

### 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.<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup>

---

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

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

<sup>3</sup> 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).

<sup>4</sup> 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; Matusner 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).<sup>5</sup>

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

---

<sup>5</sup> 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,<sup>6</sup> dejaron de lado alternativas preventivas verdaderamente radicales<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> 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

---

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> 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).<sup>10</sup> El organismo biológico de cada recién nacido -con su particular dotación genética- atraviesa por todo un proceso de

---

<sup>9</sup> 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).

<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup>

### **¿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.<sup>12</sup>

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

---

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

<sup>12</sup> 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",<sup>13</sup> 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).

---

<sup>13</sup> 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.