios básicos, obligan a considerar un componente relativo, sin soslayar el componente universal e irreductible de satisfactores para la resolución de las necesidades humanas (entre ellas la salud)

(Boltvinik, 1990) y para la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales.

Diversos autores fundamentan la necesidad de diferenciar entre desigualdades e inequidades. Margaret Whitehead, propone valorar cuales desigualdades son injustas y por tanto se constituyen en inequidades, con este propósito, identifica siete determinantes de las diferencias en salud: 1) la variación natural biológica, 2) la libre elección de conductas dañinas, 3) la ventaja de salud de un grupo sobre otro, 4) las conductas saludables o dañinas donde el grado de elección de los estilos de vida es muy restringido, 5) la exposición a condiciones de vida y trabajo insalubres, 6) el acceso inadecuado a servicios de salud esenciales y otros servicios públicos y 7) la selección natural o movilidad social relacionadas con la salud, que incluye la tendencia de las personas enfermas a descender en la escala social. La autora concluye que en general sólo los cuatro últimos se consideran determinantes de las inequidades en salud (Whitehead, 1992); sin embargo, en una perspectiva médico-social todos los componentes propuestos podrían determinar inequidades en salud, pues desde esta corriente de pensamiento se reconoce la historicidad de la biología humana (Laurell, 1994) y la determinación social de necesidades, que modelan y limitan la "libre elección de conductas dañinas y de estilos de vida saludables".

Naomar Almeida distingue entre diversidad, diferencia, inequidad e iniquidad. Reconoce a la inequidad como un anglicismo que hace referencia al término *inequity* que implica diferencias o variaciones sistemáticas, innecesarias y evitables en el seno de las poblaciones humanas y al término iniquidad como el concepto referido a inequidades resultantes de la injusticia social en presencia de diversidades, desigualdades o diferencias (Almeida, 1999).

Jaime Breilh coloca a las desigualdades como la expresión observable de la inequidad entendida como el proceso más general que hace referencia a la organización social:

la inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que las genera, es decir al carácter y modo en que una sociedad define su reparto y acceso desiguales (desigualdad social) que es su consecuencia (Breilh, 2003).

La preocupación de éstos y otros autores para definir la equidad en salud y las diferentes visiones de lo que el término involucra, muestra que se trata de un concepto debatido sobre el que no hay una postura homogénea (Barbosa da Silva y Azevedo, 2002).

Si bien se reconoce que hablar de inequidades en salud remite a planos ético-valorativos, también es cierto que restringir esta valoración al campo de los resultados de la atención médico-sanitaria, contribuye a invisibilizar el orden social que les da origen y sus determinantes políticos, económicos y sociales; así como, a desestimar los intentos de cuestionamiento y modificación de la organización social en su conjunto para avanzar hacia sociedades más justas e igualitarias, con los habituales argumentos de que se trata de planteamientos poco realistas o inviables.

Desde una perspectiva amplia, se propone que el abordaje de la inequidad en salud no debe limitarse sólo a los resultados sanitarios, sino también destacar los procesos sociales y la organización social injusta que la produce, dando un mayor peso explicativo a los determinantes socioeconómicos, políticos y culturales. Es decir, entender la equidad en salud como parte de un componente esencial de justicia social.

Esta visión amplia, tendría una mayor capacidad para articularse con políticas generales y no sólo con el quehacer del sector de asistencia médico-sanitaria y a priorizar la equidad en salud como un objetivo importante en la búsqueda de la justicia social.

A manera de conclusión

El desarrollo de las sociedades ha complejizado la relación entre desigualdad y salud/enfermedad /atención. Pero este mismo desarrollo, posibilita una comprensión mas profunda de estos procesos y una mayor elaboración de los modelos explicativos que abordan esta problemática. Se identifican aproximaciones teórico-metodológicas con perspectivas distintas y confrontadas históricamente, no solo en el plano científico, sino también en el político-ideológico y con horizontes de visibilidad científica diferentes (López y Blanco, 2003).

Cuando la desigualdad es entendida como un sistema estratificado que representa una escala social de valores, la interpretación de las condiciones de salud y la estructuración de las respuestas para enfrentar las necesidades derivadas de estas condiciones, necesariamente están orientadas a modificar las capacidades y conductas individuales y familiares. Si la desigualdad es asumida como un fenómeno social que expresa las contradicciones derivadas de la propiedad privada, producción colectiva y distribución desigual del poder y la riqueza producida por una sociedad y que ésta se expresa en inequidades en salud, las propuestas deberían ser integrales y complejas, con el propósito de estructurar plataformas igualitarias y universales.

Desde nuestra perspectiva la utilización de la categoría de desigualdad social tiene una mayor capacidad para explicar los determinantes del proceso salud/enfermedad/atención, mientras que el concepto de inequidad expresa la distribución de los resultados en salud producto de esa

desigualdad social. Esta postura conceptual sobre la desigualdad social y las inequidades en salud ofrece una aproximación que delimita campos de conocimiento y de acción y, posibilita una mayor eficacia político-técnica en el largo plazo.

Bibliografía

- Abranches, Sergio Henrique, Wandieley Guilherme dos Santos y Marcos Antonio Coimbra (1987), *Política social e combate a pobreza*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, pp.7-23.
- Almeida-Fhilo, Naomar (1999), *Desigualdades en salud en función de las condiciones de vida*. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud.
- Andersson, Neil y Marks Shula (1989), "The state, class and the allocation of health resources in southern Africa", *Social Science & Medicine*, 28(5):515-530.
- Aristóteles.(1963), *Política*, Versión en español por Gomez Robledo, México, UNAM.
- Banco Mundial (1990), *Informe sobre el desarrollo mundial 1990. La pobreza*. Washington, Banco Mundial.
- Barbosa da Silva, Jarbas y Azevedo, Marilisa (2002), "Epidemiología e desigualdade: notas sobre a teoría e a história", *Rev Panam Salud Pública*, 12(6):375-383.
- Barry, Brian. (1990), *Political Argument*, Berkeley, University of California Press.
- Betancourt, Oscar; Jaime Breilh, Arturo Campaña y Edmundo Granda (1991), *Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras*, México, Editorial Universidad de Guadalajara, Serie Medicina Social.
- Blanco, José (1991), "Región y clase social en la determinación de la enfermedad. El caso de la meseta tarasca (Michoacán)", en Almada, I. (coord.), *Salud y crisis en México. Mas textos para el debate*, México, Cuadernos del CIIH, UNAM, págs. 207-245.
- Blanco, José y Orlando Sáenz (1994), *Espacio urbano y salud. Primera parte*, México, Editorial Uni-versidad de Guadalajara, Serie Medicina Social.
- Blanco, José; López, Oliva; Rivera, José Alberto y Rueda, Fabiola (1997), "Una aproximación a la calidad de vida. Límites conceptuales y metodológicos", *Estudios de Antropología Biológica VIII*: 433-448.
- Boltvinik, Julio (1990), *Pobreza y necesidades básicas. Conceptos y métodos de medición*, Bogotá, Colombia, PNUD.
- Breilh, Jaime; Edmundo Granda, Arturo Campaña y Oscar Betancourt (1987), *Ciudad y muerte infantil. Investigación sobre el deterioro de la salud en el capitalismo atrasado*, QUITO, Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS).
- Breilh, Jaime (2003), *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar Editorial/Universidad Nacional de Lanus.
- Bronfman, Mario y Turián, Rodolfo (1984), "La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez", *Cuadernos Médico Sociales*, 29-30:383-390.
- Bustelo, Eduardo y Alberto Minunjin (1998), "Política social e igualdad", en: E. Bustelo y A. Minunjin (eds.) *Todos Entrán. Propuesta para sociedades incluyentes*, Colombia, Santillana, pp.69-117.
- Cortez, Francisco y Rosa María Rubalcava (1982), *Técnicas estadísticas para el estudio de la desigualdad social*, México, El Colegio de México.
- Chen, Lincoln y Giovanni Berlinguer (2002), "Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización",

- en: Organización Panamericana de la Salud (aut.), *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción.*, Publicación científica, núm. 585, Washington, OPS, págs. 37-47.
- Daniels, Norman (1998), "Parámetros de Justicia y Monitoreo de la Equidad: apoyo a un programa de la OMS", *Salud y Gerencia*, 16:1, 7-12.
- Daniels N, Kawachi I, Kennedy B. (1999), "Is social justice good for our health?". *Daedalus*, 128(4):215-251.
- Davis, Kingsley y Wilbert Moore (1982), "Algunos fundamentos de la estratificación", en C. Stern, (comp.), *La desigualdad social I. Teorías de la estratificación y la movilidad sociales*, México, SEP/Diana, pp. 97-98.
- Diderichsen, Finn; Timothy Evans y Margareth Whitehead (2002), "Bases sociales de las disparidades en salud", en: Organización Panamericana de la Salud (aut.), *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción.*, Publicación científica núm. 585, Washington, OPS, pp. 13-25.
- Donabedian, Avedis (1988), *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*, México, Biblioteca de la Salud, FCE.
- Dubos, René (1975), *El espejismo de la salud*, México, FCE.
- Dworkin, Ronald. (1993), "Justice in the distribution of health care", *McGill Law Journal*, 38:883-898.
- Engels, Federico (1974), *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, México, Ediciones de Cultura Popular.
- Evans, Robert (1999), "Introducción", en: R. Evans, M. Barer y T. Marmor (comp.), *¿Porqué alguna gente está sana y otra no?*, España, Diaz de Santos.
- Evans Timothy, Margaret Whitehead, Finn Diderichsen, Abbas Bhuiya, y Meg Wirth, (2002), "Introducción", en: Organización Panamericana de la Salud (aut.), *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción.*, Publicación científica, núm. 585, Washington, OPS, pp. 3-11.
- Foucault, Michel (1978), "Incorporación del hospital en la tecnología moderna", *Educación Médica y Salud*, 12(1):64.
- Gakidou, EE; Murray, Christopher; Frenk, Julio. (2000), *Definición y medición de las desigualdades en salud: una metodología basada en la distribución de la esperanza de la salud*", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, núm. 3, pp. 29-40.
- García, Juan César (1972), *La educación médica en la América Latina*, Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- Gwatkin, Davidson (2000), "Health inequalities and the health of the poor", *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1):3-18.
- Laurell, Cristina (1994), "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad", en: MI. Rodríguez, (coord.) *Lo biológico y lo social*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, Washington, OPS, OMS, núm. 101, pp. 1-19.
- Lenski, Gerhard (1982), "Antecedentes sobre la desigualdad social y su origen", en: C. Stern (comp.), *La desigualdad social I. Teorías de la estratificación y la movilidad sociales*, México, SEP/Diana, pp. 18-38 y 36-43.
- López, Oliva y Blanco José (2001), "La polarización de la política de salud en México", *Cadernos de Saúde Pública* 17(1):43-54.
- López, Oliva y Blanco, José (2003), "La contribución médico-social al campo de la salud pública. Aportes y nuevos retos". *Revista Higiene. Número especial: Epistemología y reflexiones teóricas en salud pública*, 5(1):42-48.
- Marmot, Michael (1999), "Introducción", en: M. Marmot y R Wilkinson (eds.), *Social Determinants of Health, USA*, Oxford University Press, pp. 1-16.
- Marx, Karl (1978), *El Capital. El proceso de acumulación del capital*, Mexico, Siglo XXI editores, tomo I, vol. 3.
- Marx, Karl (1978), *El Capital. El proceso de producción del capital*. Mexico, Siglo XXI editores, tomo I, vol. 1.
- Organización de Naciones Unidas (1976), *Carta de principios. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, USA, ONU.
- Parsons, Talcott (1982), "Un enfoque analítico de la teoría de la estratificación", en: C. Stern, (comp.), *La*

- desigualdad social I. Teorías de la estratificación y la movilidad sociales, Mexico, SEP/Diana, pp. 147-187.
- Pashukanis, Eugeni (1975), "Derecho y Estado", en: La teoría general del derecho y el marxismo, México, Grijalbo, pp. 135-155.
- Peter Fabienne y Timothy Evans (2002), "Dimensiones éticas de la inequidad en salud", en: Organización Panamericana de la Salud (aut.), Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción., Publicación científica, núm.585, Washington, OPS, pp. 27-35
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1990), "La pobreza y el desarrollo social en la region. Marco conceptual y diagnóstico", en: Desarrollo sin pobreza. I Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe, Quito, PNUD, pp. 33-35
- Rawls, John. (1993a), Political Liberalism. New York, Columbia University Press.
- Rawls John. (1993b), "The law of peoples", en: S. Shute y S. Hurley (eds.), On Human Rights: The Oxford Amnesty Lecturers, New York: Basic Books, pp. 41-82.
- Schneider, María; Castillo, Carlos; Bacallao, Jorge. Loyola, Enrique; Mujica, Oscar, Vidaurre, Manuel, Roca, Anne. (2002), "Métodos de medición de las desigualdades en salud", Revista Panamericana de Salud Pública, 12(16):398-414.
- Sen, Amartya (1985), Commodities and Capabilities. Amsterdam, North Holland
- Sen, Amartya (1992), "Sobre conceptos y medidas de pobreza". Comercio Exterior, 42(4):312-313.
- Sen, Amartya (1993), "Capabilities and wellbeing", en: M. Nussbaum y A. Sen (Eds.) Quality of life. Oxford, Clarendon, pp. 30-53
- Sigerist, Henry (1987), Civilización y enfermedad, México, Biblioteca de la Salud/FCE.
- Smith Adam (1961), La causa y origen de la riqueza de las naciones, Madrid, Aguilar.
- Stern, Claudio (comp.) (1982), La desigualdad social I y II. Teorías de la estratificación y la movilidad sociales, México, SEP/Diana.
- The Black Report (1982), International Journal of Health Services, 12(3):349-380.
- Tumin, Melvin (1982), "Un análisis crítico del trabajo de Davis y Moore", en: C. Stern (comp.), La desigualdad social I. Teorías de la estratificación y la movilidad sociales, México, SEP/Diana, pp. 116-134
- Veatch, Robert. (1991), "Justice in the right to health care: an egalitarian account", en: TJ. Bole y WB Bondenson (eds.), Rights to Health Care, Dordrecht: Kluwer, pp. 83-102.
- Victoria, Cesar, Fernando Barros y Vaughan JP (1992), Epidemiología de la Desigualdad, Washington, OPS.
- Villarreal, René (1985), "Monetarismo e Ideología. De la mano invisible a la manu militari", en: R. Villa Real (comp.), La Contrarrevolución Monetarista. Teoría Política Económica e Ideología del Neoliberalismo, México, Océano, pp. 455-483.
- Virchow, Rudolf citado en Pérez-Tamayo, Ruy (1974), Tres variaciones sobre la muerte y otros ensayos biomédicos, México, La Prensa Médica Mexicana, pp. 18.
- Whitehead, Margaret (1992), "The concepts and principles of equity and health", International Journal of Health Services, 22(3):429-445.