

Desigualdad social y salud.

Ortúzar, María Graciela de.

Cita:

Ortúzar, María Graciela de (Abril, 2011). *Desigualdad social y salud. VIII Jornadas de Investigación en Filosofía. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Filosofía, La Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.de.ortozar/4>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pxDA/zw1>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



Jornadas de Investigación en Filosofía

Departamento de Filosofía.
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
Universidad Nacional de La Plata

Desigualdad social y salud

María Graciela de Ortúzar (UNLP – CONICET- UNPA)

*“Si el objetivo es crear sociedades sanas,
el grado de responsabilidad debe ser más amplio (Wilkinson.)”.*

Abstract

El presente trabajo busca integrar los resultados de los estudios empíricos sobre el impacto de la desigualdad social en salud con los estudios normativos que justifican diferentes modelos de justicia y políticas públicas de salud. Se trata de testear las teorías filosóficas a partir de las evidencias dadas por la epidemiología y la antropología. El fin: brindar no sólo una contribución filosófica a la ética teórica, sino también, y muy especialmente, brindar una integración de los conocimientos de la ciencia, la filosofía política y la ética aplicada, para el diseño de políticas públicas que reduzcan las desigualdades en salud.

Algunas cuestiones preliminares sobre el por qué de la infelicidad colectiva

En el último siglo el progreso tecnológico y el crecimiento económico transformaron la sociedad tradicional en la denominada “sociedad moderna”, modificando las condiciones de vida con una velocidad y un dinamismo inimaginables hasta entonces. El comfort material (provisión de agua caliente, cloacas, ventanas, calefacción, luz eléctrica, transportes, etc), los lujos, el bienestar (medicamentos, nuevas terapias, entre otros); todos y cada uno de ellos, harían pensar que vivimos mejor ahora que en el siglo pasado. Pero, ¿vivimos mejor?. ¿Se traduce el éxito material y el crecimiento económico en una mayor felicidad colectiva?. De acuerdo con Wilkinson¹, el éxito material *no* produjo más felicidad, sino más *stress* y nuevas enfermedades vinculadas al mismo (depresión, ansiedad, dependencia a drogas, violencia, entre otras). El éxito material de la sociedad moderna se transformó en un *fracaso social*, fracaso expresado en la calidad de las relaciones sociales y en la destrucción ecológica

¹ Wilkinson, R, *The impact of inequality*, NY, The NEw Press, 2005; Wilkinson, R, *Desigualdad*; Turner Noema, 2009.

ocasionada por los niveles de consumo insostenible². He aquí la primera paradoja del mundo moderno.

Ahora bien, ¿cuál es la causa del deterioro de las relaciones sociales?; ¿cuál es la causa del aumento de enfermedades sicosociales?; ¿por qué nos sentimos infelices? El quid de la cuestión se encuentra, según Wilkinson, en las relaciones entre las desigualdades de ingreso, las desigualdades sociales, y las desigualdades en salud. La naturaleza humana es social, cooperamos naturalmente y tenemos sensibilidad fisiológica al status social y a las sociedades jerárquicas.³

“Cooperamos porque está en nuestra naturaleza básica. Nuestro cerebro se ha expandido por la demanda social, por nuestro deseo de ser valorados y necesitados por otros. Y somos sensibles a un mundo social que no favorece la cooperación (“toxicidad social”)...”⁴

Sólo las sociedades cooperativas producen relaciones de amistad, confianza, reciprocidad, sentimientos de identidad con la comunidad, cohesión y participación social; generando capital social, brindando seguridad y mejorando la salud del individuo y la población. ⁵Por ello, la comprensión del efecto de la desigualdad social en salud, y fundamentalmente- la comprensión del rol de los determinantes sico-sociales, nos permitirá mostrar la importancia de “la igualdad”.

He aquí el objetivo del presente trabajo: integrar los resultados de los estudios empíricos sobre el impacto de la desigualdad en salud con los estudios normativos, ideales, que justifican diferentes modelos de igualdad y políticas públicas de salud. El fin: brindar no sólo una contribución filosófica a la ética teórica, sino también, y muy especialmente, brindar una integración de los conocimientos de la ciencia, la filosofía política y la ética aplicada, para el diseño de políticas públicas y acciones que reduzcan las desigualdades en salud.

En pos de obtener una mayor claridad en la exposición, dividiré el trabajo en dos partes. En la primera parte comenzaré definiendo la “salud” y los “determinantes sociales”, mostrando la relación que existe entre desigualdad social y salud. En la segunda parte, analizaré el impacto de los resultados de éstos estudios en uno de los más importantes modelos normativos de justicia en salud.

² Si todos los habitantes del mundo mantuvieran el mismo estilo de vida que disfruta el ciudadano medio occidental, se necesitarían cinco planetas como la Tierra para obtener los recursos naturales suficientes en términos de energía, comida y agua. El mantra de una expansión económica constante presupone la existencia de un mundo con recursos ilimitados.

³ Wilkinson, *op. cit.*, 2005, p.77.

⁴ Contamos con una larga historia de modelos igualitarios (cazadores-recolectores, comunidades fuertes), cooperativos y también modelos jerárquicos, dominantes Tomasello, M., *¿Por qué cooperamos?*, Madrid, Katz, 2009

⁵ Por ejemplo, en Estados Unidos la población hispánica, que mantiene sus lenguajes, tradiciones y costumbres como una comunidad, posee niveles de salud más altos que otros inmigrantes, con el mismo nivel de ingreso, que se han adaptado al lenguaje y hábitos de vida norteamericanos (paradoja hispánica).

Parte I Definiendo la salud y los determinantes sociales

Existen diferentes definiciones de salud/enfermedad, pudiendo distinguirse, principalmente, dos grandes corrientes: a- el modelo biologicista o naturalista; b- el modelo normativo. El primero considera a la enfermedad como la desviación de la normalidad natural de la especie (Boorse-Daniels). Se presenta como una definición neutral y objetiva; criticando la definición normativa de salud debido a los posibles abusos políticos y discriminatorios que la misma puede dar lugar al suponer valores en la consideración de la anormalidad. No obstante, dentro de los normativistas encontramos propuestas (Culver y Gert) que brindan una definición objetiva de la enfermedad basada en el concepto de daño: una persona está enferma si está sufriendo o tiene un riesgo elevado de sufrir un daño (muerte, dolor, discapacidad, pérdida de la libertad, placer, etc). Ambas definiciones poseen sus problemas y limitaciones, los cuáles -por razones de espacio- no serán analizados aquí.⁶ No obstante, para los fines de nuestro análisis, supondremos una definición operacional multicausal del proceso de salud-enfermedad, condicionada por factores sico-sociales, ambientales, genéticos, biológicos, entre otros.

En lo que respecta a los denominados “determinantes sociales de la salud”, Wilkinson define a los mismos como aquellos factores ambientales y de la estructura social que afectan nuestras vidas y nuestra salud por la interacción del individuo con su medio. El citado autor distingue dos tipos de determinantes: factores materiales (1) y factores sico sociales(2).⁷

Los factores materiales (1) son condiciones que afectan la salud más allá de si estamos conscientes o no de los mismos. Por ejemplo, la contaminación ambiental, el envenenamiento, la deficiencia de vitaminas, afectan la salud independientemente de si los sentimos, sabemos o pensamos acerca de los mismos. Estos factores son importantes en países y regiones muy pobres, donde se dan niveles de pobreza absoluta (privación absoluta de necesidades básicas). En estos casos, interviniendo materialmente mejoramos la salud en forma significativa. Pero, a medida que los países se hacen más ricos, la relación entre el crecimiento económico y la salud se debilita. Lo que importa en el interior de esos países es el ingreso relativo o pobreza relativa, basada en la diferenciación del status social.⁸ He aquí la importancia del segundo tipo de determinantes, los factores sico-sociales.

⁶ Véase de Ortúzar, M. Graciela, “Análisis crítico del concepto de enfermedad como criterio de acceso a la atención de la salud: naturalismo vs. normativismo”, *Revista Latinoamericana de Filosofía*, vol. XXXII Nro 1, Otoño 2006, p.73-101.

⁷ Wilkinson, *op. cit.*, 2005, p. 61

⁸ Esto se relaciona con la desigualdad al interior, el estatus social y los efectos sicosociales. Por ejemplo, en 1996 los negros en Harlem, NY, Estados Unidos, tenían un ingreso medio de 26 dólares y una expectativa de vida de sólo 66 años; mientras que en Costa Rica su ingreso era de 6 dólares y su expectativa de vida era de 75 años. El ingreso era cuatro veces mayor en Estados Unidos, aún cuando la expectativa era de 9 años menos. Más aún, de acuerdo un niño nacido en Harlem tiene menos expectativa de vida que en Bangladesh, uno de los países más pobres del mundo - *New England Journal of Medicine*, 1990. Véase Wilkinson, *op. cit.*, p. 127.

Los factores sico sociales (2) afectan nuestra salud sólo si estamos conscientes de ellos, ya que suponen sentimientos que dañan la salud. Si bien algunos pueden solucionarse materialmente, la privación central no es la privación material, sino la privación relativa que produce ciudadanos de segunda. La pobreza relativa se vincula con el estatus social bajo, la relación entre individuos y clases, y la exclusión social. Éstos son los determinantes de la salud más importantes en la sociedad moderna. Los factores sico-sociales afectan la calidad de nuestras relaciones sociales, el grado de control que tenemos sobre nuestras vidas, ocasionando nuevas enfermedades, y la extensión de enfermedades de los países ricos a los países pobres (enfermedades sico-sociales, cardiovasculares, cáncer, obesidad, drogadicción, etc).⁹

Asimismo, dentro de los factores sico sociales, podemos distinguir tres factores de riesgo fundamentales:

1. estatus social bajo: hace referencia a los bajos niveles materiales (diferencias de ingresos) y a la posición jerárquica inferior de subordinación. Esto implica el no control sobre nuestro trabajo y sus circunstancias. La emoción central es la vergüenza. El bajo estatus social, el sentimiento de no respeto a su dignidad, genera un tipo de violencia. La misma fue expresada por Adorno¹⁰ en 1950 como “Reacción bicicleta” (reverencia a los superiores y patadas a los subordinados). Esta violencia genera también discriminación y racismo. Los humillados tienden a humillar, demostrando su superioridad ante otros grupos vulnerables. - En la cultura machista de sociedades no igualitarias, la desigualdad se traduce en drogadicción, alcoholismo, violencia doméstica. En las mujeres se suma la depresión y el embarazo adolescente; y en los niños el déficit de atención y los problemas de comportamiento. Asimismo, en sus estudios comparativos, muestra cómo mejorando el status de la mujer se mejora el status del hombre.

2. relaciones sociales pobres: se refiere a la carencia de amigos y a las relaciones sociales débiles, hecho que se acompaña con falta de participación en la comunidad y la falta de valoración y respeto. En un contexto de relaciones jerárquicas el juicio de los otros afecta nuestra seguridad porque nos experimentamos a través del ojo de los otros, produciendo stress crónico, ansiedad, rivalidad por la necesidad de ser reconocidos. Estos sentimientos no surgen en comunidades cooperativas, basadas en la reciprocidad y ayuda mutua.

3. experiencias de niñez temprana: se basa en el stress pre y post natal que nos prepara para el conflicto o la cooperación, y genera consecuentes enfermedades futuras producidas por el bajo peso al nacer. Ej. Diabetes. En contraposición, Wilkinson muestra cómo el desarrollo en los primeros años de vida, apoyado en lazos de contención familiar y social fuertes, junto con la educación, produce una tasa de retorno en el capital social, en el trabajo y la productividad en la economía.

⁹ Los riesgos sico sociales reflejan cómo sentimos, experimentamos y sufrimos nuestras vidas.

¹⁰ Adorno, TW, *The authoritarian personality*, NY, Harper, 1950.

Los procesos sico-sociales citados tienen su base en los problemas materiales de la estructura (desigualdades de ingresos), y éstos se reflejan en la calidad de relaciones sociales contraídas por esos fundamentos materiales.

Las relaciones sociales, en sociedades no cooperativas, se basan en un modelo jerárquico, competitivo, planteándose relaciones de dominación y ciudadanos de segunda clase viviendo vidas de segunda clase. Las amistades, sustentadas en la reciprocidad, son difíciles de mantener en un contexto de injusticia.¹¹ Los amigos tienden a ser casi iguales, de su misma clase. Y esto se debe a la imposición del modelo de mercado, el cuál favorece estrategias basadas en el egoísmo y en la competencia, el individualismo y la movilidad geográfica, promoviendo el crecimiento económico, el consumismo asocial, la destrucción de los recursos y la polución ambiental. El mercado no genera igualdad en las relaciones sociales, por lo contrario, las destruye.

En síntesis, las desigualdades económicas y sociales, expresada en la desigualdad de ingresos y en las diferencias sociales, produce relaciones sociales débiles¹² (el otro es el rival) que afectan nuestra salud (vulnerabilidad por factores sicosociales), y, por consiguiente, nuestra calidad de vida general, nuestra felicidad; atentando contra nuestra naturaleza social.

Parte II ¿Qué modelo normativo de justicia en salud tiene en cuenta las evidencias señaladas por los estudios empíricos anteriores?

Uno de los aspectos más destacados de los estudios empíricos y conclusiones del análisis de los determinantes sociales en salud, es la crítica a los enfoques que centran el problema de acceso igualitario a la salud exclusivamente en el acceso universal al sistema médico. La salud no se reduce al acceso a la atención de la salud en servicios hospitalarios, sino que debe ser considerada en un sentido amplio. Las diferencias en salud no son reflejo de las diferencias de acceso hospitalario, sino producto de las desigualdades sociales¹³. Wilkinson muestra que existen “gradientes sociales de salud”; es decir, la salud está dividida en grados por el estatus social (gradiente socio económico: ingreso, educación, ocupación). Por cada rango de ejecutivos senior hacia abajo, hasta ejecutivos rasos, hay más anginas, más diabetes y más bronquitis.¹⁴ Los gradientes en el trabajo y la posición social constituyen el mejor predictor del nivel de salud. Estos estudios epidemiológicos, junto con otros estudios antropológicos, de siconeuroinmunología, estudios sobre stress y hechos reportados

¹¹ Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, México, Edit. Porrúa, 1985. Daguerre, M, “Sobre el valor de la amistad y su conflicto potencial con la moral. Una revisión del debate contemporáneo”, en *Diánoia*, vol. LV, Nro 64, mayo 2010.

¹² Distancia social: “ellos” y “nosotros”. Relaciones de dominación y subordinación, superioridad e inferioridad, discriminación, valores jerárquicos y autoritarios

¹³ Por ejemplo, en UK la población pobre tiene acceso igualitario a la atención de la salud, no obstante su nivel de salud es bajo.

¹⁴ El Informe Black de 1980, Inglaterra y Gales, muestra también una fuerte correlación entre salud y clase social, pero la asociación entre la posición en el trabajo y el estado de salud era más fuerte que la asociación entre la clase social y el estado de salud o que la asociación entre hábitos de vida y salud.

en la historia de la medicina, nos llevan a formular tres consideraciones importantes que deben ser tenidas en cuenta por todo modelo normativo de justicia en salud:

1. se requiere una teoría de justicia social como marco-macro de la teoría de justicia en salud para garantizar las mejoras en la salud (salud en sentido amplio) debido a que las diferencias de salud son producto de las desigualdades sociales;
2. la salud, en sentido estricto, no es un bien especial (intersectorialidad), y no puede reducirse a la dimensión biológica;
3. los “estilos de vida individuales” no constituyen los elementos centrales a la hora de determinar responsabilidades en salud, porque las mismas no recaen – principalmente- en la responsabilidad individual sino *social*, en los determinantes estructurales (ingresos, educación, género, ocupación, etnia, posición social) e intermedios (condiciones materiales, cohesión social, factores sico sociales, conductas y factores biológicos) que condicionan la salud.

Si analizamos el modelo normativo de justicia en salud propuesto por Norman Daniels¹⁵, observaremos que el mismo posee una serie de méritos y, también, limitaciones vinculadas a las evidencias wilkinsonianas. Entre los méritos, cabe destacar que el citado autor formula una de las pocas teorías de justicia en salud sistemática vinculada con una teoría de justicia social.¹⁶ Daniels brinda una justificación normativa del derecho a la salud, extendiendo, en forma condicional, la teoría de justicia social rawlsiana a salud. La atención de la salud es una *necesidad* y no una preferencia o bien de consumo librado al mercado. Por ello, partiendo de la intuición general de que las ventajas naturales y sociales son moralmente arbitrarias, es decir no merecidas, se requiere socializar los riesgos y beneficios de la salud en un modelo de seguro público universal. Subordina la atención de la salud al bien primario de la *oportunidad* y considera a la salud como un bien especial por su impacto en la igualdad de oportunidades¹⁷. Pero no explica por qué debería

¹⁵ Daniels, N, *Just Health Care*, Cambridge, Cambridge University Press, 1985. Daniels, “Justice is good for our Health”, *Boston Review, A political and literary forum*, Febr- 2000.

¹⁶ El argumento general podría ser sintetizado de la siguiente manera: la atención de la salud no es un *bien de consumo* ni una simple preferencia más que pueda competir con otros bienes porque el ciudadano informado y prudente no podrá elegir un paquete razonable y beneficioso de seguros de salud si no se determina previamente cuáles son las necesidades médicas básicas que deberían cubrirse. Por lo tanto, se requiere distinguir previamente entre preferencias o deseos y necesidades básicas o necesidades objetivas, y esto implicaría que la Teoría de Necesidades en salud constituye un requisito básico y pilar fundamental de todo esquema de salud. Ahora bien, aún cuando determinemos las necesidades básicas en el sistema privado, este sistema restringe el acceso a la salud por riesgo y capacidad de pago. Por lo tanto, no existirían posibilidades de elegir prudentemente para todos aquellos que no posean los ingresos suficientes. Si en el mundo real no todas las personas poseen los ingresos adecuados para participar en el mercado y acceder a la atención de la salud; la satisfacción de las necesidades médicas no puede quedar librada al mercado porque esto resulta moralmente arbitrario.

¹⁷ En forma breve, los pasos dados por Daniels para justificar el derecho a la salud son dos: a-diferenciar las preferencias individuales de las necesidades médicas objetivamente atribuibles e importantes; y mostrar, a través de la Teoría de las necesidades médicas, que la salud es un bien especial porque la no satisfacción de las necesidades conduce a disminuir el normal funcionamiento del individuo como miembro de la especie, constituyendo necesidades prioritarias que el sistema de salud debe proteger para

reconocerse el carácter de la salud como bien especial. La prioridad de la salud, entendida en un sentido estrecho, generaría conflictos con las restantes necesidades básicas. En el contexto del necesario equilibrio entre equidad y eficiencia que requiere la teoría de justicia, la responsabilidad social en salud se limitaría sólo a reestablecer el rango normal de oportunidades.

Ahora bien, esta teoría posee una serie de problemas estructurales generados a partir de su concepción biológica de la naturaleza la salud y las necesidades humanas, y por la consiguiente artificial separación de los factores biológicos y sociales¹⁸. Daniels limita su Teoría de las Necesidades a la normalidad natural, definiendo las necesidades como aquellas cosas que se requieren para mantener, restaurar o brindar equivalentes al normal funcionamiento de la especie. Excluye deliberadamente las necesidades sicosociales. No obstante, en sus últimos trabajos, el citado autor ha ampliado la lista de necesidades médicas e incorporado los *determinantes sociales* en la misma. A pesar de su reconocimiento, no existe explicación alguna de cómo se derivarían los determinantes sociales de una lista natural de necesidades y qué tipo de necesidades comprenderían el conjunto no definido de determinantes sociales.¹⁹ Privilegiaría el tratamiento exclusivo de enfermedades con causa biológica y excluiría el tratamiento de necesidades sico-sociales, por no responder al concepto de enfermedad.

En síntesis, si bien el modelo danielsiano ha superado parcialmente la prueba (teoría de justicia social, responsabilidad social y rechazo del mercado respectivamente); su sistema se presenta como un sistema fuertemente dualista (natural vs. social). Los intentos de salvar sus fallas estructurales a través de argumentos *ad hoc*, como el reconocimiento forzoso de los determinantes sociales en salud, lejos de superar sus problemas, refuerzan la arbitrariedad de la concepción natural de necesidades y la

garantizar la justa igualdad de oportunidades, dentro de los límites impuestos por los recursos de cada sociedad en particular; b- introducir el concepto de “rango normal” como nexo entre la atención de la salud y la igualdad de oportunidades, modificando levemente el principio de igualdad rawlsiano aplicado a la valoración de la vida a través de medidas de productividad, y haciéndolo extensivo a las oportunidades abiertas a los individuos en cada sociedad que les permita alcanzar el orden regular de los planes de vida que pudieran tener como personas razonables

¹⁸ La definición biológica unicausal ignora la multiplicidad de factores que intervienen en la enfermedad, suponiendo una concepción estática e ideal de la enfermedad como evento. La salud no es algo dado, fijo, no es un ideal (unicausalidad) ni es una condición pre-existente. La enfermedad es un proceso producto de múltiples factores. Brevemente consideradas, sus principales fallas estructurales son las siguientes: 1- salto injustificado de una concepción biológica de la naturaleza humana a una concepción normativa de persona moral en la justificación del derecho a la salud a través del rango normal de igualdad de oportunidades; 2- arbitrariedad de la *definición biológica unicausal de la salud-enfermedad como criterio objetivo* de acceso a la salud, bien especial y punto de convergencia de las teorías liberales; 3- *parcialidad de su teoría de necesidades* y consiguiente exclusión de las necesidades sico-sociales; 4- uso arbitrario de la categoría de *mejoramiento como límite moral*; ausencia de criterios de justificación moral, y propensión

¹⁹ 1-Nutrición adecuada, 2-Sanidad, seguridad, condiciones de vida y trabajo no contaminantes, 3-Ejercicio, descanso, y rasgos importantes de estilos de vida sana como prácticas sexuales sanas y no abuso de drogas, 4-Servicios médicos preventivos, curativos, de rehabilitación, compensatorios, 5-Servicios no médicos personales y servicios de contención social, 6-Apropiada distribución de *otros determinantes sociales de salud*

limitación de la base informacional de bienestar objetivo al exclusivo factor biológico, oscureciendo el index de necesidades. Este dualismo se reproduce también en la separación artificial de necesidades médicas –obligatorias- y mejoramientos no obligatorios, distinción basada en su criterio biológico.

En pos de superar las debilidades del modelo normativo danielsiano, propongo un modelo integral²⁰ inspirado en el ideal normativo de autonomía crítica como fundamento último de la igualdad de oportunidades en salud. Entiendo por *autonomía crítica* no sólo la capacidad de razonar, argumentar, elegir, sino la capacidad de comparar reglas culturales, trabajar con otros para cambiarlas, y participar en la sociedad. Asimismo, entiendo por necesidades aquellas condiciones que todo ser humano busca satisfacer para evadir un daño serio o riesgo de daño serio. El daño serio constituye un obstáculo importante para la participación social y la libre elección del plan de vida del individuo porque afecta los intereses objetivos, relevantes de la persona moral²¹, aquellos que expresan su verdadero interés y que están por encima de las convicciones individuales porque son condiciones de posibilidad de las mismas, incidiendo en el rango abierto de oportunidades. Dicho criterio se destaca en su énfasis en políticas preventivas. La responsabilidad social en políticas de salud no se reduce a reparar el daño serio –tratamiento de la enfermedad-, sino a prevenirlo y evitarlo anticipadamente, lo cuál también implica el mejoramiento integral.

Por lo tanto, el index de bienestar objetivo no se reduce a las necesidades naturales, sino a un sistema integral de necesidades y capacidades. De esta manera busco ampliar la base informativa del bienestar objetivo, negando el carácter especial de la salud y proponiendo un sistema integral, no jerárquico, de necesidades y capacidades.²² Cada una de las necesidades influye en más de una capacidad, generando una interacción y dependencia mutua entre las mismas porque que la falta de alguna puede desmoronar todo el sistema. En consecuencia, la atención de la salud no se limita a los servicios de salud – salud como bien especial-, exigiendo políticas intersectoriales conjuntas (medio ambiente, prevención, mejoramiento alimentario, salud laboral, etc) y políticas integrales en el interior de cada servicio

²⁰ de Ortúzar, MG; “Hacia un enfoque integral de necesidades...”; en Ausín, T, Aramayo, R, eds; *Interdependencia: del bienestar a la dignidad*, Plaza y Valdés, 2008

²¹ Por intereses preponderantes me refiero a la capacidad de elegir y a la capacidad de desarrollar un sentido de justicia, condiciones de posibilidad para desarrollar las propias convicciones.

²² Lista de necesidades y capacidades básicas: 1- nivel nutricional apropiado – capacidad de alimentarse y crecer adecuadamente; 2- albergue adecuado y capacidad de estar protegido y poseer una vivienda digna; 3- medio de trabajo no peligroso y capacidad de trabajar, comunicarse e interactuar con los otros; 4- medio físico no peligro y capacidad de interactuar con un medio ambiente sano y cuidarlo, 5- atención igualitaria de la salud y capacidad de prevenir, tratar y mejorar la salud, compensando las discapacidades; 6- seguridad en la niñez y capacidad de alcanzar un grado aceptable de individuación y de valerse por sí mismo en edad adulta; 7- grupos primarios contenedores y capacidad para interactuar con otros y de establecer vínculos afectivos; 8- seguridad física y económica y capacidad para actuar en una sociedad cooperativa, reconociendo normas intersubjetivas; 9- educación crítica y libertad de expresión y capacidad para educarse en su propio contexto y cuestionar las reglas culturales; 10-. Control reproductivo y prenatal – autonomía reproductiva- y capacidad de estar informado, poseer una concepción de bien, perseguirla y revisarla.

médico. Por ejemplo, un ambiente de trabajo sano no constituye exclusivamente una necesidad física, también incide en la autoestima, en la salud mental.

En síntesis, el modelo integral, bajo una concepción amplia de salud, subraya la importancia del factor preventivo y de los factores y/o necesidades psicológicas y sociales (seguridad en la niñez, grupos primarios contenedores, seguridad física y económica, control reproductivo prenatal, libertad de expresión, etc). Esto pone en evidencia la complementariedad y la importancia del enfoque integral, conjuntamente con los determinantes sociales, para la construcción de políticas intersectoriales (Por ej., Salud en Todas las Políticas, 2010).

Reflexión final

El análisis sobre la desigualdad social y salud ha permitido reformular marcos normativos de justicia en salud, como el modelo danielsiano, hacia nuevos modelos integrales, generando también reformas a nivel de justicia y políticas públicas en salud. Por otra parte, ha puesto en claro los límites del crecimiento económico y las desventajas de dejar librado al mercado la salud, la educación, el medio ambiente, el transporte, entre otros bienes públicos.

Cabe aquí, entonces, una pregunta: “¿Cómo se puede impedir que el sector de la economía cuyo fin exclusivo es el lucro deje de ser una fuerza generadora de desigualdad?... Wilkinson sostiene que: “las evidencias arrojan también una señal de aviso para aquellos que quieran hacer del gasto público y los impuestos bajos la principal de sus prioridades. Si no se evita la desigualdad harán falta más prisiones y más policías. Las tasas de enfermedades mentales serán más altas, así como el consumo de drogas y otros problemas... La elección está, pues, entre destinar dinero público para remediar los daños o para prevenirlos.”²³.

Más allá de esta respuesta pragmática, la enseñanza de fondo que nos deja la teoría Wilkinson es simple: no podemos ir contra nuestra naturaleza social y cooperativa sin sufrir daños que afectan seriamente nuestra salud (y ponen en riesgo nuestra especie y el planeta). Sin el fortalecimiento de las relaciones comunitarias, con un sentido de identidad, reciprocidad y confianza; no podremos evitar que los factores sico sociales afecten nuestra salud. No obstante, existe aún un interrogante (¿la gallina o el huevo?) que quisiera dejar abierto para futuros trabajos: ¿Pueden modificarse los factores sico-sociales sólo con un cambio en las relaciones sociales, en el entorno, en los hábitos de confianza y en el desarrollo de la reciprocidad?²⁴ ó ¿se requiere una solución más radical que remita a la estructura material, a las desigualdades de ingreso, a la necesidad de crear cooperativas con propiedad compartida, democracias económicas

²³Un ejemplo lo constituye el dinero gastado en EEUU para el mantenimiento de prisiones, presupuesto que creció seis veces más de prisa que el gasto público en educación. Wilkinson, *op. cit.*, 2009, p. 263

²⁴ ¿Puede el aumento de la confianza generar igualdad? ¿Puede el capital social modificar la desigualdad material? Para Wilkinson existe correlación, y no causalidad, entre confianza social y desigualdad de renta. La desigualdad afecta la confianza, y no al revés Idem, p. 83.

y participativas, para fomentar la confianza y la eliminación de las desigualdades?
Confiando en la superación dialéctica, me atrevo a formular la tercer pregunta: ¿son dichos caminos mutuamente excluyentes o complementarios?

Se agradece su cooperación.