
Economía política de los determinantes sociales de la salud

**Marco general y bases
conceptuales para su
aplicación preliminar a la
realidad del Perú**

Raúl More Palacios
(Consultor encargado de la revisión y actualización)

INFORME FINAL

Lima, diciembre de 2009

“La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura.”

Informe final de la Comisión de
Determinantes Sociales de la Salud

Tabla de contenidos

PRIMERA PARTE

Aproximación histórica y antecedentes generales de la determinación social de la salud

1. Antecedentes y evolución histórica del paradigma social de la salud

- a) **Contradicción de la Postguerra: entre la definición de salud de la OMS y el enfoque tecnológico de la salud**
- b) **Década del setenta: renacimiento del paradigma social de la salud**
- c) **Aparición de la APS en pleno agotamiento del modelo desarrollista y la crisis del Estado del Bienestar**
- d) **Auge del neoliberalismo y nuevo ciclo de reformas sanitarias**
- e) **Crisis intelectual y social del neoliberalismo a fines de los noventa**
- f) **1998 – 2003: quinquenio de gran convulsión social y crisis política**
- g) **Segundo lustro del nuevo siglo: crisis de la política social neoliberal y emergencia del post-neoliberalismo**
- h) **Renovación de la APS y enfoque de derechos: configuración de un nuevo proyecto sanitario**

2. Evolución conceptual de los modelos de causalidad y determinación social de la salud

- a) **Tránsito de la unicausalidad de la enfermedad a la multicausalidad compleja y determinación social de la salud**
- b) **Consecuencias del tránsito de lo individual a la sociedad en su conjunto: la salud como proceso social del desarrollo**
- c) **Salud como desarrollo y desarrollo como salud integral de la sociedad**

SEGUNDA PARTE

Marco conceptual para una economía política de la determinación social de la salud y su aplicación preliminar a la realidad del Perú

1. Aspectos económicos en los principales modelos de interpretación de la determinación social de la salud
 - a) Modelos previos que inspiraron a la CDSS
 - b) Características básicas del modelo desarrollado por la CDSS
 - c) Aspectos económicos de la determinación social de la salud
2. Elementos conceptuales de una economía política de los DSS
 - a) Nivel de determinación singular de la salud del individuo: ingreso personal, familiar y social
 - i) Fuentes de generación del ingreso familiar*
 - b) Nivel de determinación intermedia de la salud de los grupos sociales
 - i. Distribución del ingreso, índices de concentración y niveles de pobreza*
 - ii. Relaciones entre nivel de ingreso y el nivel de vida: el problema de la pobreza*
 - c) Evolución del desarrollo humano, nivel de ingresos y desigualdades en el nivel de vida
3. Aspectos y evidencia empírica de las relaciones con salud
 - a) Empleo y condiciones de trabajo
4. Nivel de determinación sistémica de la salud de la sociedad: estructura económica y estilo de desarrollo
 - a) Características de la estructura económica
 - b) Limitantes del estilo de crecimiento económico vigente

PRIMERA PARTE

**Aproximación histórica y antecedentes generales
de la determinación social de la salud**

*“La medicina nos
lleva de manera
imperceptible
hacia el campo de
los social y nos
coloca en una
posición de
confrontación
directa con los
problemas de
nuestro tiempo.”*

Rudolf Virchow

PRIMERA PARTE

Aproximación histórica y antecedentes generales de la determinación social de la salud

Hace poco más de siglo y medio que el patólogo alemán Rudolf Virchow señaló que “*La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en gran escala*”. Esta avanzada y audaz afirmación para su época, la hizo Virchow no obstante ser uno de los padres de la clínica moderna, de vivir en un ambiente intelectual conservador y dominado por la interpretación positivista, lineal y mecánica de la ciencia. Fue la suya, en todo caso, una época turbulenta caracterizada por una oleada de agitación social que tuvo su punto más alto en la revolución de 1848 en Europa y cuyo epicentro fue la Comuna de París. Eran los primeros síntomas sociales en gran escala del incontenible avance de la Revolución Industrial y de la impetuosa emergencia del movimiento obrero en la escena social y política contemporánea.

En otro momento histórico, pero en circunstancias que guardan alguna similitud en sus rasgos generales, el siglo XXI se ha iniciado con la consolidación de otra impresionante revolución de las tecnologías de comunicaciones e información, que han replanteado de manera radical las nociones convencionales de tiempo y de lugar. De modo contradictorio, las ideas sociales y políticas predominantes son conservadoras y la persistencia del paradigma biomédico se ha reforzado en las esferas de decisión sanitaria y de la práctica médica, con la soberbia tecnocrática que ampara indolente la masiva penetración del mercado en la salud. Sin embargo, también asistimos a la reactivación de movimientos sociales masivos que expresan, cada vez con mayor amplitud y beligerancia, su disconformidad con los excesos de exclusión de la globalización neoliberal y ponen otra vez la «cuestión social» en el centro de la agenda. Esto se refuerza con el imperativo ético irrenunciable de la vigencia de los derechos humanos, que es la cara inversa de la exclusión económica.

Lo cierto es que, desde mucho antes aún, la vieja y recurrente idea de que las condiciones económicas, sociales y políticas son la «causa de las causas» del proceso salud – enfermedad de la sociedad, los grupos sociales y los individuos, ha estado presente en el debate académico y político de la salud pública, aunque en forma intermitente y con mucho menor influencia en la agenda real de los gobiernos y la formulación de las políticas de salud. En el actual contexto histórico, cobra nueva y creciente vigencia el concepto de la salud como proceso social. Ahora aparece nuevamente y con más vigor, fundamentada con un gran respaldo de evidencia empírica, en términos de la «determinación social de la salud». De ahí que el siglo XXI promete ser el siglo de la plena aplicación de las ciencias sociales a la solución de los problemas de salud y de la indisoluble articulación de la salud asumida integralmente y de la concepción integradora del «desarrollo humano sostenible».

En nuestra región, la misma idea primaria de la importancia de lo social para la salud se esbozó como parte de la agenda pública del desarrollo en la **Carta de Punta del Este**, que dio origen a la Alianza para el Progreso en 1961. Más explícita y contundente fue la **Declaración de Alma Ata** que, en 1978, planteó la meta de *Salud para Todos* y la estrategia de la *Atención Primaria de Salud* (APS), donde la

articulación intersectorial y la participación de la comunidad constituyeron dos de sus ejes de política más importantes. Las décadas del setenta y ochenta fueron testigos del surgimiento del movimiento intelectual de la medicina social y los avances académicos de la epidemiología social. En las últimas dos décadas, tomó cuerpo el movimiento hacia una *Nueva Salud Pública*, donde se empezó a desarrollar el renovado concepto de «promoción de la salud».

Al influjo de esas nuevas corrientes, catalizadas por las demandas sociales crecientes y la costosa inoperancia de los sistemas de salud vigentes, el énfasis en lo individual, la enfermedad y lo biológico ha empezado a trasladarse una vez más hacia lo colectivo, la salud en positivo y la determinación de los aspectos sociales. En ese contexto, el movimiento de la promoción de la salud ha avanzado desde mediados de los ochenta, en particular a partir de la **Carta de Ottawa** (1986), hacia una perspectiva sociopolítica que asume el estado de salud como resultado de determinantes sociales, que al mismo tiempo se conciben como prerequisites para la salud.

La incorporación de los determinantes sociales dentro del marco conceptual del proceso salud – enfermedad hace visible el tema, tantas veces soslayado, de la causas que provocan las grandes diferencias en el estado de salud de las sociedades, los grupos sociales y las personas. De ahí que, desde muy temprano, la promoción de la salud haya incluido como uno de sus objetivos centrales la justicia social y la equidad, es decir, la necesidad de reducir las brechas existentes y garantizar la igualdad de oportunidades en el campo de la salud. Esto tiene como consecuencia, en el ámbito de las políticas públicas, que la acción sobre los determinantes sociales constituya una de las más poderosas estrategias para alcanzar la equidad y la justicia social en salud.

La ampliación del horizonte conceptual impulsado por la *Nueva Salud Pública* y el debate abierto por la promoción de la salud tienen repercusiones evidentes sobre el campo de análisis y el ámbito de acción de las políticas públicas de salud, los que tienden a ampliarse trascendiendo las estrechas fronteras sectoriales. Este proceso es, sin embargo, un asunto que todavía está en curso y no está plenamente asimilado en sus alcances conceptuales, aspectos metodológicos y consecuencias prácticas por parte de quienes deciden las políticas. Forma parte de una corriente más vasta que cuestiona la vigencia de los enfoques tecnocráticos estrechos y unilaterales, buscando las interrelaciones entre los distintos sectores administrativos y afirmando la complejidad de los planos y articulaciones de la realidad social.

La consideración de los determinantes sociales, como procesos no lineales y de carácter histórico, obliga a la adopción de una concepción holística y una perspectiva intersectorial en el enfrentamiento de los problemas de salud, cuestión que ya estaba incluida en el sustrato conceptual de la estrategia de la APS. Pero, adicionalmente, empuja hacia una mayor vinculación entre la salud y el desarrollo entendida como mutua determinación, como bien lo reconoció la **Declaración de Santafé de Bogotá** en 1992.¹ De esta manera, a las tradicionales políticas públicas de salud debe añadirse el

¹ En efecto, la declaración de la Conferencia Internacional titulada “**La Promoción de la Salud y la Equidad**” planteó que “*La promoción de la salud en América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación de mutua determinación entre salud y desarrollo. Por consiguiente, el desafío consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.*” (Los subrayados son nuestros).

concepto de «política pública saludable», definida como “...la que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable.”²

La evidente necesidad de una concepción holística, que integre el paradigma social de la salud y una perspectiva integral en las intervenciones sanitarias, ha venido abriéndose paso hasta alcanzar una creciente centralidad en las últimas décadas. Así, la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) creó a nivel global, en marzo de 2005, la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud** con el “...propósito de generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias”. La integran destacados formuladores de políticas y gerentes, científicos, grupos expertos y miembros de la sociedad civil, designados por el Director General de la OMS. Para alcanzar su objetivo, la Comisión trabajó durante tres años hasta marzo de 2008. De esta manera, la perspectiva social de la salud adquiere mayor relevancia mundial en el ámbito de los decisores de política.³

De acuerdo a las primeras conclusiones avanzadas en sus documentos iniciales por la referida Comisión, resulta evidente que:

“La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio - económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes.”

Paradójicamente, existe suficiente evidencia, particularmente proveniente de países desarrollados, de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente través de la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales.”⁴

² La **Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud** realizada en Adelaida –Australia en 1988, llamó la atención de cómo las políticas públicas saludables de todos los sectores inciden en los determinantes sociales de la salud y porqué era necesaria la rendición de cuentas a la población por parte de quienes formulan las políticas públicas sobre su impacto en la salud.

³ Como lo señala la OMS: “En resumen, la Comisión tratará de generar una agenda local y global para la formulación, planificación e implementación de políticas, planes y programas de salud basados en intervenir sobre los determinantes sociales que condicionan el nivel de salud. En particular la Comisión:

- Acopiara datos sobre intervenciones eficaces y propondrá políticas relativas a los principales determinantes sociales, con énfasis en los países de bajos ingresos;
- Fomentará un debate social amplio y abogará para que los Estados Miembros, grupos de la sociedad civil y agencias internacionales relacionadas, apliquen políticas para intervenir sobre los determinantes sociales que condicionan el nivel de salud;
- Definirá un programa de acción a mediano y largo plazo para incorporar las recomendaciones de la Comisión e implementación de políticas, planes y programas relacionados con la salud en los países, agencias internacionales relacionadas y en la OMS.”

⁴ Ver la presentación de la página Web de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Su dirección es la siguiente: http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html

El informe final de la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud** (CDSS) salió publicado el año 2008, bajo un título algo extenso pero muy sugestivo.⁵ El mensaje central está explícitamente en el mismo título al incluir dos conceptos alrededor de los cuales gira todo el contenido argumental del documento: desigualdad y equidad sanitaria. Las tremendas desigualdades existentes en la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir prematuramente –que, como lo señala el informe, no son naturales sino socialmente generadas, por lo que podrían y debieran evitarse– “...son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas.”

De manera que, de acuerdo a lo señalado anteriormente, es el modo como vive la población, su calidad de vida y nivel de bienestar, lo que es verdaderamente importante. Esto, a su vez, depende de cómo están distribuidos el poder, el dinero y los recursos entre los países y al interior de cada país. La distribución de la riqueza y de los diferentes recursos de poder es, entonces, la “causa de las causas” (los “*determinantes sociales*”) que explican cómo se distribuye la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir prematuramente entre las personas, los grupos sociales y entre cada sociedad en su conjunto. Por eso, como bien lo señala el informe final: “*Las políticas sociales y económicas tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño crezca y desarrolle todo su potencial, y tenga una vida próspera, o de que ésta se malogre.*”

Los *determinantes sociales de la salud* son, entonces, la expresión combinada de la estructura de poder existente y la resultante de las políticas públicas –sean éstas económicas, sociales o medioambientales– que, más allá de sus intenciones, terminan por reforzar o modificar tal distribución de poder en una sociedad concreta y en un momento dado. El mismo criterio puede aplicarse a las políticas de desarrollo. De ahí el sentido de la afirmación que: “*Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.*”

Por eso mismo, tiene sentido afirmar que “...el crecimiento por sí solo, sin políticas sociales adecuadas que aseguren que sus beneficios se reparten de forma relativamente equitativa, contribuye poco a la equidad sanitaria.” En la misma lógica, se entiende que las condiciones de salud reflejen la naturaleza del desarrollo: “*El desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección de que gozan las personas afectadas por la enfermedad.*” Por eso el mensaje más importante del informe se orienta de manera decidida a; “*Corregir esas desigualdades – las enormes diferencias sanitarias susceptibles de solución que existen dentro de cada país y entre los países– es una cuestión de justicia social...(...). La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas.*”

Otra conclusión de gran trascendencia es la constatación, ahora irrefutable por la calidad y cantidad de evidencia empírica disponible, que los precursores de la Medicina Social latinoamericana habían proclamado desde su aparición hace más de tres décadas:

⁵ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar al equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. **Organización Mundial de la Salud** (OMS), Ginebra, 2008: 1-25.

la existencia de un “patrón epidemiológico de clase”. Si bien la CDSS no usa precisamente ese concepto, tampoco lo elude, pues lo define de una manera más amplia al referirse a la categoría “posición social”. Lo cierto es que la porfiada realidad demuestra que las desigualdades en salud se producen inclusive al interior de una misma clase social, inclusive entre los estratos pudientes, dependiendo de la posición jerárquica que ocupan las personas en los lugares donde trabajan y viven. Nada más claro que las palabras de la propia CDSS:

“Pero la mala salud no afecta únicamente a los más desfavorecidos. En todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud...(...)”

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera.”

Habida cuenta de la argumentación brevemente reseñada, no resulta para nada extraño que la CDSS haya planteado solo tres recomendaciones generales en su informe final, todas de amplias repercusiones, cada una con líneas de acción estratégica y sus respectivas medidas fundamentales.

1. La primera recomendación general es la de **mejorar las condiciones de vida**. Incluye las cinco líneas de acción estratégicas siguientes:
 - a. Equidad desde el principio
 - b. Entornos salubres para una población sana
 - c. Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno
 - d. Protección social a lo largo de la vida
 - e. Atención universal de salud
2. La segunda recomendación tiene un alcance muy profundo, pues induce a interpretaciones que realmente tocan los problemas de fondo de nuestras sociedades así como la naturaleza de los modelos de desarrollo vigentes. Se refiere a **luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos**. Las líneas de acción estratégicas correspondientes son:
 - a. La equidad sanitaria en las políticas, sistemas y programas
 - b. Financiación equitativa
 - c. Responsabilidad del mercado
 - d. Equidad de género
 - e. Emancipación política – emancipación y posibilidad de expresarse
 - f. Una gobernanza mundial eficaz
3. Por último, la tercera recomendación, tiene un carácter más instrumental y operativo pero no por ello de menor importancia: **medir la magnitud del**

problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. Se plantean tres líneas de acción muy correlacionadas y, en cierta medida, complementarias entre sí. A saber:

- a. Seguimiento de los determinantes sociales de la salud (DSS)
- b. formación en DSS
- c. investigación en DSS

Cada una de las tres recomendaciones generales, además de acompañarse de sus correspondientes líneas de acción estratégica, incluye un conjunto de medidas a aplicarse para cada línea de acción. Para una mirada en detalle de las medidas se puede apreciar en las tres tablas que se adjuntan en las páginas siguientes. Vistas en su conjunto, las tres recomendaciones generales, la docena de líneas de acción estratégica y sus medidas correspondientes, constituyen las bases de una propuesta de transformación social cuya pretensión de integralidad conlleva las premisas de una profunda crítica a los modelos de crecimiento vigentes. Estos son los responsables de un crecimiento sin equidad que, al perpetuar y aumentar las desigualdades sociales, no puede sino generar mayores desigualdades en salud.

Huelga repetirlo, el análisis global de las recomendaciones, líneas de acción y medidas propuestas, así como el cúmulo de evidencias acumuladas por el exitoso y paciente trabajo de la CDSS, demuestra de manera palmaria e irrefutable que la salud y el desarrollo son dos conceptos indisolubles. Por cierto, como se analizará en este trabajo, se trata de la salud integral y el desarrollo humano sostenible. No basta el crecimiento económico por sí solo si éste no es capaz de distribuir de manera equitativa sus beneficios a la sociedad en su conjunto. Lo anterior se manifiesta en dos cuestiones de profunda repercusión para las políticas de salud, para las políticas públicas en general y, sobre todo, para la concepción del desarrollo y los estilos de crecimiento vigentes.

En primer lugar, se demuestra la propia existencia y validez de la determinación social de la salud: las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales en las que las personas, grupos sociales y sociedades viven y trabajan son determinantes para su estado y situación de salud. En segundo lugar, la persistente de la “gradiente social” de la salud demuestra que el crecimiento sin equidad no genera desarrollo y que, por lo tanto, los problemas distributivos son centrales e ineludibles para el logro de la equidad sanitaria. En palabras del propio documento: *“La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura.”*

Tabla 1
Recomendación General de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
Mejorar las condiciones de vida

| Principio de acción | Contenido y alcance | Líneas de acción estratégica | Medidas fundamentales |
|---|---|--|---|
| <p>Mejorar las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece</p> | <p>Las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre distintas sociedades. Esas desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, las características físicas del medio construido y la calidad del medio natural en que vive la población. Según el carácter de esos entornos, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta variarán para cada grupo, haciéndoles más o menos vulnerables a la enfermedad. La estratificación social también crea disparidades en el acceso al sistema de salud y en su utilización, lo que da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad.</p> | <p>Equidad desde el principio</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Comprometerse con una estrategia integral que aborde los primeros años de vida y ponerla en marcha, partiendo de los programas de supervivencia infantil existentes y ampliando el alcance de las intervenciones destinadas a la primera infancia para que incluyan el desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo. ➤ Ampliar la cobertura y el ámbito de la enseñanza para incluir los principios de desarrollo de la primera infancia (desarrollo físico, socioemocional y lingüístico cognitivo). |
| | | <p>Entornos salubres para una población sana</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Centrar la gestión y la planificación urbana alrededor de la salud y la equidad sanitaria. ➤ Promover la equidad sanitaria entre las zonas rurales y las zonas urbanas mediante inversiones sostenidas en el desarrollo rural, combatiendo políticas y procesos de exclusión que generen pobreza rural, y den lugar a procesos de privación de tierras y al desplazamiento de la población rural de sus lugares de origen. ➤ Velar por que las políticas económicas y sociales que se apliquen para afrontar el cambio climático y cualquier otro tipo de degradación medioambiental tengan en cuenta la equidad sanitaria. |
| | | <p>Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Convertir el pleno empleo, la equidad en materia de empleo y el trabajo digno en objetivos esenciales de las políticas socioeconómicas nacionales e internacionales. ➤ Para alcanzar la equidad sanitaria hace falta que el empleo sea seguro, sin peligros y bien remunerado, que haya posibilidades de empleo a lo largo de todo el año y que exista un equilibrio justo entre vida profesional y vida privada para todos. ➤ Mejorar las condiciones de trabajo de todos los trabajadores para que estén menos expuestos a riesgos físicos, estrés laboral y conductas perjudiciales para la salud. |
| | | <p>Protección social a lo largo de la vida</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicar políticas de protección social universal de amplio alcance o mejorar las existentes para que toda la población disfrute de un nivel de ingresos suficiente y pueda tener una vida sana. |
| | | <p>Atención universal de salud</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fundar los sistemas de salud en los principios de equidad, prevención de la enfermedad y promoción de la salud. ➤ Reforzar y fortalecer el personal sanitario, y desarrollar su capacidad para actuar sobre los determinantes sociales de la salud. |

Tabla 2
Recomendación General de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

| Principio de acción | Contenido y alcance | Líneas de acción estratégica | Medidas fundamentales |
|---|---|---|---|
| <p>Promover la redistribución equitativa de los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local</p> | <p>La desigualdad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. Las desigualdades son sistemáticas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a éstos.</p> | <p>La equidad sanitaria en las políticas, sistemas y programas</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Responsabilizar a las más altas instancias gubernamentales de la acción en pro de la salud y de la equidad sanitaria, y lograr que todas las políticas contribuyan a ese fin de forma coherente. ➤ Establecer un marco basado en los determinantes sociales para todas las funciones normativas y programáticas del ministerio de la salud y reforzar su función de rectoría para que el gobierno en su conjunto pueda aplicar un enfoque basado en los determinantes sociales. |
| | | <p>Financiación equitativa</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fortalecer la financiación pública para actuar sobre los determinantes sociales de la salud. ➤ Incrementar los fondos internacionales destinados a promover la equidad sanitaria y coordinar los fondos suplementarios con arreglo a un marco de acción basado en los determinantes sociales de las salud. ➤ Asignar de forma equitativa los recursos públicos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud. |
| | | <p>Responsabilidad del mercado</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Institucionalizar la toma en consideración de las consecuencias para la salud y la equidad sanitaria de las políticas y los acuerdos económicos nacionales en el momento de su elaboración. ➤ Reforzar el papel fundamental del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales para la salud (tales como el agua y el saneamiento) y en la reglamentación de bienes y servicios con consecuencias importantes para la salud (como el tabaco, el alcohol y los alimentos). |
| | | <p>Equidad de género</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Combatir los prejuicios sexistas en las estructuras sociales, las leyes y su aplicación, en la forma en que se dirigen las organizaciones y se conciben las intervenciones, y en el modo en que se mide el desempeño económico de un país. ➤ Formular y financiar políticas y programas que eliminen las disparidades en la educación y la adquisición de competencias, y favorezcan la participación económica de la mujer. ➤ Aumentar la inversión en servicios y programas de salud sexual y reproductiva, teniendo como objetivo la cobertura universal y el respeto de los derechos. |
| | | <p>Emancipación política – emancipación y posibilidad de expresarse</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar poder efectivo a todos los grupos de la sociedad mediante un sistema de representación justo en los procesos de toma de decisiones relativos al funcionamiento de la sociedad, en particular, en lo tocante a los efectos que éstas puedan tener en la equidad sanitaria, y crear y mantener un marco de participación social en la formulación de políticas. ➤ Permitir que la sociedad civil pueda organizarse y actuar de forma que se promuevan y respeten los derechos políticos y sociales que afectan a la equidad sanitaria. |
| | | <p>Una gobernanza mundial eficaz</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Convertir la equidad sanitaria en un objetivo de desarrollo mundial y adoptar un marco basado en los determinantes sociales de la salud que permita potenciar las acciones multilaterales a favor del desarrollo. ➤ Fortalecer el liderazgo de la OMS en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud, convirtiéndolos en un principio rector para todos los departamentos y programas de los países de la OMS. |

Tabla 3
Recomendación General de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
Medir la magnitud del problema, evaluarlo y analizar el efecto de las intervenciones

| Principio de acción | Contenido y alcance | Línea de acción estratégica | Medidas fundamentales |
|--|--|---|---|
| <p>Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.</p> | <p>El mundo está cambiando a toda velocidad y a menudo no está claro cómo afectarán los cambios sociales, económicos y políticos a la salud en general y a las desigualdades sanitarias en los países y en el mundo en su conjunto. La acción sobre los determinantes sociales de la salud será más eficaz, si hay sistemas de datos básicos –tales como los registros civiles y programas de observación sistemática de las desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud– y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces. La sensibilización y la formación en materia de determinantes sociales de la salud es esencial. Significa evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud.</p> | <p>Los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Poner en marcha sistemas que permitan hacer un seguimiento sistemático de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud a nivel local, nacional e internacional. ➤ Realizar las inversiones necesarias para generar e intercambiar nuevos datos sobre el modo en que los determinantes sociales influyen en la salud de la población y la equidad sanitaria, y sobre la eficacia de las medidas adoptadas para reducir las desigualdades sanitarias mediante medidas que incidan en los determinantes sociales. ➤ Formar a los rectores de la política, las partes interesadas y los profesionales de la salud en materia de determinantes sociales de la salud, e invertir en sensibilizar a la ciudadanía |

De modo que la equidad sanitaria no es posible en una sociedad profundamente desigual, pero tampoco el crecimiento económico puede desplegarse en toda su amplitud y sostenerse en el tiempo si no se reducen las desigualdades en la distribución del poder, el dinero y los recursos. A mayor equidad en la sociedad, mayores posibilidades de equidad sanitaria y, complementariamente, mejores perspectivas de un crecimiento económico extendido y sostenible. Dicho en otros términos, el crecimiento con equidad es una condición ineludible para el logro del desarrollo humano sostenible. De manera concomitante, la equidad sanitaria es una condición necesaria para el mismo propósito pero, al mismo tiempo, es su consecuencia más evidente.

Dicho sea de paso, tanto el análisis como las conclusiones y recomendaciones de la CDSS proporcionan sólidos argumentos y una amplia evidencia empírica acumulada para zanjar una controversia de larga data. Esta tiene relación con la persistencia de los gradientes sociales encontradas. Estas reflejan una relación entre la salud y los determinantes sociales que trasciende y va más allá de las situaciones relativas de riqueza o pobreza. Como se sabe, siempre se asoció la pobreza con la enfermedad y la salud insuficiente. De una manera más refinada y acotada, se buscó la asociación entre clase social y condiciones de salud. Como se ha dicho, fue la Medicina Social latinoamericana la que primero acuñó el concepto de “patrón epidemiológico de clase”.

Los nuevos desarrollos demuestran que los determinantes sociales se expresan también al interior de cada clase social, incluyendo las de nivel acomodado, inclusive con cierta independencia de sus niveles ingreso o de riqueza. El elemento explicativo más importante resulta ser la jerarquía que ocupan las personas en los lugares donde trabajan y viven. Ciertamente que el concepto de clase social expresa una situación de jerarquía, definida en términos de posesión o no de medios de producción y activos económicos y financieros. Pero esta resulta paramétrica y no siempre refleja la situación que ocupa cada persona dentro de una jerarquía. De ahí la importancia del concepto de “posición social”, que no niega la existencia de clases sociales pero permite recoger mejor las situaciones de ubicación jerárquica y estratificación social.

En realidad, una manera más amplia de entender el concepto de posición social es asociarlo con la distribución del poder, el dinero y los recursos al interior de la sociedad en su conjunto, las diferentes clases sociales, grupos sociales y, en general, en cualquier estructura jerárquica existente. De esta manera es la distribución y capacidad de uso del poder, en el sentido amplio de la palabra, el determinante social por excelencia y no solamente la posesión de los medios de producción. Esta precisión permite el uso más apropiado de los conceptos de exclusión y marginación, que también son expresión condensada de las relaciones asimétricas de poder. Si la distribución desigual del poder es la base de los determinantes sociales, entonces, la justicia social y la equidad son en sí mismas un poderoso factor de cohesión social y, por lo mismo, promueven positivamente la salud de la comunidad y garantizan un desarrollo más equilibrado y sostenible.

En breve síntesis, a partir de la amplia discusión generada por el trabajo realizado y el informe final de la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud**, se ha venido alcanzando una definición más precisa sobre el tema, no obstante los distintos modelos o marcos conceptuales existentes. Estos modelos tienen elementos en común y no son necesariamente excluyentes entre sí, aunque la evidencia disponible revela los vínculos y brechas que tienen en su validez relativa. En síntesis, los determinantes sociales de la salud se refieren a la naturaleza de las condiciones sociales –que, a su vez, son la expresión de la forma cómo se distribuyen el poder, el dinero y los recursos– que afectan la salud y a los medios, vías o canales particulares a través de los cuales esas

condiciones ejercen sus efectos, los mismos que pueden ser modificados con medidas adecuadas.⁶

Entre los múltiples determinantes identificados, los aspectos económicos tienen un gran peso, influencia y son considerados como de naturaleza más bien estructural. Sin embargo, en los modelos vigentes se consideran los aspectos más inmediatos del ingreso y la posición social, así como el empleo y las condiciones de trabajo. Estos son los que se analizarán con mayor detalle en el presente trabajo, tanto desde el punto de vista conceptual como de la evidencia empírica acumulada sobre su acción sobre el estado de salud de la población y su distribución desigual. Aparte de una revisión de los antecedentes y evolución histórica del paradigma social de la salud, también se hará una interpretación de los determinantes económicos de tipo estructural en el ámbito de las políticas macroeconómicas y del desarrollo.

Finalmente, debe señalarse que hay una evidente relación entre los determinantes sociales de la salud –incluidos los aspectos económicos– y los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (ODM), establecidos por la comunidad internacional así como comprometidos por los países del mundo, a consecuencia de la **Declaración del Milenio**. Ambos parten de un enfoque integrador que interrelaciona las diferentes dimensiones de la realidad con el desarrollo y la salud. Tanto es así, que cuatro de los ODM se refieren de manera directa a temas de salud y los otros al mejoramiento de las condiciones del medio ambiente social y ecológico que son, a su vez, determinantes sociales de la salud.

1) Antecedentes y evolución histórica del paradigma social de la salud

En el campo de la salud, como quiera que definamos su naturaleza y alcance, desde hace mucho tiempo que no se logra cerrar la brecha entre la comprensión de la compleja trama de múltiple causalidad y determinación que explica el proceso salud – enfermedad y la práctica sanitaria existente, especialmente la que corresponde a la acción clínica individual de los médicos y especialistas. Esta brecha incluye la praxis del proceso de formulación de las políticas públicas de salud y se expresa, sobre todo, en la contradictoria coexistencia entre un paradigma teórico cada vez más integral y social del proceso salud – enfermedad frente a una práctica sanitaria en la que continúa perviviendo el modelo biomédico reparativo centrado en el individuo aislado, la enfermedad, el hospital y la tecnología inapropiada a la realidad de cada país.

No es que siempre haya predominado sin cuestionamiento alguno el modelo biomédico de la salud individual. Por el contrario, hay una larga tradición de enfoques sociales de la salud que viene desde los orígenes de la medicina, en particular de la medicina social y la epidemiología, que más modernamente se ha manifestado desde mediados del siglo XIX con los aportes de William P. Allison en Escocia, William Farr en Inglaterra, Louis René Villermé y Jules Guérin en Francia, Francesco Puccionotti en Italia y, sobre todo, Rudolf Virchow en Alemania, quienes asociaron la enfermedad con

⁶ Los principales modelos de análisis desarrollados son: modelo de Dahlgren and Whitehead (1991); modelo de Diderichsen y Hallqvist (1998), adaptado por Diderichsen, Evans y Whitehead (2001); el modelo de Mackenbach (1994) y el modelo de Marmot y Wilkinson (1999). Además de lo señalado, un modelo integral debería proveer un marco adecuado para evaluar cuáles son los determinantes sociales a ser abordados, así como «mapear» los niveles específicos de intervención y las puertas de entrada para la acción de las políticas que buscan incidir sobre los determinantes sociales de la salud. Esto se analizará en el acápite correspondiente.

la situación económica social, especialmente la pobreza.⁷ Inclusive en el Perú, en las postrimerías del régimen del virreinato previo a la independencia, el *Anfiteatro Anatómico* creado por Hipólito Unanue en 1792 partía de una visión social de la presencia de enfermedades.⁸

Una visión más explícitamente de salud pública apareció con el avance de la epidemiología, al partir de la constatación de la distribución espacial de los patrones enfermedad en determinados grupos sociales derivada de la correlación estadística con factores del medio ambiente, en especial la calidad del agua y la provisión de saneamiento básico. Fue precisamente John Snow, quien en Londres estudió la epidemia del cólera descubriendo sus causas por inferencia estadística, uno de los padres de la epidemiología moderna. Es recién con la aparición de enfoques holísticos de salud y de la medicina social desde los años veinte del siglo pasado en los Estados Unidos y Gran Bretaña, luego complementados con la posterior emergencia de la epidemiología social en la década del cuarenta, que se empieza a desarrollar un marco teórico y conceptual más sólido de la salud como proceso social y no sólo biológico.⁹

A lo largo del siglo pasado, el enfoque de la medicina social se evidenció en el Perú desde sus inicios aunque de manera discontinua y con ciclos espaciados. En la segunda década hasta los cuarenta destaca la labor de Carlos Enrique Paz Soldán quien sistematiza en un ensayo su concepción sobre el tema además de impulsar el *Instituto de Medicina Social* de la Facultad de Medicina de la UNMSM. En la década del cuarenta surgen los estudios de Máxime Kuczynski Goddard que describen la complejidad del patrón de salud – enfermedad de nuestras poblaciones andino amazónicas. Sin embargo, el periodo de mayor avance de las ideas de la medicina social en el país fueron las décadas del setenta a ochenta, bajo el influjo de la retórica «desarrollista» en América Latina y las repercusiones del proceso de cambios impulsado por el reformismo militar del periodo 1968-1975.¹⁰ Pero antes, vale la pena analizar brevemente el ambiente intelectual que predominó en los años posteriores al fin de la Segunda Guerra Mundial.

a) Contradicción de la Postguerra: entre la definición de salud de la OMS y el enfoque tecnológico de la salud

El primer gran acontecimiento de la segunda postguerra fue, sin duda, el nacimiento de las Naciones Unidas, retomando la vieja y visionaria idea wilsoniana de la fenecida Liga de las Naciones. Parte importante de este proceso fue la creación, en

⁷ Rudolf Virchow, uno de los más brillantes impulsores de la medicina del siglo XIX y uno de los fundadores de la patología celular, fue más lejos que todos al considerar que: “*La medicina nos lleva imperceptiblemente hacia el campo de lo social y nos coloca en una posición de confrontación directa con los grandes problemas de nuestro tiempo*” Rechazó la teoría de Louis Pasteur sobre los gérmenes como causantes de enfermedades. El patólogo, arqueólogo y antropólogo alemán, tras estudiar una epidemia en los distritos industriales de Silesia en 1847, concluyó que sus causas eran tanto sociales y económicas como físicas, y recomendó, como remedio: prosperidad, educación y libertad, las cuales para desarrollarse requerían de un marco de democracia libre e ilimitada.

⁸ Murillo, Juan Pablo. *Hipólito Unanue y el proceso de construcción del discurso epidemiológico peruano*. **Anales de la Facultad de Medicina**, UNMSM, 2005, 66(4): 344-356.

⁹ Krieger, Nancy. *Theories for social epidemiology in the 21st century: an eco-social perspective*. **International Journal of Epidemiology** 2001;30:668-677.

¹⁰ Destacan la revista *Cuadernos Médico-Sociales*, la crítica a la medicina liberal de Carlos Castillo Ríos y, sobre todo, el poco divulgado Informe de la **Comisión de Reforma de Salud** que planteó en 1976 la propuesta del Servicio Nacional Participativo de Salud, SENPAS, con un enfoque claramente social y político de salud. En la década del ochenta Josefa Huslshof publica un libro de economía política de la salud en el Perú y en septiembre de 1985 se plantea como política de salud los siete lineamientos generales de política de salud que se sustentan de manera explícita en una concepción social de la salud, que rebasa ampliamente el campo de la atención médica..

1948, de la Organización Mundial de la Salud. Ambas creaciones institucionales fueron hitos en la historia del paradigma social de la salud. El primero, porque la Declaración Universal de los Derechos Humanos consagró de manera explícita la salud como un derecho humano fundamental. El segundo, porque incluyó en su Constitución una amplia definición de la salud que adoptaba lo sustancial del paradigma social de la salud –y no sólo de la enfermedad– y porque le asignaba al Estado una responsabilidad explícita en la garantía y protección de la salud.

En efecto, la Organización Mundial de la Salud, el organismo de las Naciones Unidas especializado en salud, se creó el 7 de abril de 1948. Tal y como establece su Constitución, el objetivo de OMS es que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. La Constitución de la OMS define la salud como un “...estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” Además:

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.”

La misma constitución de la OMS plantea, en su artículo 2, que para alcanzar esta finalidad, entre las numerosas funciones de la Organización, hay una directamente vinculada con los factores sociales de la salud. A saber:

“i) promover, con la cooperación de otros organismos especializados cuando fuere necesario, el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo, y otros aspectos de la higiene del medio;”¹¹

No obstante el amplio espacio abierto por la Constitución de la OMS para un paradigma social del proceso salud – enfermedad, la década del cincuenta se dejó arrastrar por la retórica ideológica de la Guerra Fría y el vasto proceso de descolonización que se produjo en África y Asia. De manera paralela, se produjo el auge de la moderna industria farmacéutica que descubrió y desarrolló una nueva generación de antibióticos, vacunas y una gran variedad de otros medicamentos. Estos factores incidieron para que predominara un enfoque más basado en las tecnologías de salud que en una perspectiva social, con estrategias de intervención tipo campañas verticales al mejor estilo de la tradición militar. Los hospitales urbanos eran el centro de los modelos de atención, sin que se hubiera desarrollado una red de servicios de salud tal como lo entendemos convencionalmente.

Paradójicamente, el predominio del enfoque tecnológico de la salud se impuso al mismo tiempo que se daba un gran salto en el reconocimiento de la necesidad de que cada país cuente con un Sistema Nacional de Salud. La concepción del mismo y la idea de la universalización del acceso gratuito a la atención de salud se vio muy fuertemente influenciado, en el contexto de la competencia ideo-política suscitada durante la Guerra Fría, por los extraordinarios avances logrados en materia sanitaria por la ahora extinta

¹¹ Ver el articulado completo de la Constitución de la OMS en la página web oficial: http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basic-sp&jump=CONSTITUCI%20N&softpage=Document42#JUMPDEST_CONSTITUCI%20N

Unión Soviética. La Constitución Soviética fue la primera en el mundo en adoptar el acceso universal y gratuito a la atención de salud, con un enfoque de medicina preventiva e higienismo social. La respuesta europea fue la construcción del moderno Estado del Bienestar.

Un hito en ese proceso fue el *Informe Beveridge*, que dio pábulo a la creación del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service* –NHS) en Gran Bretaña en 1948, gracias al decisivo impulso del Ministro de Salud Aneurin Bevan y a contrapelo de una muy fuerte oposición de la profesión médica. A partir de esa experiencia surgió la idea del sistema escalonado de atención por niveles de complejidad, surgiendo las redes de policlínicos alrededor de los hospitales.¹² Chile fue el primer país en América Latina que adoptó un enfoque similar creando su propia versión del Servicio Nacional de Salud en 1952. En los demás países de la región, incluido el Perú, se ampliaron de manera significativa las redes hospitalarias y de servicios de los Ministerios de Salud y se consolidaron los seguros sociales de salud y del empleado.

A pesar de las innovaciones de Gran Bretaña, la «medicalización» de la salud se reforzó en todo el mundo. Los hospitales, constituidos en verdaderos «palacios de la enfermedad» junto con los programas verticales orientados a enfermedades específicas (malaria, viruela, tuberculosis, etc.), se convirtieron en los símbolos del enfoque biomédico dominante. Los notables éxitos obtenidos con la eliminación de la viruela no lograron ser empañados por el costoso fracaso de la lucha contra la malaria. Pero fueron los países que recién ganaron su independencia, o que intentaron vías alternativas de desarrollo, los que lograron avances en la aplicación de enfoques más integrales en el enfrentamiento de los problemas de salud. La experiencia de los «feltchers» en la Unión Soviética fue el antecedente de los famosos «médicos descalzos» en la China Popular.

De manera paralela, surgió un vigoroso movimiento de programas de salud centrados en la comunidad, que incluyeron mecanismos de participación de la población en la toma de decisiones en el proceso sanitario. Se enfatizó la tecnología apropiada frente a la creciente sofisticación tecnológica de los sistemas de salud vigentes. La educación de la salud y la prevención de la enfermedad tuvieron un papel central en las estrategias de intervención emergentes. Estos procesos alternativos se extendieron a lo largo de la década del sesenta y mediados de los setenta. A partir de la segunda mitad de los sesenta ya iban quedando en evidencia los estrechos límites de los modelos medicalizados, sobre todo su incapacidad para enfrentar de manera sostenible los problemas de salud de las zonas rurales y de las poblaciones más pobres.¹³

¹² La propuesta de Beveridge del *National Health Service* (NHS) se fundamentó en el médico general de familia (“general practitioner”) al que se le asignaba la población de un espacio territorial determinado “*Then, as now, the family doctor acted as gate-keeper to the rest of the NHS, referring patients where appropriate to hospitals or specialist treatment and prescribing medicines and drugs. A major innovation was the community health centres - a special premise with accommodation and equipment supplied from public funds to enable family doctors, dentists and others to work together to provide a range of services on the spot. There were also specialist ear clinics at which patients could get an expert opinion and, if needed, a new hearing aid.*”

¹³ Estos movimientos comunitarios o de salud popular asumieron con gran compromiso los más importantes aportes de la «pedagogía de la liberación» y la educación popular del brasileño Paulo Freire. Como se sabe, Freire diseñó una pedagogía muy relacionada con la visión de los países en desarrollo y de las clases oprimidas, con el objetivo de la concienciación, siempre con el fundamento básico de que no existe una educación neutra. Según su visión, cualquier educación es, en sí misma, política. Él mismo llamó a su educación para adultos «pedagogía crítica». Su *Pedagogía del oprimido* es uno de los textos sobre educación que más se citan en la actualidad, especialmente en Latinoamérica y África.

b) Década del setenta: renacimiento del paradigma social de la salud

La década del sesenta fue un punto de inflexión histórico en los ámbitos de la teoría y de la práctica, produciéndose un importante renacimiento del enfoque social de la salud. Emergió una suerte de «salud popular» que se articuló con movimientos sociales de base e incluso desarrolló propuestas que incluían no sólo la acción sobre los determinantes sociales de salud sino sobre los temas referidos a las relaciones estructurales y de poder subyacentes en la sociedad. En América Latina, estos verdaderos movimientos sociales por la salud adquirieron impulso por los efectos de la Revolución Cubana y el impacto producido por la experiencia de la Unidad Popular en Chile. Dos médicos, los Dres. Ernesto Guevara de la Serna y Salvador Allende Gossens, se convirtieron en las figuras emblemáticas de una salud comprometida con el cambio social y la acción política.

La toma de conciencia de las limitaciones de la salud pública y la epidemiología en nuestra región coadyuvó en la construcción del concepto de «medicina social», como nuevo campo de análisis de la salud desde una óptica explícitamente económica, social y política. Por esos mismos años ganaban influencia y predicamento las agudas críticas a la «medicalización» de la salud de parte de Iván Illich y Michel Foucault. El primero resaltaba el carácter verdaderamente yatrogénico de los servicios de salud tal como funcionaban, mientras que el segundo ha escrito sobre la historia de la «medicalización» como el proceso por el cual la medicina ha traspasado las fronteras de la enfermedad para, bajo ese pretexto, imponerse al individuo en una relación vertical de autoridad, englobando así la existencia, la conducta y el cuerpo humano. Ambos hicieron visible la expropiación de los conocimientos de los individuos y de la sociedad por parte de los médicos para así fortalecer su poder sobre las personas.¹⁴

La emergente «medicina social» latinoamericana buscó desde un comienzo distinguirse de la tradicional medicina clínica y la salud pública. Define como su objeto de estudio a la población como formada por grupos sociales o colectivos y no como la suma de individuos aislados. De otra parte, enfatiza el carácter histórico de los procesos sociales que determinan la salud y la enfermedad, asumiendo que entre ambas hay una relación dialéctica, de determinación e influencia recíprocas. Además, busca desarrollar metodologías que combinen lo cualitativo y lo cuantitativo desde un contexto histórico determinado, que trasciendan la perspectiva positivista y los enfoques «reduccionistas». Por último, le otorga gran importancia a la «praxis», como acción transformadora de la realidad social que busca articular armónicamente la teoría con la práctica.¹⁵

Fruto de esos esfuerzos surgió la *Asociación Latinoamericana de Medicina Social* – ALAMES, que le dio un carácter de movimiento a lo que se inició como una corriente teórica y de reflexión más académica que práctica. Constituida en noviembre de 1984, en el marco del **III Seminario Latinoamericano de Medicina Social**, “...tuvo como fin profundizar de manera organizada en el conocimiento de las estrechas relaciones entre la salud y la sociedad, teniendo como base los avances científicos y las experiencias obtenidas en la enseñanza de postgrado en el área de la Medicina Social y de la Salud Colectiva, esta última de tradición brasileña.”¹⁶

¹⁴ El libro más famoso en el campo de la salud del pedagogo Iván Illich fue, sin duda, **Némesis Médica** publicado en 1975. Por su parte, Michel Foucault ha escrito numerosos artículos y libros sobre el tema e la medicalización.

¹⁵ Hiriart C., Waitzkin H., Breihl J., Estrada A. y Merhy E. *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos*. **Revista Panamericana de Salud Pública**, vol. 12, no. 2. Washington, agosto 2002

¹⁶ Gran influencia sobre esta nueva orientación ejercieron los aportes pioneros en América Latina de Juan César García. También destacan, por cierto, figuras como Mario Testa, Jaime Breihl, Edmundo Granda, Sergio Arouca,

En 1974 se dio a conocer en Canadá el ahora famoso **Informe Lalonde**, bajo el título *A New Perspective on the Health of Canadians*, que marcó un hito histórico al introducir un renovado concepto de «promoción de la salud» que una década más tarde fuera retomado por la **Carta de Ottawa**. El informe sirvió para comprender mejor el amplio espectro de factores que contribuyen a la buena salud, entre los que destacó: la biología humana, los estilos de vida, la organización de la atención a la salud y los ambientes sociales y físicos en los que vive la población. Su difusión en Canadá motivó varias políticas gubernamentales centradas en el estilo de vida: legislación sobre cinturones de seguridad, ejercicio, nutrición y abandono del consumo del tabaco. Si bien incorporaba los aspectos sociales, lo hacía con algunas limitaciones importantes.¹⁷

c) Aparición de la APS en pleno agotamiento del modelo desarrollista y la crisis del Estado del Bienestar

Pero lo más importante de la década del setenta fue el hito histórico que constituyó la Conferencia de Alma Ata en 1978, como la aplicación más avanzada del paradigma social en una propuesta coherente de orientaciones de política de salud. Para el logro del objetivo democratizador de *Salud para Todos en el año 2000* se aprobó la estrategia de la *Atención Primaria de Salud* (APS). La APS sistematizó y recogió lo más avanzado de las experiencias de salud comunitaria, basadas en la movilización social masiva y la participación de la población en el proceso de toma de decisiones. Las experiencias de los «médicos descalzos» de China, las reformas de salud de Sri Lanka y del Estado de Kerala en la India fueron, entre otros, las fuentes de inspiración de un enfoque que ponía lo social y las necesidades de la mayoría al mando y por encima de los imperativos elitistas de la tecnología y del complejo empresarial médico.

El cambio de alcance paradigmático que significó la APS legitimó una demolidora crítica al modelo biomédico reparativo basado en la tecnología sofisticada y centrado en el hospital. Por primera vez se plantea de manera abierta y explícita en la agenda de salud mundial el tema de la determinación social, económica y política de la salud. Y, por primera vez también, la corriente de cambio sanitario viene del Sur y no del Norte, es decir, de los países que recién ganaron su independencia y luchaban por el desarrollo y la construcción de un Estado nacional. Frente a la medicina colonizada de las antiguas potencias imperiales europeas surgía una respuesta alternativa desde los «condenados de la Tierra», esta vez avalados por organismos internacionales como la OMS y UNICEF.

Como estrategia de alcance comprehensivo la APS no se agota en los servicios de salud sino que postula la necesidad imperiosa de la articulación intersectorial y las vinculaciones de la salud con el desarrollo social. Además, la APS sostiene que es en el espacio local donde mejor pueden crearse sinergias entre sus postulados, abanderando la gestión descentralizada hasta el nivel más periférico de los servicios de salud que

Hésio Cordeiro, Pedro Luis Castellanos, Sonia Fleury, Saúl Franco y Asa Cristina Laurell, quien impulsaba un fuerte núcleo de investigadores con el enfoque de la medicina social desde la UAM – Xochimilco en México.

¹⁷ En efecto, a pesar de sus esfuerzos por valorar los aspectos sociales, la mayor contribución del **Informe Lalonde** fue poner en el centro del debate el importante papel que los individuos tienen en la modificación de sus conductas personales para el mejoramiento de su estado de salud. Los «estilos de vida» aparecieron como el concepto operacional que superaba lo estrictamente biomédico reparativo, aunque circunscrito a la esfera de lo individual y dando pie a la reducción de la responsabilidad del Estado en la protección de la salud.

incluye a la propia comunidad y se articula con el desarrollo local. La movilización social, la participación organizada a todo nivel, la articulación intersectorial, la tecnología apropiada y apropiable y la descentralización con transferencia efectiva de recursos y poder, fueron los elementos indisolubles que caracterizan el núcleo duro transformador de la APS como estrategia integral de democratización de la salud y de su vinculación sinérgica con el desarrollo social.

La respuesta del modelo biomédico y del establishment sanitario no se dejó esperar. El contenido transformador de la APS fue cohibido o tergiversado al punto de desnaturalizarla totalmente como estrategia integral. La primera distorsión de la APS fue considerarla sólo como el primer nivel de atención y, en no pocos casos, como medicina de bajo costo y dudosa calidad para los sectores pobres. La segunda gran distorsión fue tomar sólo alguna de sus estrategias por separado y no asumirlas todas en su integridad indisoluble. Pero la distorsión más sutil y difícil de distinguir fue la producida por su reducción a paquetes de intervención altamente efectivos en su relación con los costos. Se convirtió así en una APS «selectiva» y de «alto impacto» restringida a programas verticales de bajo costo unitario con énfasis en el primer nivel de atención y con intervenciones «focalizadas» en los más pobres y vulnerables.

El mismo enfoque de la acción intersectorial fue reducido a estrategias de intervención puntuales de gran impacto y bajo costo, orientadas a los grupos más pobres y vulnerables de la población, en particular la madre y la niñez. La tecnología apropiada se entendió como tecnología simple y de bajo costo. La movilización social se redujo a campañas periódicas a escala nacional y regional. La participación se transformó en una forma de conseguir mano de obra gratuita o de muy bajo costo para complementar las acciones de los servicios de salud. La descentralización se circunscribió a la ampliación de la red de servicios con policlínicos, puestos y centros de salud como simples extensiones de los hospitales o completamente subordinados a ellos. La opción preferencial por los más pobres y vulnerables se redujo a un ejercicio de estimaciones del costo y efectividad de un paquete de intervenciones que terminaron siendo «focalizadas» y no universales.¹⁸

No todo fueron sombras en la década del ochenta. También se vislumbraron algunas luces, siendo la de mayor repercusión la aparición del movimiento de promoción de la salud. La *Conferencia Internacional de Promoción de la Salud* de 1986, bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Salud de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA, por sus siglas en inglés) produjeron la ya mencionada **Carta de Ottawa**. Esta marcó el inicio del movimiento de la «promoción de la salud», teniendo como antecedente el ya mencionado **Informe Lalonde**, constituyéndose en el documento doctrinario, político y operacional de referencia indispensable. La Carta devuelve a la comunidad el poder de transformar sus condiciones y determinantes de la salud, fortaleciendo al mismo tiempo

¹⁸ No puede dejar de mencionarse en este análisis la iniciativa *Buena Salud a bajo Costo* de la Fundación Rockefeller, que hizo conocer experiencias de países que lograron grandes éxitos sanitarios a pesar de tener bajos niveles de gasto per cápita comparado con los países de mayores ingresos. En la misma línea puede ubicarse la llamada *Revolución de la Supervivencia Infantil* que impulsó UNICEF bajo el liderazgo de James P. Grant. En el centro de la misma estuvo el paquete integrado cuyo acrónimo era **GOBI**, luego complementado con **FFF**. El paquete **GOBI** integraba: monitoreo del crecimiento del niño sano, terapia de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización. Mientras que el complemento **FFF** incluía: planificación familiar, educación de la mujer y complementación nutricional. Lo cierto es que el paquete integrado GOBI-FFF no logró aplicarse en la mayoría de los países. Por el contrario, en muchos casos sólo se aplicaron de manera masiva la terapia de rehidratación oral y las campañas de inmunizaciones.

su participación activa, reconociendo la importancia de las políticas públicas, los estilos de vida, los entornos saludables y la responsabilidad compartida de todos los servicios sociales.

Poco años antes, en 1977, se produjo otro acontecimiento que habría de tener importantes repercusiones en la incorporación de los aspectos sociales al debate sobre la naturaleza del proceso salud – enfermedad y los alcances de las políticas de salud, aunque sólo en Europa durante toda una primera etapa. Ese año el gobierno británico, por intermedio del Secretario de Estado de Servicios Sociales del gobierno laborista del Reino Unido, nombró una comisión de estudio de las desigualdades sociales en salud en Gran Bretaña, dirigida por Sir Douglas Black. El informe de esa comisión, más conocido como **Black Report**, analizaba las causas y la magnitud de las desigualdades sociales en el ámbito de la salud y sugería las intervenciones necesarias para paliar esas diferencias. El informe Black, publicado en 1980 y reactualizado en 1986, no tuvo impacto inmediato en las políticas de salud en su propio país porque coincidió con la ascensión del gobierno conservador de Margaret Thatcher quien consideró como utópicas sus propuestas.

Por el contrario, la recepción del Informe Black en la comunidad académica fue muy positiva y sirvió de base para el desarrollo de nuevos estudios de similares características en países como Holanda, España y Suecia. En el propio Reino Unido quedó la tradición de este tipo de informes, de modo que una década más tarde se llevó a cabo una investigación independiente sobre la desigualdades en salud conocido como **Acheson Report** (fines de 1998). La evidencia común encontrada por estas investigaciones señalan que esas desigualdades se van incrementando con el paso del tiempo y a lo largo de todo el ciclo de vida, ya que las personas de las clases sociales más aventajadas mejoran más su estado de salud que las pertenecientes a las clases más desfavorecidas. Los efectos perversos de las gradientes sociales sobre la salud terminaron de clarificarse con los estudios realizados por Sir Michael Marmot entre los miembros del servicio civil británico.¹⁹

La puesta de nuevo en la agenda sanitaria del paradigma social de la salud que provocaron la APS y la promoción de la salud, junto con la aparición en nuestros países del movimiento de medicina social y de ampliación del horizonte de la epidemiología convencional, no lograron ser hegemónicos en la teoría, mucho menos en la práctica del personal de salud. Pudieron manifestarse en algunos avances parciales en el discurso de las autoridades sanitarias y produjeron algunos cambios de los currículos de algunas facultades de medicina de prestigio alcanzando su punto más alto a inicios de la década del noventa, a partir de donde perdieron impulso y fueron revertidos. El enfoque de la salud integral fue paulatinamente reemplazado por la especialización tecnocrática en una gestión sanitaria obsesionada por la eficiencia, definida en los términos exclusivos de la teoría económica neoclásica.²⁰

¹⁹ El ahora famoso estudio de Whitehall, realizado por Marmot, analizó longitudinalmente a más 10 mil funcionarios ingleses por más de 20 años, diferenciándolos de acuerdo a una estructura social jerárquica. Marmot encontró que la mortalidad en varones de entre 40 y 64 años, estandarizada por edad en un periodo de 10 años, de los funcionarios pertenecientes a las categorías de personal administrativo y trabajador manual era tres veces y media mayor que en los que ocupaban los más altos puestos jerárquicos. Además, constató de manera fehaciente la existencia de un gradiente donde la mortalidad aumentaba conforme se descendía en la escala jerárquica.

²⁰ VV.AA. **Lo biológico y lo social – su articulación en la formación del personal de salud**. Washington, D. C.: OPS, diciembre de 1994, 161 pp. (Serie *Desarrollo de Recursos Humanos No. 101*). Esta es una de las publicaciones donde mejor se sintetizan los avances conceptuales logrados por los movimientos de la concepción histórico social de la salud y la epidemiología social.

d) Auge del neoliberalismo y nuevo ciclo de reformas sanitarias

El paradigma neoliberal de desarrollo ingresó al debate sanitario a partir de la introducción de la lógica de la economía neoclásica en el análisis de los problemas de salud y la formulación de políticas y estrategias de intervención. Esto se reforzó en los hechos a raíz de las consecuencias generadas por la aplicación de las medidas de estabilización macroeconómica y los concomitantes procesos de ajuste estructural. La drástica disminución del financiamiento público para la salud obligó a establecer estrategias de autofinanciamiento de los servicios a partir del cobro de tarifas a la población. De esta manera, los servicios tuvieron que adaptarse abruptamente a las estrictas reglas financieras de la supervivencia económica para poder mantenerse operativos. La incorporación del cálculo de costos y beneficios pasó a presidir el proceso de toma de decisiones. En el caso del Perú, este proceso fue dramático durante el periodo comprendido entre la segunda mitad de 1990 y 1992.

Pero las estrategias de privatización a ultranza de los servicios de salud tuvieron que moderar sus ímpetus a partir de la emergencia de crecientes problemas de legitimidad social y gobernabilidad democrática. Los graves disturbios sociales del «caracazo» en Venezuela (1992) y la insurgencia de Chiapas en México (1994), fueron la clarinada de alarma de los límites políticos de la aplicación indiscriminada del *Consenso de Washington*. Se planteó entonces la necesidad de aplicar medidas de compensación social, con lo que surgieron las denominadas reformas de «segunda generación». Un hito de este cambio en la agenda sanitaria, que se elevó de la gestión micro a nivel de las macro políticas de salud, fue la aparición del *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993* del Banco Mundial, significativamente titulado “Invertir en Salud”.²¹

Como resulta lógico suponer, en el nuevo ambiente intelectual de la década del noventa, los temas puestos en la agenda por la Atención Primaria de Salud fueron tergiversadas o simplemente dejados de lado. Huelga repetirlo, la concepción social de la salud fue arrinconada desde esos años por el avance incontenible del paradigma neoliberal, que introdujo el predominio del análisis económico neoclásico en la lógica sanitaria y el énfasis casi exclusivo por la eficiencia en la gestión de los servicios de salud. Se empujaron procesos de reforma sanitaria centrados exclusivamente en los servicios de salud haciendo abstracción expresa de los determinantes sociales.²²

²¹ El referido informe **Invertir en Salud**, como su título lo sugiere, argumenta desde el punto de vista económico que la atención de salud no es un gasto sino una inversión. Con ello también se ponía en agenda el tema del «capital social», tan en boga en la actualidad. Pero, más allá de eso, el informe propone un Programa de Acción donde queda explícita la necesidad de la competencia en el mercado de la salud entre los proveedores públicos y privados. También se introduce el tema de la necesidad de nuevos enfoques de financiamiento y seguros de salud.

Características de las reformas sanitarias neoliberales

Aunque ya venían implementándose desde la década del ochenta, en la década del noventa se generalizaron en la región las llamadas «reformas sectoriales de salud» como parte importante del paquete de las reformas de «segunda generación», una vez agotadas las reformas económicas del Consenso de Washington. Aunque ciertamente hay versiones nacionales, lo cierto es que se elaboró una propuesta, como parte de una política mayor de reforma social o de los sistemas de protección social, con elementos comunes que han intentado aplicarse en todos los países. El «paquete» de la reforma neoliberal del «sector salud» consta de cinco orientaciones y medidas básicas, todas interrelacionadas y sinérgicas entre sí:

- Introducción generalizada de la lógica mercantil y del cálculo económico en los servicios públicos de salud; claro apoyo a procesos de privatización de la atención de salud o, al menos, ampliación de las oportunidades del sector privado lucrativo en el financiamiento, aseguramiento y provisión de la atención de salud; y, adopción generalizada del mecanismo de «contratos» en las relaciones con los proveedores, incluyendo los *services* y *outsourcing*.
- Separación de las denominadas funciones básicas de los sistemas de salud: rectoría, financiamiento, compra y provisión de servicios. La rectoría es responsabilidad exclusiva de la autoridad sanitaria; el financiamiento se centraliza en un único fondo nacional público; la compra se transfiere a entidades de aseguramiento; y, la provisión se realiza por medio de múltiples prestadores públicos y privados.
- Descentralización de la gestión y de los servicios de salud, en muchos casos como una forma de disminuir el gasto en salud del gobierno central y, en no pocos casos, como creación de las condiciones necesarias para la posterior privatización. Estos procesos se han impulsado aún a sabiendas de la falta de adecuados mecanismos de regulación y rectoría por parte de las autoridades sanitarias en los diferentes niveles de decisión.
- Creación de un «mercado de seguros de salud» por medio de la implantación de modalidades de aseguramiento en salud diferentes de la seguridad social clásica de tipo bismarckiano, con competencia pública y privada de proveedores, donde los seguros públicos se circunscriben a garantizar a los más pobres el acceso a un paquete de servicios mínimos que cada país debe definir de acuerdo a lo que está dispuesto a financiar después de un estudio de eficiencia de intervenciones en relación a sus costos.
- Orientación hacia la eficiencia más que a la equidad, así como hacia programas «focalizados» en los grupos más pobres y más vulnerables más que a la atención universal. Curiosamente, con un olvido total de una política de desarrollo de recursos humanos de salud, con lo que las capacidades de rectoría de las autoridades sanitarias se debilitan aún más.

Resulta evidente, en una visión retrospectiva, que el año 1993 fue un punto de quiebre definitivo en la consolidación del paradigma neoliberal en el campo de la salud, tanto en el análisis de los problemas como en las formulación de las políticas y su evaluación. No solo fue el año de la amplia difusión del referido Informe del Banco Mundial. En 1993 también se promulgó de la famosa Ley 100 de Colombia, que crea la Seguridad Social Integral en Salud, donde por primera vez se plantea una reforma del Sistema Nacional de Salud de verdadero alcance sistémico, bajo los principios de la lógica económica y la competencia de mercado. Esta propuesta se elaboró aprovechando la experiencia privatizadora de Chile y los avances conceptuales logrados por las teorías de la competencia regulada en salud (“managed care”) y las experiencias de la HMO (Health Maintenance Organization), en boga en los Estados Unidos.

En apretada síntesis, el modelo neoliberal de desarrollo afectó la salud de varias maneras. Unas maneras más visibles y evidentes, y otras más sutiles y menos discutidas en el debate público. Las más evidentes son dos. Una primera fue por intermedio de los efectos negativos producidos por las políticas de estabilización macroeconómica y los programas de ajuste estructural en las condiciones de vida de la población. En este sentido, actuaron de manera perversa sobre los determinantes sociales de la salud, como el caso peruano lo ilustra muy bien tal como se analizará en la segunda parte de este trabajo. Una segunda manera fue con la drástica reducción de los recursos asignados a los servicios públicos de salud, como también se verá más adelante.

Son también dos las principales maneras más sutiles y menos evidentes, con que el modelo neoliberal de desarrollo y el marco teórico e ideológico que lo sustenta

continúan afectando la salud de nuestros pueblos, pues todavía se encuentran en curso de aplicación. La principal de ellas se da como consecuencia de los procesos de reforma de salud mencionados que se impulsaron desde los organismos internacionales y que no han sido todo lo exitosos que se esperaban.²³ La otra manera, menos visible y no por ello de menor impacto, se viene dando a través de los acuerdos de libre comercio y las reglas establecidas por la Organización Internacional del Comercio. Las mismas afectan la propiedad intelectual y el precio de los medicamentos, entre otros. Por último, la propia vigencia del modelo neoliberal de desarrollo actúa como un macro determinante estructural de la salud. Este punto también se analizará con mayor detalle en la segunda parte del trabajo.

e) Crisis intelectual y social del neoliberalismo a fines de los noventa

A fines de la década del noventa se generalizó la crítica intelectual y el descontento social frente al modelo neoliberal y, sobre todo, con relación a todas las concepciones económicas «reduccionistas» del desarrollo. La prédica del desarrollo humano sostenible impulsado por el PNUD empezó a ganar prestigio intelectual y audiencia política y social. De hecho, uno de los economistas que inspirara la nueva concepción del desarrollo, el hindú Amrtya Sen, recibió el Premio Nobel de economía en 1998. Pero, sin duda, fueron una serie de acontecimientos económicos los que remecieron el conjunto de la economía global y dieron cuenta de la tremenda fragilidad de la arquitectura financiera neoliberal, en particular en los países subdesarrollados de la periferia del sistema mundial. Los perversos efectos sociales que produjeron pusieron en el tapete, con más fuerza aún, la necesidad de reformas sociales e institucionales.

Por esas paradojas de la historia, si la crisis de la deuda iniciada en México en 1982 fue la que marcó el periodo final de la industrialización sustitutiva de importaciones en toda América Latina fue la traumática devaluación de diciembre de 1994 la que inició la crisis de credibilidad y posterior pérdida de legitimidad del flamante modelo alternativo neoliberal. Hasta 1994, México era visto como un exitoso ejemplo de un país «camino al Primer Mundo» y el Presidente Carlos de Salinas de Gortari como ejemplo de la nueva hornada moderna de mandatarios «reformistas» neoliberales cuyo ejemplo debía seguirse en toda la región. No sólo había aplicado las medidas del Consenso de Washington, abierto el país a la inversión extranjera, privatizado la banca nacional (nacionalizada apenas doce años antes por el presidente José López Portillo) sino que, sobre todo, había logrado incluir a su país como uno de los socios del Tratado de Libre Comercio de América del Norte con Estados Unidos y Canadá. Sin duda, el TLCAN fue el antecedente y la fuente de inspiración del ALCA.

La crisis financiera de México, y el «efecto Tequila» que produjo en algunas economías de la región, demostró la gran vulnerabilidad externa de nuestras economías frente a la especulación financiera internacional y la volatilidad incontrolable de la inversión financiera de corto plazo de los «capitales golondrinos». El evento de mayor impacto, sin embargo, se produjo en julio de 1997 con la crisis financiera en Tailandia

²³ Las reformas de salud neoliberales, como ha sido señalado, no atacaron el tema de los determinantes sociales de la salud sino que se circunscribieron a los sistema de servicios de salud, más concretamente a la atención de la denominada salud individual. Para un magnífico y documentado recuento de los resultados de tales reformas en Colombia y México ver: Homedes N. y Ugalde A. *Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso*. **Revista Panamericana de Salud Pública**, vol. 17, no. 3. Washington, marzo de 2005.

que se propagó el mes siguiente a Corea del Sur, Indonesia y otros países del sudeste asiático. La «crisis asiática» fue la primera gran crisis de los mercados globalizados. Se producía, además, en otro conjunto de países emblemáticos que eran los ejemplos de un espectacular crecimiento no interrumpido durante tres decenios, que produjo el milagro económico de los «tigres asiáticos». Al poco tiempo, en 1998, se producía en Rusia otra crisis financiera con una fuerte devaluación del rublo que significó la caída de Boris Yeltsin y la ascensión de Vladimir Putin. Se produjo así un punto de quiebre en lo que hasta esa época aparecía como el «pensamiento único» que había dado lugar al «fin de la historia» que popularizara Francis Fukuyama.

Los efectos de la «crisis asiática» rebotaron en cadena y catalizaron las crisis de la paridad uno a uno del peso con el dólar en Argentina (que había logrado mantenerse desde 1991) y produjeron el colapso el Plan Real en Brasil, precipitando una recesión generalizada de las economías de América Latina. A mediados de 1998, la salida de capitales «golondrina» desde la Argentina obligó a un masivo endeudamiento externo, la suba de la tasa de interés y la drástica caída de las exportaciones. Poco después, a comienzos de 1999, la economía de Brasil entró en franca recesión, con lo que otro ejemplo emblemático se venía literalmente al suelo. La devaluación producida puso fin a una etapa de la política económica brasileña iniciada en 1994 con el lanzamiento del Plan Real, que tuvo gran éxito en reducir la inflación, iniciar la reestructuración global de la economía y alinear el modelo de desarrollo con los preceptos neoliberales.

La recesión económica de la región, justo cuando empezaba a recuperarse de la «década pérdida» de los ochenta, no pudo llegar en peor momento. La crisis económica coincidió con un gran descontento social y un agotamiento de la paciencia de la ciudadanía frente a los excesos de exclusión del modelo que había reducido los salarios reales y aumentado las desigualdades sociales. Se entró a una fase abierta de crisis política en casi todo el continente.²⁴ En apenas cuatro años (1999 – 2003) se produjeron cambios políticos sin precedentes en la convulsa historia de la región, marcando un giro de 180 grados en la orientación política del continente. Todos los ejemplos paradigmáticos resaltados por la prensa mundial como estadistas reformadores modelo fueron derrotados electoralmente o fueron cayendo uno a uno por la fuerza de levantamientos populares y amplias movilizaciones democráticas.²⁵

Si esto sucedía en América Latina, en los países desarrollados se abría una nueva coyuntura de movilizaciones masivas de protesta que dieron origen a lo que ahora se reconoce como el movimiento social por la «alterglobalización». El detonante y punto de inflexión del movimiento se produjo en noviembre de 1999, en Seattle, cuando 50.000 manifestantes consiguieron abortar la cumbre de la Organización Mundial del Comercio (OMC) en la referida ciudad de los Estados Unidos. El logro del fracaso de la cumbre fortaleció el movimiento, que organizó en lo sucesivo manifestaciones masivas

²⁴ Los problemas de representación afectaron al sistema de partidos y produjeron una profunda crisis de legitimidad del conjunto de la clase política, que en algunos países venía de fines de la década pasada. Se revitalizó el movimiento indígena y nuevos movimientos sociales populares entraron a la escena política expresando un nuevo tipo de radicalidad democrática.

²⁵ En octubre de 1999, al término del gobierno neoliberal de Carlos Saúl Menem, es derrotado el candidato Peronista por el radical Fernando de la Rúa apoyado por una alianza de centro izquierda. En enero de 2000 cae Yamil Mahuad en el Ecuador por un levantamiento indígena con apoyo militar. En julio de 2000 es derrotado el PRI de México después de más de 70 años en el poder. En noviembre de ese mismo año, un escándalo de corrupción precipita la caída de Alberto Fujimori, después de una década de gobierno autoritario y una tercera reelección. En diciembre de 2001 cae el gobierno de De la Rúa en medio de una gigantesca manifestación de protesta bajo la consigna «que se vayan todos». En octubre de 2003 en Bolivia, un gigantesco levantamiento indígena popular precipita la caída del gobierno de Sánchez de Lozada, del histórico MNR, el mismo que liderara la gran Revolución Nacional de 1952.

desde esa fecha contra cada uno de los eventos similares por varios años consecutivos. El punto más crítico fue Génova, en julio de 2002, donde la acción policial dejó como saldo un manifestante muerto, 63 heridos y 93 personas detenidas.

Al trasladarse a la América Latina, se produce en enero de 2001 un salto cualitativo de gran repercusión, cuando el movimiento alterglobalización organiza el **Primer Foro Social Mundial** en la ciudad brasileña de Porto Alegre mientras, al mismo tiempo, los líderes mundiales se reunían en Davos (Suiza) en el Forum Económico Mundial, “*Otro Mundo es Posible*”, fue el eslogan que convocó durante cinco días a más cuatro mil delegados acreditados de 117 países, a 436 parlamentarios de 26 naciones y a más de 240 autoridades locales de numerosas ciudades del mundo. Al año siguiente, en octubre de 2002, se producía el histórico triunfo electoral de Luiz Inacio Lula da Silva en Brasil, llevando por primera vez a la presidencia a un dirigente obrero.²⁶

Es en ese contexto de crisis económica y de creciente movilización social que se producen las primeras disensiones públicas que rompen la unanimidad del discurso neoliberal, incluso dentro de las propias instituciones que lo impulsaron. Eso ocurrió en diciembre de 1999 cuando Joseph Stiglitz, nada menos que el primer vicepresidente y economista jefe del Banco Mundial desde 1997, luego de lanzar fuertes críticas al manejo de la crisis asiática por parte del FMI fue forzado a renunciar por el Secretario del Tesoro de los EE.UU., Lawrence Summers. Pocos meses después, Ravi Kanbur, otro alto funcionario del Banco Mundial renuncia públicamente por discrepancias acerca de la orientación que sobre el tema de la pobreza iba a tener el **Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000**.²⁷ De cualquier manera, el Banco Mundial bajo la dirección de James Wolfenshon decide optar por un «marco integral de desarrollo» (“comprehensive development framework”) como eje integrador de su política de préstamos.

Al año siguiente, en 2001, Joseph Stiglitz es galardonado con el Premio Nóbel de Economía, lo cual aumentó su prestigio intelectual y autoridad moral. En 2002, escribió *El malestar en la globalización*, donde afirma que el Fondo Monetario Internacional se pone al interés de su accionista más grande, los Estados Unidos, sobre el de las naciones más pobres para las cuales fue diseñado servir. Stiglitz ofrece algunas razones por las

²⁶ Al decir de Ignacio Ramonet, uno de sus organizadores: “*Actualmente se trata de intentar, en un espíritu positivo y constructivo, proponer un marco teórico y práctico que permita plantear una mundialización diferente y de afirmar que un mundo menos inhumano y más solidario es posible.*” Tomado de página web:

<http://www.cimac.org.mx/campanas/portoalegre2001.html>. Cabe señalar que, si de Chiapas --enero de 1994-- a Seattle --diciembre de 1999-- transcurrieron casi cinco años para reformular nuevas formas de respuesta global alternativa a la globalización neoliberal, de Seattle a Porto Alegre el trecho fue mucho más corto y las energías del movimiento social se multiplicaron. En Porto Alegre se afirmó el objetivo de buscar la universalización de la solidaridad. Hasta la fecha se han celebrado estos foros por cinco años consecutivos: cuatro en Porto Alegre (Brasil), uno en Mumbai (India, 2004) y el último en Caracas (Venezuela, 2006). La participación más masiva se logró en el **V Foro Social Mundial 2005**, celebrado en Porto Alegre del 26 al 31 de enero, que reunió alrededor de 150.000 participantes, contando además con el Campamento de la Juventud que congregó a más de 35.000 personas. 6.872 organizaciones procedentes de 151 países concurren a cerca de 2.500 actividades desarrolladas en torno a 11 ejes temáticos. A partir del sexto Foro Social Mundial la organización fue policéntrica, es decir, se produjo de manera descentralizada en diferentes partes del mundo: Bamako (Mali - África) del 19 al 23 de enero de 2006, Caracas (Venezuela) del 24 al 29 de enero de 2006 y Karachi (Paquistán - Asia), del 24 al 29 de marzo de 2006. Se trata de algo inédito en la historia de la humanidad.

²⁷ “Under Mr Kanbur’s direction the 2000 report argues that poverty also includes “voicelessness”, vulnerability and powerlessness. As a result, anti-poverty strategies must emphasize “empowerment” (increasing poor people’s capacity to influence state institutions and social norms) and security (minimising the consequences of economic shocks for the poorest) as well as opportunity (access to assets).” Ver el artículo *The Washington Dissensus* publicado el 22 de junio de 2000 por la revista inglesa **The Economist**.

cuales la globalización ha engendrado la hostilidad de manifestantes, tales como las ocurridas en Seattle y Génova. Otro punto que provocó sus mayores críticas fue la acción del FMI en Rusia donde, después de una década de reformas de mercado, el país quedó en un verdadero caos, virtualmente en la miseria y con una corrupción masiva y endémica. Cerca de 60 millones de personas, casi la mitad de la población, terminaron viviendo debajo de la línea de pobreza. La desigualdad del ingreso aumentó de manera alarmante y la esperanza de vida se desplomó.²⁸

f) 1998 – 2003: quinquenio de gran convulsión social y crisis política

Ese convulso periodo entre 1998 y 2003 constituye, sin duda alguna, un punto de inflexión histórico en el debate sobre la agenda social en el desarrollo de nuestros países, que ha sido un factor detonante de gran importancia y sigue influyendo sobre el tema de los determinantes sociales de la salud. Es durante ese quinquenio, de transición entre dos milenios, que el tema de la pobreza y, sobre todo, el de las desigualdades ocupa el centro de las preocupaciones. La OMS se adelanta algunos años al debate y dedica su **Informe sobre la Salud Mundial 1995** al tema central de las desigualdades en salud. El BID publica su informe **Progreso Económico y Social de América Latina 1998 – 1999** bajo el sugestivo título *América Latina frente a la Desigualdad*. El Banco Mundial, por su parte, dedica su **Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000** a la *Lucha contra la Pobreza*. Finalmente, el PNUD introduce una nueva conceptualización, de vasto alcance y que replantea el debate, al centrar su **Informe sobre el Desarrollo Humano 2000** (a diez años de su primer lanzamiento) en la relación del desarrollo humano con los derechos humanos.

Analizando en perspectiva, estos avances en la agenda social del desarrollo que contribuyeron a revalorizar las políticas sociales y a reforzar el enfoque de los determinantes sociales de la salud, tuvieron como antecedentes importantes dos eventos internacionales que habrían de desatar procesos cuyas consecuencias recién se hicieron más evidentes y visibles una vez iniciado el nuevo siglo. En 1993, se realizó la **Conferencia Mundial de Derechos Humanos** de Viena. Dos años más tarde, en 1995, se llevó a cabo la **Cumbre Mundial de Desarrollo Social** en Copenhague. La Declaración de Viena marcó un hito fundamental de indudable repercusión histórica al reposicionar la centralidad de los derechos humanos y, sobre todo, al poner en igualdad de condiciones a los derechos sociales (económicos, sociales y culturales o DESC) con los derechos civiles y políticos y, además, reafirmar el derechos al desarrollo como parte integrante de los derechos humanos fundamentales. En los años posteriores, el Sistema de las Naciones Unidas adopta como centro de su accionar la realización de los

²⁸ Según la revista *The Economist* en artículo del 16 de diciembre de 1999, la crítica de Stiglitz es contundente. “*He rails against the specious simplicity of the “Washington consensus” (free markets, global integration, macroeconomic stability) and especially against the IMF’s “one-size-fits-all” attempts to impose it on the developing countries. The world is complicated, he says, and economic policy is plagued by too much uncertainty to warrant such overbearing confidence. In many ways the charge that the IMF has been dogmatic is unfair (on occasion it has been flexible to a fault). And, yes, the world is very, very complicated. But one often longed to hear less from Mr Stiglitz about what he would not do and more about what he would. Usually, his implicit recommendations boiled down to the theoretician’s perennial, maddening standby: better start from somewhere else.(...) Mr Stiglitz says much of this dismal performance stems from the intellectual inadequacies of the previous approach. There was, he argues, too much emphasis on macroeconomic stabilisation at the expense of institution-building. Privatisation was pushed too far too fast, and, without the right regulatory framework, was bound to fail. Western advisers wrongly thought that privatisation would create a demand for protection of property rights. Instead, new owners stripped the assets and transferred the money abroad, helped by a misguided liberalisation of capital flows. The result was a country riddled with cronyism and corruption.*”

derechos humanos y generaliza el «enfoque de derechos» en todos los procesos de programación de sus organismos y agencias especializadas.²⁹

Cabe señalar que el hecho de que la referida **Cumbre Mundial de Desarrollo Social** se realizara en el momento de mayor hegemonía del «pensamiento único» le restó mucha fuerza conceptual y la suficiente capacidad movilizadora y de concreción operativa. Esto no fue óbice, sin embargo, para que se reafirmaran una serie de objetivos y metas que se habían ido trabajosamente construyendo en diferentes cumbres mundiales y conferencias internacionales desde inicios de la década, teniendo como detonante a la **Cumbre Mundial de la Infancia** de 1990. La dispersión de los diferentes compromisos fue obligando a una concepción global e integradora, que intentara una visión más comprehensiva del desarrollo. Desde fines de 1999, en pareja con el FMI, incluso el Banco Mundial había empezado a condicionar que los países adoptaran estrategias de reducción de la pobreza (*Poverty Reduction Strategy Papers – PRSP*) que se sintetizaban en el mencionado «marco integral de desarrollo».

La comunidad internacional avanzaba de manera decidida hacia la articulación de toda su cooperación en torno a la lucha contra la pobreza. La dispersión sectorial daba paso a enfoques de articulación intersectorial, donde el componente de acciones de salud adquirió gran centralidad incluyendo objetivos y metas directamente vinculados a los determinantes sociales de salud. Estos avances sirvieron de base para la posterior **Declaración del Milenio** de septiembre de 2000. Por primera vez en la historia se hicieron explícitos los valores que debían preceder y presidir la visión y las políticas de desarrollo y éstos son, nada más y nada menos, que las ideas-fuerza que fundamentan los Derechos Humanos. Pero, lo que es más importante, se planteó el compromiso de combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación ambiental y la discriminación en contra de la mujer. Estos se plasmaron en los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** (ODM), como la traducción operativa del marco programático del desarrollo humano, orientado ética y normativamente por los derechos humanos (ver cuadro a continuación).³⁰

²⁹ Sin duda, la caída del Muro de Berlín y la posterior implosión de la Unión Soviética y el denominado Bloque Socialista jugaron un papel decisivo en la desideologización del debate mundial sobre los derechos humanos. Como se sabe, la disputa se centró alrededor de cuál tipo de derechos era más importante o condición previa de otros: si los derechos civiles y políticos o los DESC (o derechos sociales). La afirmación del principio de la «indivisibilidad» de los derechos puso fin a la falsa disyuntiva. Recuérdese que los derechos humanos, si bien reducidos a su expresión sólo de derechos civiles y políticos, fueron utilizados desde el Gobierno de Carter como arma de lucha ideológica en contra de los países socialistas, que los consideraban como simples derechos formales de tipo burgués, por lo que los únicos reales eran los derechos sociales. De paso, la afirmación de la importancia de los DESC dio pie a la consecuente revaloración del derecho a la salud, como derecho humano fundamental.

³⁰ Los valores centrales de los Derechos Humanos recogidos por la **Declaración del Milenio** son los de libertad, igualdad y solidaridad. A los mismos se añadieron otros tres: la tolerancia, el respeto a la naturaleza y la responsabilidad común o compartida. Debe señalarse, de otra parte, que los derechos humanos agregan un nuevo enfoque a la teoría y la práctica del desarrollo, reforzando la validez y pertinencia de los nuevos temas de la desigualdad y la puesta en debate de los aspectos distributivos del crecimiento económico. Se habla ahora del «enfoque de desarrollo basado en los derechos humanos».

CUADRO 1
Los objetivos de desarrollo del Milenio

| OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO |
|---|
| ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre. |
| ODM 2: Lograr la educación primaria universal. |
| ODM 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer. |
| ODM 4: Reducir la mortalidad en la infancia. |
| ODM 5: Mejorar la salud materna. |
| ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. |
| ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. |
| ODM 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. |

Es en el marco del ambiente intelectual descrito que, durante el quinquenio de transición finisecular, también surgen los estudios ya comentados sobre desigualdad en salud y determinantes sociales de la salud de Marmot, Wilkinson, Kawachi y otros, lo mismo que el informe de Sir Donald Acheson en Gran Bretaña (**Acheson Report**, 1998) que continúa la tradición iniciada por el famoso **Black Report**. Varios países de la Unión Europea lanzaron estudios similares. Un antecedente importante fue el trabajo interdisciplinario realizado en Canadá sobre los determinantes de salud de la población.³¹ Como antes ya se mencionó, le correspondió a la OMS impulsar esa línea de reflexión al publicar su **Informe Mundial de la Salud 1995** con el tema central de *Las Desigualdades en Salud*, que continuó con la constitución del grupo de trabajo *Equity Initiative*. La región de Europa de la OMS le otorgó gran importancia a los desafíos de la equidad en salud en la línea de su firme compromiso con el objetivo de *Salud para Todos*. En el periodo 1994 – 1997 funcionó la fuerza de tarea sobre salud en el desarrollo (*Task Force on Health in Development*).

Con motivo de la vigésima conmemoración del lanzamiento de la estrategia de la APS, la OMS intentó poner nuevamente en la agenda el tema de los determinantes ambientales y sociales de la salud, por medio del impulso de la acción intersectorial. En 1997 se produjo una importante conferencia internacional en Halifax (Nueva Escocia) sobre *Intersectorialidad en Salud*. La iniciativa de revitalizar la APS dejó de ser un eje central al asumir la dirección general de la OMS la otrora presidente de Noruega, Gro Harlem Bruntland. A cambio, la OMS impulsó con mucha fuerza la creación y puesta en funcionamiento de la *Comisión sobre Macroeconomía y Salud*, dirigida por el

³¹ Este trabajo pionero fue promovido por el *Instituto Canadiense para la Investigación Avanzada (Canadian Institute for Advanced Research – CEAR)*. Se propuso responder a la pregunta siguiente: ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Ver libro con el mismo título. Evans R. Morris B. Y Marmor T. **¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones**. Ediciones Diaz de Santos, S.A. Madrid, 1996.

prestigioso economista Jeffrey Sachs. El gran mérito del informe correspondiente fue demostrar de manera contundente, en la lógica económica la tasa de retorno de las inversiones y del análisis costo –beneficio, la vieja idea que la persistencia de la enfermedad y la mala salud entre los pobres le costaba a la economía global ingentes cantidades de dinero. El éxito obtenido fue a costa de aceptar a plenitud la primacía indiscutida de la lógica económica por sobre la sanitaria y la perspectiva de los derechos humanos.

En breve síntesis, aún en medio de la hegemonía del paradigma neoliberal de desarrollo y su «reduccionismo» económico, la persistencia de la pobreza, el aumento de la desigualdad en nuestros países pero, sobre todo, la inestabilidad social y política que ha generado han sido acicates para el renovado interés sobre la relevancia de los temas sociales y las desigualdades socioeconómicas. Esto, a su vez, ha puesto en evidencia la compleja multicausalidad de estos fenómenos. Por eso se han incrementado en los últimos años las investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud. Han sido los países más avanzados en el campo de los logros sanitarios los que han renovado los marcos conceptuales y los instrumentos para enfrentar más integralmente los problemas de salud y enfermedad. El mismo campo de análisis y acción de la salud se ha ampliado hasta identificarse como proceso social de la salud vinculado indisolublemente a la temática del desarrollo. La evolución teórico conceptual de estos problemas, ya analizados desde una perspectiva histórica, es lo que se analizará a continuación.

2) Evolución conceptual de los modelos de causalidad y determinación social de la salud

El análisis de la evolución de las circunstancias históricas que acompañaron y catalizaron el desarrollo del paradigma social de la salud sirve como marco y contexto para entender mejor los aspectos teóricos y conceptuales involucrados en la comprensión del proceso salud – enfermedad. La base para entender estos aspectos son los modelos de causalidad de la enfermedad y la salud adoptados, en tanto constituyen el fundamento teórico y el marco conceptual subyacente de la forma cómo se entienden los fenómenos de la salud – enfermedad así como de la naturaleza y alcance del campo de análisis y acción de las estrategias de intervención que requieren para su eficaz enfrentamiento.

Como se desarrollará a continuación, los modelos de causalidad han seguido una línea evolutiva y de salto paradigmático asumiendo, de manera paralela y combinada, la siguiente trayectoria: de lo «causal biomédico» a lo «social multi-causal complejo» y la «determinación social»; de enfoques «centrados en la enfermedad» a los «centrados en la salud»; así como de la «salud individual» a la «salud de la sociedad», como expresión más alta de la «salud colectiva». Los dos primeros procesos paralelos se tratarán de manera simultánea, mientras que el tercer proceso paralelo se analizará por separado.

a) Tránsito de la unicausalidad de la enfermedad a la multicausalidad compleja y determinación de la salud

Los modelos de causalidad y determinación en salud tratan de responder la pregunta elemental acerca de las causas que producen el estado de salud, sea de los individuos, los grupos sociales o la sociedad en su conjunto. Tienen, por lo tanto,

influencia directa sobre la naturaleza y alcance de las políticas de salud que se formulan, incluyendo el tipo predominante de práctica de los servicios y profesionales de salud. Las primeras explicaciones científicas partieron del principio de la unicausalidad, que se basó en la concepción positivista del método científico y se centró en la enfermedad del individuo aislado. Como se sabe, es desde mediados del siglo XIX que se enraizó la explicación biológica unicausal sobre las causas de la enfermedad, al producirse los descubrimientos microbiológicos de Pasteur y Koch que revolucionaron la medicina de las enfermedades infecciosas.

Aún cuando claramente superado por el ulterior avance del método científico, el modelo mecanicista de la relación causa a efecto que surgió en aquellos años, sigue perviviendo en la práctica médica aún hasta nuestros días, reforzado en la actualidad con el individualismo metodológico y el pragmatismo empirista que les son funcionales y necesarios. El objeto de intervención se centró únicamente en el individuo con independencia de sus circunstancias sociales. Las intervenciones de impacto social propias de la salud pública (como las vacunaciones) asumían como destinatarios la suma de individuos. La unidad de análisis no eran los grupos sociales y menos la sociedad en su conjunto. Se produjo así un verdadero retroceso epistemológico desde que, a inicios de ese mismo siglo, los padres del paradigma social y, sobre todo, Rudolf Virchow en Alemania, asociaran la enfermedad con la situación económica social, especialmente la pobreza.

El precursor de los modelos multicausales de la salud fue sin duda el paradigma higienista. La *higiene*, en efecto, siempre se asoció con la salud desde la antigüedad, en particular para los griegos y los romanos.³² La falta de higiene se entendía como una de las causas principales de la contaminación del medioambiente y contagio de las enfermedades infecciosas. El paradigma higienista partía de la idea de que los «humores» y las «miasmas» eran los causantes de las enfermedades. El aire contaminado («mal aire», de ahí el nombre de «malaria»), incluida el agua sucia, contenía las «miasmas». Esta era una misteriosa materia insalubre que se transmitía de ser humano a ser humano o de animal a ser humano. El «higienismo» clásico no cuestionaba, sin embargo, la explicación biológica e individual de la aparición de la enfermedad.

El siglo XVII lleva más lejos el paradigma higienista con la propuesta de Thomas Hyndeman, quien clasifica las enfermedades en agudas y crónicas. Las primeras son causadas por los referidos miasmas, que atacan las partes líquidas del cuerpo humano. Las enfermedades crónicas, por su parte, dependen de los excesos o defectos del régimen de vida y las costumbres del ser humano. Surge así la «higiene pública» para la profilaxis y primer enfoque preventivo de las enfermedades agudas; y, la «higiene privada» para las enfermedades crónicas. Las consecuencias de política fueron el establecimiento de medidas de salubridad pública permanentes como la pavimentación, el drenaje de aguas negras, la ventilación de los espacios, la desinfección y el evitar el hacinamiento.³³

³² Conscientes de la necesidad de cuidar el cuerpo, los romanos pasaban mucho tiempo bañándose en las termas colectivas. Todo ello lo llevaban a cabo bajo los buenos auspicios de la diosa *Higiea*, protectora de la salud, de cuyo nombre deriva la palabra actual "higiene". Estas costumbres se extendieron hasta Oriente, donde los baños turcos o los *hammam* se convierten en la actualidad en rituales de purificación religiosa, placer e higiene.

³³ Con el aporte de Syndham se consolidan el empirismo clínico y la perspectiva epidemiológica, que posteriormente evolucionaron con los desarrollos de la anatomía, la fisiopatología, la microbiología y la misma epidemiología. Con ello se afirmó el paradigma higienista, constituyéndose en la primera base epistemológica de la naciente salud pública.

Henry Sigerist, uno de los autores clásicos e importantes de la historia y la investigación social en medicina, ya en 1945 hacía notar las limitaciones del enfoque unicausal biomédico y adelantaba una perspectiva de una multicausalidad socialmente determinada. Según Sigerist: “*La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación.*”³⁴ Años más tarde, sin trascender el marco del «paradigma higiénico-preventivista», los teóricos modernos de la medicina preventiva Leavell y Clark ampliaron su ámbito de acción al incluir como ámbito de acción el periodo prepatogénico de la llamada «historia natural de la enfermedad». De esta manera, se concebía a la enfermedad como la ruptura –derivada de alguna acción o estímulo patogénico– del equilibrio existente entre el huésped, un agente etiológico y el medio con y en el que interactúan. Nació así la concepción de la «tríada ecológica».

El modelo de Leavell y Clark fue el fundamento teórico y conceptual para que de la prevención se pasara al primer y más elemental concepto de «promoción de la salud». De acuerdo al mismo, el papel de la promoción de la salud era el de fortalecer la resistencia del huésped hacia los agentes de enfermedad, con la disminución o la eliminación del contacto con el agente y con acciones generales con el ambiente, sea físico o social. En esa línea de argumentación, Leavell definía la promoción de salud como “*el arte y la ciencia de ayudar a las personas a cambiar sus estilos de vida hacia un estado de óptima salud.*” Se trataba en realidad de un nivel más de prevención dentro del enfoque de la medicina preventiva. El propósito seguía siendo la enfermedad (no la salud) y el objeto de intervención el individuo, tanto enfermo como sano. Este fue, sin duda, uno de los modelos que fue tomado como referencia para la elaboración del ya mencionado **Informe Lalonde** de Canadá, años después.

Fue a partir de la generalización del modelo de la «tríada ecológica» (agente, huésped, medio) y del creciente conocimiento de las enfermedades crónicas los que obligaron a la epidemiología a considerar de manera permanente los modelos multicausales que son los que, bajo diferentes variantes, predominan en la epidemiología contemporánea. Basados en sus inicios en el modelo «multicausa-efecto único», luego devienen en más complejos y relativistas al considerar efectos múltiples, con lo que las causas dejan de ser en sí mismas suficientes o necesarias. Posteriormente, se alcanza una mayor sofisticación con el modelo «causa componente-suficiente», donde es un conjunto o grupo de condiciones y acontecimientos mínimos los que inevitablemente producen la enfermedad. Estas distintas variantes del modelo multicausal no permitieron explicar las diferencias de salud entre grupos de individuos o poblaciones, por lo que más bien tienden a individualizar la epidemiología.³⁵

Más allá de su creciente sofisticación técnica, la epidemiología moderna no logra aún trascender del predominio del paradigma biológico y, en muchos casos, se desliza

³⁴, Historiador suizo, Henry Sigerist escribió en 1956 *Hitos en la historia de la salud pública* y en 1959 *Historia y sociología de la medicina*. Sus trabajos contribuyeron al estudio de la profesión médica y de la relación entre la enfermedad y la ocupación del enfermo. Ha sido considerado el primer autor en exponer las relaciones entre la práctica médica y las condiciones sociales. Sus investigaciones marcaron de manera importante el desarrollo de los estudios sobre epidemiología social.

³⁵ Lip, César y Rocabado, Fernando. **Determinantes sociales de la salud en el Perú**. Cuadernos de Promoción de la Salud No. 17. MINSA-OPS-Universidad Norbert Wiener. Lima, 2005. Como bien se explica en este texto, las condiciones y acontecimientos se irían acumulando o convergerían en un momento, con lo cual se desencadenaría una enfermedad. La idea es graficada considerando cada componente-causa como una «rodaja» de «un pastel causal» que, cuando se completa, constituye una «causa componente-suficiente» o una constelación causal suficiente. Cada enfermedad tendría una o más constelaciones causales diferentes a las de las demás, y a la vez cada constelación podría jugar un papel en uno o más mecanismos causales.

hacia un relativismo epistemológico donde se confunde correlación estadística con causalidad o, simplemente, se adopta el indeterminismo filosófico que impide cualquier generalización causal. Pese a los esfuerzos por otorgarle un mayor valor a los factores sociales, los modelos derivados del paradigma higienista-preventivo terminan siempre refiriéndose a la enfermedad por más que busquen prevenirla, impulsando una atención médica de manera piramidal que trata de romper la cadena epidemiológica colocando barreras inespecíficas, para lo cual *atiende y asiste* al «paciente». La evolución hacia el paradigma epidemiológico-social se enfoca en los «estilos de vida» individuales y ya incorpora la búsqueda de una mejor salud y no sólo la ausencia de enfermedad. No rompe su ambigüedad, sin embargo, entre el tratamiento individual o el colectivo.³⁶

Como se ha visto, el modelo de la «historia natural de la enfermedad» de Leavell y Clark fundamenta la «tríada ecológica» y como estrategia de intervención se deriva de manera lógica la propuesta de los niveles de atención y de prevención. La naturaleza de la multi-causalidad planteada, sin embargo, no lograba resolver con claridad las diferencias establecidas entre la intervención individual del modelo biológico clínico y la intervención más colectiva de la epidemiología y la salud pública. MacMahon aporta una forma de articulación, en este sentido, en tanto que logra vincular los eventos biológicos individuales con elementos del ambiente y la sociedad mediante el concepto de «factor de riesgo», que también fundamenta la multicausalidad. Se trata, en suma, de una compleja «red de causalidad», que es la base de la epidemiología contemporánea. Esta propuesta se enriquece y hace más operativa con la Teoría General de Sistemas, que permite agrupar los factores en cuatro grandes grupos. De ahí se completa la propuesta del **Informe Lalonde**. El texto de MacMahon es muy claro y vale la pena citarlo *in extenso*. Textualmente dice:

“...la etiología de una enfermedad tiene una secuencia que consta de dos partes: la primera, eventos causales que ocurren antes de cualquier respuesta corporal; y la segunda, mecanismos intracorpóreos (biológicos) que conducen desde la respuesta inicial hasta las manifestaciones características de la enfermedad. (...) Con relación a los eventos causales o etiológicos, son múltiples y de varios tipos (biológicos, hereditarios, sociales, culturales, etc.) y su participación en el origen de la enfermedad debe ser estudiado a partir de la identificación de éstos, considerándolos como ‘factores’ y encontrando asociaciones estadísticas entre ellos, para elaborar cadenas de eventos asociados con la aparición del trastorno.”³⁷

Los modelos multicausales, más las correlaciones estadísticas demostradas por una cada vez más abundante evidencia empírica, son los que fundamentan las intervenciones basadas en el denominado enfoque de los «factores de riesgo», donde cada una de las múltiples causas identificadas, condiciones o acontecimientos asociados constituye un factor de riesgo que hay que inhibir o disminuir para evitar la enfermedad o mejorar la salud. Por cierto, la presencia de un factor de riesgo implica más que la existencia de una relación de causa-efecto, por lo menos la identificación de una

³⁶ Estas y otras ambigüedades dificultaron una temprana y más fluida recepción de la promoción de la salud en su sentido más amplio. Esto fue más evidente en los Estados Unidos, donde se mantenía una distinción ideológica y política entre los términos «promoción» y «protección» referidos a salud, donde el primero se enfocaba a los aspectos conductuales y los segundos a los que se relacionaron con el ambiente, entre ellos el social.

³⁷ MacMahon B, Pugh T F, Ipsen J. **Epidemiologic Methods**. Boston, Toronto. Little Brown and Company, 1960.

asociación empíricamente constatada a nivel individual.³⁸ El mérito indudable de este enfoque es que justifica con solidez la acción intersectorial y la atención preventiva de salud de las personas y grupos sociales específicos. Sus grandes limitaciones son su carácter ecléctico en cuanto a la jerarquía de las causas y el establecer un nexo muy débil y externo entre lo biológico y lo social.

El incesante descubrimiento de condiciones asociadas a los procesos patológicos ha llevado a la identificación de una intrincada red de "causas" para cada padecimiento. Desde los años setenta, en la más pura tradición positivista, este enfoque postula que el peso de cada factor presuntamente causal depende de la cercanía con su efecto aparente. Una versión más sofisticada del mismo enfoque propone que las relaciones que se establecen en el proceso —las causas, o efectos, según su lugar en la red— son tan complejas, que forman una unidad imposible de conocer completamente. Es decir, se salen del positivismo para cobijarse en el pragmatismo. El modelo, que se construye asume la metáfora de la «caja negra», en tanto representa un fenómeno cuyos procesos internos están ocultos al observador. De su aplicación se deriva que la intervención sanitaria debe limitarse a la búsqueda de aquellas partes de la red en las que es posible intervenir efectivamente, rompiendo la cadena causal y haciendo innecesario conocer todos los factores que intervienen en el origen de la enfermedad.

El resultado más grave del seguimiento mecánico de este esquema ha consistido en la búsqueda desenfrenada de «factores de riesgo» sin esquemas explicativos sólidos, lo que ha hecho parecer a los estudios epidemiológicos como una colección infinita de factores que, en última instancia, explican muy poco los orígenes de las enfermedades. El modelo de la «caja negra» también tiene como limitación la dificultad para distinguir entre los determinantes individuales y poblacionales de la enfermedad (es decir, entre las causas de los casos y las causas de la incidencia). Cabe, al respecto, preguntarse si la aparición de la enfermedad en las personas puede explicarse de la misma manera que la aparición de la enfermedad en las poblaciones; en otras palabras, si la enfermedad individual y la incidencia tienen las mismas causas y, por lo tanto, pueden ser combatidas con las mismas estrategias. El paradigma social de la salud, que se analizará a continuación, responde negativamente esas interrogantes.

Le cabe al movimiento de la medicina social latinoamericana el gran mérito de haber señalado los límites del paradigma multicausal ecológico. En su reemplazo ha venido construyendo una alternativa que terminó replanteado la relación entre lo biológico y lo social; entre lo individual y lo colectivo; y, que además, considera el proceso salud – enfermedad como social en sí mismo y no como proceso natural propio de las ciencias naturales, supuestamente ajeno y diferente a las ciencias sociales. Además de ser un proceso inminentemente social, el proceso salud – enfermedad es un fenómeno de naturaleza histórica y, por lo tanto, de carácter dinámico y en constante movimiento y transformación. Por último, como se verá poco después, prefiere reemplazar el concepto de «causa», por su naturaleza lineal, estática y estrictamente determinista, por el concepto más complejo, dinámico, probabilístico y no lineal, de «determinación».

³⁸ En sentido más estricto, un «factor de riesgo» es una característica o atributo individual (presente o pasado) para el cual se ha encontrado una asociación positiva con el aumento de frecuencia de una enfermedad. Es decir, es lo que hace la diferencia en el resultado, o sea, la enfermedad o la disminución de la salud.

El paradigma social de la salud de la corriente latinoamericana considera a lo biológico también como un proceso y producto social, de modo que lo biológico y lo social no son externos entre sí. De ahí que no se trata sólo de considerar la determinación social del proceso salud – enfermedad sino que éste, además de ser socialmente determinado, tiene en sí mismo un carácter social. Por lo tanto, lo biológico no es algo solamente «natural», estático y ahistórico. A diferencia de la moderna epidemiología que utiliza la categoría analítica de «factor de riesgo» como nexo entre lo social y biológico, la medicina social plantea el «nexo biopsíquico humano» como lo que relaciona y articula lo social y lo biológico. Tampoco contrapone lo individual con lo colectivo. En realidad, los procesos biopsíquicos humanos son procesos históricos y no naturales, articulados a su vez con otros procesos sociales. Es en la colectividad social y no en lo individual donde sólo es aprehensible lo social del «nexo biopsíquico humano».³⁹

Para la medicina social el proceso salud – enfermedad no es *continuum* ni tampoco una categoría dicotómica. Son los dos polos de una unidad de contrarios que se influyen y refuerzan mutuamente en una relación dialéctica. El contexto social no es una categoría externa meramente condicionante sino algo permanente e inseparable, por lo que deben considerarse a lo largo del tiempo los efectos de los cambios de las condiciones sociales en el proceso salud – enfermedad. Como bien se señala:

*“El perfil epidemiológico de un colectivo social o institucional en una determinada sociedad requiere un análisis de múltiples niveles para comprender por qué y cómo las condiciones sociales, tales como la reproducción social, la producción económica, la cultura, la marginalización y la participación política, se organizan históricamente en distintos modos de vida característicos de los grupos situados en diferentes posiciones dentro de la estructura de poder, y determinan un acceso diferencial a condiciones favorables o protectoras, o a condiciones desfavorables o destructivas, estableciendo la dinámica del proceso salud – enfermedad. Desde esta perspectiva teórica, en la salud pública, los modelos formales multivariados, tales como los modelos de regresión logística con la enfermedad como variable dependiente, dicotomizada según su presencia o ausencia, oscurecen la dialéctica del proceso salud – enfermedad.”*⁴⁰

Recientemente, a las distintas variantes de los modelos de causalidad se les viene criticando por que supuestamente asumen una causalidad muy rígida y determinista, aún cuando superen las limitaciones de una relación mecánica y unidireccional. La ciencia moderna viene planteando la causa como determinación probabilística, que postula que

³⁹ VV.AA. Laurell, Asa Cristina. *Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. Lo biológico y lo social – su articulación en la formación del personal de salud*. Washington, D. C.: OPS, diciembre de 1994, 161 pp. (Serie *Desarrollo de Recursos Humanos No. 101*). En este artículo la autora plantea con gran claridad los dilemas que surgen del paradigma social de la salud. La crítica a los «factores de riesgo» como nexo entre lo biológico y lo social “...es que no se problematiza la naturaleza de lo biológico y lo psicológico. proyecta la idea de que lo social es externo a los procesos biológicos que en sí mismos son naturales, vale decir, ahistóricos. Por ello, en esta concepción la inclusión de lo social en los estudios sobre las condiciones colectivas de salud adquiere importancia sólo en la medida en que permite precisar y conocer los ‘riesgos’ de un determinado grupo. Sin embargo, su inclusión no resulta indispensable para comprender los mecanismos patógenos ni los mecanismos biopsíquicos creadores de ‘salud’. O en todo caso, su inclusión interesa como recurso metodológico, pero no teórico, para llegar a detectar, a partir de la comparación entre distintos grupos sociales y mediante el análisis estadístico, cuáles son los ‘factores de riesgo’. Parece seguir a este razonamiento una clara delimitación, o hasta contraposición, entre la explicación del proceso salud-enfermedad de la colectividad y el individuo.” (páginas 2 y 3).

⁴⁰ Iriart C, Waitzkin H, Breihl J, Estrada A y Merhy E. *op cit.* p..

el resultado final está determinado por la acción conjunta y combinada de variables independientes o semi-independientes. En realidad, en términos rigurosos, un «determinante» no es exactamente lo mismo que una causa; es, en todo caso, una causa potente y especial (condición necesaria y suficiente).⁴¹

De ahí que una causa no sea por sí misma ni condición necesaria ni suficiente, sino simplemente la de mayor probabilidad de producir un resultado determinado. Más bien el enunciado probabilístico acerca de una causa y un efecto provee información cuantitativa sobre la estimación de una fuerza y naturaleza de la relación. Por eso, debe quedar claro que de ahí al relativismo filosófico no hay fronteras definidas ni solución de continuidad. No obstante esas limitaciones, como se ha visto la aplicación de esta concepción multicausal es la piedra angular de la epidemiología clínica, así como de la medicina y la salud pública basadas en evidencias.

De lo analizado hasta el momento debe quedar claro que no es riguroso usar como si fueran sinónimos «causa», «determinante» y «factor de riesgo», aunque el empirismo de la tradición epidemiológica anglosajona no hace necesariamente esos distinguos. Como categoría, «determinación» expresa “...*la existencia de una conexión constante y unívoca entre cosas o acontecimientos, o entre estados o cualidades de las cosas, así como entre objetos ideales. En este sentido, ‘determinación’ es sinónimo de conexión necesaria, como la que se da en un proceso que pasa por etapas sucesivas que siguen una a otra inmutablemente, sin variación. Sobre esta base es posible realizar predicciones cuantitativas.*”⁴²

Aplicando el concepto de determinación anterior, y trascendiendo la clásica concepción mecánica y unidireccional de la relación causa-efecto, se puede redefinir la «causa» como una forma particular de determinación. Así entendida, la «causa» no es otra cosa que una determinación causal. ¿Qué es, entonces, un «determinante»? Es una forma de determinación más compleja, ya que incorpora en su lógica interna el elemento probabilístico que depende del entorno, cuyas características proporcionan el espacio de variedad de lo posible para que se produzca el efecto. Se trata, entonces, de una determinación que es causal y probabilística de manera simultánea y con gran dependencia del entorno o contexto. Se la denomina «determinación general».

El «determinante» es, entonces, la identificación de la causa de la causalidad, es decir, la búsqueda de la causa de las causas. Es algo así como la causa mediata de la causa inmediata. Si se concibiera la existencia de una cadena o trama de causalidad, se podría figurar que no necesariamente la causa más cercana o inmediata al fenómeno explicado (es decir, al efecto o resultado) es la causa única o más importante. Tampoco lo es la causa más visible, como lo postulara por mucho tiempo la herencia filosófica del positivismo en las ciencias; ni las causas aisladas unas de otras como lo asume el empirismo. Puede más bien hablarse de una estructura compleja e interrelacionada de causas, ubicadas en distintos niveles de la realidad pero con una cierta jerarquía en sus relaciones y efectos pertinentes. Se pasa así de la «causa» al «determinante».

La «determinación general» concibe la realidad como articulada de manera sistémica, donde ningún componente puede entenderse de manera aislada sino en sus relaciones recíprocas. Esto significa que las causas no son independientes entre sí como tampoco los efectos o resultados mismos. Un sistema está siempre en relación abierta y dinámica con su entorno que, es a su vez, otro sistema. Los sistemas más simples

⁴¹ Sin ánimo de hacer más compleja esta explicación

⁴² César Lip, **op. cit.**, p.15

dependen y están condicionados por los sistemas más complejos. Las distintas dimensiones de una realidad no tienen el mismo peso o importancia, sino que hay una jerarquía determinada entre ellas, no de causalidad sino de determinación.

La realidad es, por eso, un complejo sistema de sistemas complejos y abiertos. Nada puede entenderse por separado sino como parte de un todo dinámico, donde algo es concreto sólo como síntesis compleja de múltiples determinaciones. De ahí que la causalidad no pueda ser lineal ni mecánica, menos absoluta, sino una causalidad estructural, dinámica y abierta a un conjunto dado de posibilidades o espacio de probabilidades acotado. Los sistemas sociales son los más complejos de todos, donde la misma persona es en sí misma un sistema biológico, pero que no puede entenderse de manera aislada sino como parte de la sociedad en que vive. Es por lo tanto, un ser social y no sólo individual: un ser bio-psico social.

En la jerarquía de determinaciones, la que corresponde al espacio general de la sociedad como un todo es la determinación social; la del espacio singular es la multicausalidad como factores de riesgo de la persona en tanto ser biológico y social; y, las que actúan como mediación entre lo general y lo singular, en el espacio particular de los grupos poblacionales, son las causas medio ambientales o ecológicas, incluyendo las dimensiones económica, política, cultural. La dimensión propiamente biológica –que no es en su totalidad tal– puede aparecer como teniendo más importancia en el ámbito del espacio singular, la dimensión ecológica o del medio ambiente en el ámbito particular y, por último, la dimensión social en el ámbito general. De otra parte, como los sistemas más complejos condicionan a los sistemas menos complejos, entonces la dimensión social condiciona las otras dimensiones, entre ellas los aspectos biológicos individuales.

En síntesis, el marco conceptual de los determinantes de la salud permite generar los elementos de juicio indispensables para responder a dos preguntas claves: ¿qué es lo que hace que las poblaciones sean o no saludables? y, más específicamente, ¿por qué alguna gente está sana y otra no? Es por eso que contribuye a lograr un análisis más integral de la situación de salud pero, sobre todo, permite ampliar significativamente el campo de acción del quehacer sanitario hacia las políticas públicas más allá de las políticas de salud convencionales. Se abre así el espacio para las políticas saludables.

b) Consecuencias del tránsito de lo individual a la sociedad en su conjunto: la salud como proceso social del desarrollo

Como se puede deducir de la argumentación desplegada hasta el momento, el complejo tema de la causalidad o determinación general de la salud no es algo que pueda o deba estar disociado de la propia definición que se tenga sobre lo que es la salud. Una exposición que respete una secuencia lógico formal *strictu sensu* debería haber empezado por este punto fundamental. Sea cual fuere el orden adecuado, en todo caso, debe quedar claramente establecido que de la amplitud o estrechez que asuma la definición de salud que se adopte dependen en gran medida los límites o fronteras que se establecen en la búsqueda científica de las causas que la determinan o condicionan. Esta secuencia, por cierto, no es la que necesariamente se presenta en la realidad, donde la mayor de las veces la definición de salud queda implícita, subyacente o simplemente oculta y no develada.

Siguiendo con la misma secuencia lógico abstracta –que, huelga repetirlo, no coincide necesariamente con la secuencia de los procesos reales– se tiene que, a su vez, el marco teórico conceptual que fundamenta el modelo de causalidad o determinación

general adoptada, prefigura y condiciona la identificación y pertinencia de los problemas, estados y situaciones de salud y enfermedad que supuestamente se deben o quieren enfrentar o resolver. Y de esto se deriva y acota la amplitud y profundidad con que se define y delimita el campo de análisis y el ámbito de acción de la salud incluyendo, además, si esta se refiere a los individuos, a los grupos sociales o a la sociedad en su conjunto. En lo que se refiere a este último punto, por ejemplo, de ahí el surgimiento y evolución de la clínica como salud individual a la salud pública, tal como se ha analizado en acápite anteriores.

Pero la cadena secuencial no se queda ni agota en este aspecto, puesto que se encuentra un nuevo y siguiente eslabón de la misma, que no es otra cosa que la respuesta social a los problemas de salud identificados o demandados por la sociedad. Esta respuesta social se organiza, como se sabe, en lo que se denomina como las políticas públicas y estrategias de intervención que se consideran más adecuadas. En teoría, cada eslabón de la cadena debería guardar relaciones de coherencia con los otros eslabones, si bien no siempre este es el caso. Además, el ámbito de las políticas y estrategias da lugar a un ciclo lógico propio y también secuencial: el ciclo de las políticas públicas y de sus procesos de planeación y programación. Con esto se cierra la secuencia lógica de los eslabones que conforman lo que podríamos llamar como la gran cadena de la respuesta sociohistórica sanitaria frente a la producción histórico social de la salud.

La respuesta social organizada a los problemas sanitarios emergentes, supone primero identificarlos y reconocerlos. Por lo general, se trata de problemas sentidos que y «visibles» en el sentido que han adquirido un lugar en la agenda del proceso político. Con esa etapa empieza precisamente el ciclo de la política pública, por lo menos en teoría. De ahí se formulan las políticas y se diseñan las estrategias de intervención. El *análisis de situación* es, en los procesos de planificación y gestión de las políticas públicas de salud, una condición necesaria para establecer cuáles son los problemas prioritarios de salud, dónde se ubican y quiénes son las personas o poblaciones involucradas. Pero esto es sólo un primer paso, pues lo más importante es que sirve como fundamento para elaborar y construir la respuesta social organizada, es decir, la formulación de la naturaleza y alcance de las políticas públicas y estrategias de intervención en salud correspondientes.⁴³

Se hará, a continuación, una somera revisión sintética de cómo las distintas concepciones o paradigmas articulan los diferentes eslabones de la gran cadena de la respuesta social sanitaria descrita. En primer lugar, se encuentra el paradigma biomédico en su versión unicausal que es el que prevalece en la práctica médica y sanitaria a pesar de que ya no tiene mayor sustento y solidez científica. En realidad, lo que predomina es una virtual esquizofrenia que se expresa en una aceptación formal en la teoría de la multicausalidad del proceso salud – enfermedad pero acompañado de una práctica que se reduce a lo estrictamente biomédico y reparativo. La persistencia de esta visión restringida, no es sino la consecuencia de reducir la salud a la enfermedad o, a lo más, a la ausencia de enfermedad. Esta visión restringida es, por lo demás, funcional

⁴³ Cabe señalar que las políticas públicas de salud pueden definirse como las grandes líneas o cursos generales de acción sobre la realidad que subyace a la situación de salud, que buscan cómo enfrentar y resolver de manera adecuada los problemas identificados y priorizados. En términos generales, la pertinencia y eficacia de las políticas públicas y estrategias de intervención, a su vez, dependen no sólo de los recursos disponibles sino –mucho más de lo que se piensa y reconoce en los hechos– de la calidad, profundidad y pertinencia del marco teórico-conceptual, la metodología, los instrumentos y la información que se disponga.

con la delimitación del campo de análisis y el ámbito de acción de la salud circunscrita al denominado «sector salud».

Por eso el paradigma biomédico reparativo reduce su ámbito de acción al sector administrativo conformado por todos los recursos e instituciones que producen servicios de «atención de salud», por lo general restringidos a las acciones médico reparatorias y de rehabilitación centradas en la enfermedad. La mirada de sesgo administrativo sectorial y reducida a los servicios de salud se complementa, además, con el predominio en la práctica de una orientación individualista, de carácter vertical, donde se considera a la persona como «paciente» y objeto pasivo de la «atención de salud». Esta es la base subyacente de la denominada «salud individual», campo por excelencia de la medicina y de la clínica, donde cada persona es atendida de manera individual, sin su participación ni consentimiento informado y, además, por separado de su entorno social y grupos de referencia. En algunos casos, se incluye a la familia, en cuanto grupo primario y entorno social inmediato y básico de la persona. En sus versiones más avanzadas se incluye un enfoque muy elemental de «medicina familiar».

Los importantes avances logrados por la investigación epidemiológica han logrado introducir una perspectiva más multicausal aunque sin romper con lo básico del modelo biomédico individualista. La emergencia del paradigma preventivo-higienista introdujo con mayor fuerza y sustento en la «atención de salud», todavía individual, la dimensión preventiva y nociones embrionarias de promoción de la salud (en una época se hablaba de «fomento de la salud»). Con el devenir ha ganado cada vez más terreno científico y prestigio práctico, no obstante, la atención de salud a los grupos sociales, es decir, la denominada «salud pública». Esta va más allá de las acciones médico reparatorias de los servicios de salud para incluir la prevención de la enfermedad y algunas acciones puntuales de promoción de salud, por lo general acotadas a la información, educación y comunicación. Se trataba de actuar sobre los «factores de riesgo», mucho de los cuales trascienden lo biológico pero quedan restringidos a los «estilos de vida» individuales.⁴⁴

Con la salud pública emerge y se consolida el concepto más amplio de «atención integral de salud» al mismo tiempo que se tiende a rebasar los límites estrechos del «sector salud», para incluir acciones de carácter intersectorial. El tema de la «intersectorialidad en salud» adquiere así relevancia, si bien se identificaba en sus inicios de manera restringida con las acciones puntuales de coordinación e incidencia sobre acciones y políticas públicas de algunos sectores administrativos muy específicos. Se trata más que todo de acción multisectorial entre los aspectos de «traslape de responsabilidades» entre distintos sectores. Entre los que se encuentran: los sectores educación, infraestructura y saneamiento básico, alimentación-nutrición o las políticas agrícolas referidas al concepto de «seguridad alimentaria», para mencionar sólo los que en la práctica se consideraron como más importantes. Hasta ahí, la intersectorialidad se entendía exclusivamente desde el sector salud y no desde una perspectiva más integral.

La salud pública empero entró en crisis existencial en las últimas décadas del

⁴⁴ Actualmente, el enfoque predominante en la investigación epidemiológica es el pragmático de la «caja negra». Una de sus principales ventajas radica en la posibilidad de aplicar medidas correctivas eficaces, aun en ausencia de explicaciones etiológicas completas. Esto sucedió, por ejemplo, cuando en la década de los cincuenta se identificó la asociación entre el cáncer pulmonar y el hábito de fumar. No era necesario conocer los mecanismos cancerígenos precisos de inducción y promoción para abatir la mortalidad mediante el combate al tabaquismo. Pero el modelo tiene la gran limitación de que con frecuencia existe una deficiente comprensión de los eventos que se investigan, al no ser necesario comprender todo el proceso para adoptar medidas eficaces de control.

pasado siglo, tanto en la teoría como en la práctica. De estar vinculada a los temas del medio ambiente que afectan a las poblaciones, en sus inicios como campo particular del conocimiento, retrocedió ante el triunfo de la microbiología para refugiarse en tratar de individualizar los problemas de salud al buscar las causas específicas de cada enfermedad del individuo. Las medidas de enfrentamiento de los problemas de salud no podían, entonces, sino ser específicas para los individuos y no de sus entornos ambientales. A mediados del siglo pasado, volvió a replantearse para volver a orientar su horizonte más allá de la comprensión de la biología humana y del individuo, volviendo a reconocer la importancia de los aspectos sociales, aunque circunscritos a los estilos de vida. No obstante este retorno a sus orígenes, no deja de haber imprecisiones. Como bien lo señala Julio Frenk:

El término salud pública está cargado de significados ambiguos. En su historia han sido particularmente prominentes cinco connotaciones. La primera equipara el adjetivo pública con la acción gubernamental, esto es, el sector público. El segundo significado es un poco más amplio, pues incluye no sólo la participación del gobierno sino de la comunidad organizada, es decir, el público. El tercer uso identifica la salud pública con los llamados servicios no personales de salud, es decir, aquellos que se aplican al ambiente (por ejemplo, el saneamiento) o a la colectividad (por ejemplo, la educación de las masas de modo que acepten los programas de salud) y que por lo tanto no son apropiables por un individuo específico. El siguiente uso va un poco más allá del tercero, al cual le añade una serie de servicios personales de naturaleza preventiva dirigidos a grupos vulnerables (por ejemplo, los programas de atención materno-infantil). Por último, la expresión problema de salud pública se usa a menudo, sobre todo en el lenguaje común, para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad.

También existen asociaciones entre estos diferentes significados. Por ejemplo, en algunos países industrializados ha habido una tendencia a que el sector privado preste la mayor parte de los servicios terapéuticos personales, mientras que el sector público ha asumido la responsabilidad de los servicios preventivos y no personales, los cuales suelen ocuparse de problemas que se producen con alta frecuencia. Ello ha reforzado la noción de la salud pública como un subsistema separado de servicios, proporcionados por el Estado y paralelos a la corriente principal de la medicina curativa de alta tecnología.⁴⁵

Ampliando la definición tradicional de la «salud pública», ha surgido en los últimos años el «enfoque de salud de toda la población» como el aporte central de la llamada *Nueva Salud Pública*.⁴⁶ Ésta última no se limita a actuar sobre los «factores de riesgo» y aspectos clínicos relacionados con enfermedades específicas, incluyendo los que corresponden a grupos sociales determinados. Su aparición coincidió en el tiempo con el modelo de la determinación social de la salud, aunque no siempre asume la

⁴⁵ Frenk, Julio. **La salud de la población. Hacia una Nueva Salud Pública**. Fondo de Cultura Económica. Primera reimpresión. México, 1994.

⁴⁶ Frenk lo define con claridad cuando, en el texto citado, plantea: “A diferencia de la medicina clínica, la cual opera a nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones. Es este enfoque en los niveles de análisis el que permite legítimamente hablar de una nueva salud pública. A diferencia de los usos anteriores de este término, lo nuevo no es la negación del pasado, sino su asimilación a un plano superior dentro de una tradición intelectual.”

superación conceptual de la multicausalidad ecológica. De cualquier manera, este enfoque va más allá de la manera convencional como se entiende transitar desde la «salud individual» hacia la «salud colectiva», o desde la atención individual a la persona hacia la salud pública. También trasciende la prevención de la enfermedad y se orienta prioritariamente hacia la promoción de salud, entendida ésta en la acepción amplia de la Carta de Ottawa. Se intenta superar la noción de «atención integral de salud» para incorporar el concepto de «salud integral».

Con el nuevo enfoque de la salud pública se rebasan los tradicionales linderos sectoriales administrativos para incorporar las dimensiones económicas, sociales, políticas y culturales, reconociendo sus mutuas y complejas interrelaciones en la causalidad o determinación general del proceso salud – enfermedad. De este modo, en sus versiones más avanzadas, la aplicación y desarrollo del enfoque de «salud de toda la población» permite que, de la estrecha mirada administrativa sectorial o intersectorial, se avance hacia un abordaje integral trans-sectorial que considera los problemas del desarrollo en su conjunto. Más aún, este cambio de paradigma obliga a pensar ya no en un «sector salud» como campo de acción privilegiado de las políticas de salud sino en un «ámbito de la salud», donde deben incluirse también el conjunto de las políticas públicas, en particular las que inciden sobre la salud, sea positiva o negativamente, de manera directa o indirecta.

CUADRO 2

Principales modelos conceptuales de la Salud Pública

| <i>Respuesta social: objetos de intervención</i> | <i>Condiciones: perspectivas de análisis</i> | |
|--|--|----------------------------------|
| | <i>Salud</i> | <i>Enfermedad</i> |
| <i>Individuo/familia</i> | Modelo higienista/ preventivo | Modelo biomédico |
| <i>Ambiente biofísico</i> | Modelo sanitarista | Modelo epidemiológico clásico |
| <i>Ambiente social</i> | Modelo sociomédico | Modelo epidemiológico social |

Fuente: Tomado de Julio Frenk

El tránsito hacia la adopción del «paradigma social de la salud» y del «enfoque de salud de toda la población» debe acompañarse –y es de hecho coherente– con el pleno reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental. En efecto, la salud es uno de los más importantes derechos económicos, sociales y culturales (es decir, los DESC o «derechos sociales»). Como tal, la salud es imprescindible para el desarrollo de las capacidades, personalidad y proyectos de vida de las personas, del mismo modo que para el desarrollo de las colectividades. La salud es un derecho fundamental, porque está directamente vinculado a los derechos a la vida y a la integridad moral, psíquica y física de la persona, los que son la base, condición y límite del ejercicio de todos los derechos humanos. “La salud es, por lo tanto, una condición esencial, un atributo

sustantivo y una prerrogativa inalienable de la dignidad de las personas como seres individuales y sociales.”⁴⁷

La misma definición de la OMS asume que la salud es el resultado del proceso social vinculado a la calidad de vida de las personas así como al nivel y tipo de desarrollo de las sociedades. De ahí que la salud sea la resultante de las múltiples determinaciones que influyen sobre las condiciones materiales y espirituales –y los correspondientes entornos físicos y sociales– por las que transcurre la vida de las personas, en su doble condición de seres individuales y sociales. En otras palabras, recientemente el campo de análisis y el ámbito de acción de la salud se ha ampliado hasta ir adquiriendo un enfoque más sistémico y una visión que pretende ser holística, de modo que “...integre las diferentes dimensiones que determinan la salud de una población en sus análisis y explicaciones de la situación de salud, y en la toma de decisiones sobre las intervenciones a realizar.”⁴⁸

La salud expresa la capacidad individual y colectiva del ser humano para adaptarse al medio en que vive, organizándose para mejorar y transformar sus condiciones de vida pero, sobre todo, para lograr el desarrollo de la plenitud de sus capacidades y el uso de las mismas para elegir libremente sus proyectos de vida. Por eso es que la salud es un producto social que se construye, de manera individual y colectiva, a partir de las acciones de cada persona, en el marco de las condiciones y decisiones que se adoptan en la familia, la comunidad, el gobierno y, en general, la sociedad en su conjunto.

De lo anterior se deriva que no es posible crear salud individual y colectiva al margen del entorno físico-social y de los múltiples escenarios en los que se desenvuelven las relaciones sociales y los actores que participan en ellos. En otras palabras, el carácter inseparable de las relaciones que se establecen entre la persona y su entorno es la base de una concepción integral, donde la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en particular en la familia, la comunidad, los centros de enseñanza, trabajo y recreo, incluyendo los territorios en los que estos espacios de convivencia social se desarrollan.

Con las nuevas perspectivas ya no son suficientes, entonces, las políticas de salud circunscritas al tradicional «sector salud». Hacen falta también las políticas públicas de los otros sectores administrativos que inciden sobre la salud, es decir, sobre el «ámbito de la salud». A estas últimas se les denominará «políticas saludables». Por ello también, más que de sectores administrativos, el concepto de «ámbito de la salud» debe referirse a la problemática global de las políticas públicas que tienen que ver con el desarrollo integral de la sociedad en su conjunto. De esta manera, las políticas públicas del «ámbito de la salud» incluyen las políticas públicas de salud y las políticas públicas saludables, todo lo cual se enmarca necesariamente dentro de las políticas globales de desarrollo.

Adicionalmente, al considerarse la salud como derecho humano debe desaparecer la relación vertical y, en cierta manera, autoritaria y unilateral que está implícita en el concepto de convencional de «atención de salud». El paciente ya no es un «usuario» objeto pasivo de atención ni mucho menos un «consumidor». Es, antes que todo, un

⁴⁷ Tejada Pardo, David. **Derechos Humanos y derechos a la salud. Marco conceptual, aspectos metodológicos y alcances operativos.** Cuadernos de Promoción de la Salud No. 16. MINSA-OPS. Lima, Perú, 2005. (p. 7).

⁴⁸ Ver César Lip. **Op. cit.** p. 71

ciudadano; es decir, un sujeto con derecho a participar y exigir su consentimiento informado. El término más adecuado, en esta perspectiva, para designar la intervención no es la atención de salud sino que debe ser una categoría que exprese una relación más horizontal entre los servicios, el personal de salud y la población en su condición ciudadana. Habría que utilizar el término «cuidado integral de la salud», sea tanto del individuo, los grupos sociales como, en este caso, de toda la población. Se trata, en otras palabras, del «cuidado de la salud integral de la sociedad».

Tradicionalmente, la protección integral de la salud se asumía como un conjunto de acciones de los servicios de salud que abarcaban la prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad, donde la salud se concebía –en la práctica– simplemente como ausencia de enfermedad. Esta comprensión negativa y estrecha de la salud trató de ser superada con el concepto de promoción de la salud, a partir del cual empezó a desarrollarse una concepción más positiva y amplia donde, además de prevenir la enfermedad, se trataba de promover una mejor salud.

La atención preventiva de salud (en realidad prevención de la enfermedad) buscaba actuar sobre los factores de riesgo que la condicionaban. Por su parte, las acciones de promoción se restringían a evitar los factores de riesgo mediante intervenciones circunscritas al ámbito de los servicios de salud y, a lo más, a coordinaciones intersectoriales orientadas a la provisión de información, comunicación y educación para la salud. Por eso, por mucho tiempo, el concepto de promoción de la salud se asoció a las acciones de comunicación y educación orientadas al cambio de comportamientos, conductas y, en general, hábitos y estilos de vida.

Posteriormente la concepción de la promoción de la salud avanzó más lejos y, a partir de la Carta de Ottawa, se estableció con toda claridad la existencia de prerequisites sin los cuales no es posible producir ni mejorar la salud, entre los que se identificaron: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, un ingreso decente, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. De esta manera, la concepción integral de la salud incluye la atención de salud por medio de los servicios de salud pero también las acciones de otros sectores de la sociedad y el medio ambiente que afectan positiva o negativamente la salud de las personas. Se trata de actuar no sólo para recuperar o rehabilitar la salud sino también sobre los factores de riesgo y, en particular, sobre los determinantes sociales de la salud. Salud y desarrollo son, pues, indisociables y mutuamente condicionantes.

Al ampliar la perspectiva preventiva con el nuevo enfoque de la promoción de la salud, las áreas de acción para las intervenciones en salud se ampliaron de manera significativa más allá de los servicios de salud y las políticas de salud asociadas a los mismos. Así, aparte de significar la reorientación de los servicios de salud hacia mayores acciones de promoción y prevención, ahora se busca entre otras cosas:

- a) Promover el establecimiento de políticas públicas saludables.
- b) Crear entornos y ambientes saludables, que favorezcan la salud.
- c) Fortalecer la participación ciudadana y comunitaria.
- d) Desarrollar estilos de vida saludables y habilidades personales.

Las distinciones entre salud, atención de salud y determinantes sociales de la salud permite entender mejor las diferencias en la respuesta social organizada y las estrategias de intervención que suponen y requieren la resolución de los problemas de salud. Así, el abordaje integral de estos problemas y el desarrollo de la salud propiamente tal,

necesitan no solamente de políticas públicas de salud sino también de políticas públicas saludables, donde las primeras se refieren a la atención integral de salud y las segundas a la intervención sobre los determinantes sociales de la salud. De ahí que las políticas públicas son instrumentos imprescindibles para enfrentar los problemas del proceso salud – enfermedad.

c) Salud como desarrollo y desarrollo como salud integral de la sociedad

Como se ha analizado a lo largo del trabajo, la definición de salud de la OMS abrió la puerta para un concepto de salud mucho más amplio e integral que la simple ausencia de enfermedad. Al plantear que la salud es el “...*completo estado de bienestar físico, mental y social...*”, la OMS reforzó el paradigma social y desató la perspectiva de considerar la salud como resultado de un proceso social directamente vinculado a la calidad de vida de las personas, así como al nivel y tipo de desarrollo de las sociedades. De esta manera, se asume que tanto el origen como el resultado de la salud forman parte de un proceso de construcción social que se afirma y despliega en un momento histórico determinado.

El paradigma social de la salud no consiste, entonces, sólo en el reconocimiento de su determinación económica y social, como resultante de las múltiples determinaciones que influyen sobre las condiciones materiales y espirituales –en los correspondientes entornos o contextos físicos y sociales– por las que transcurre la vida del individuo, en su simultánea e indisoluble condición de ser individual y social. La salud, además, es el estado y situación en los que se expresan el crecimiento económico y el desarrollo de las sociedades en las que viven las personas, así como en la forma y contenido como este desarrollo se manifiesta en los grupos sociales y los individuos que los constituyen.

Pero la relación entre salud y desarrollo que denota y evidencia el paradigma social se hace, más estrecha y simbiótica, dependiendo de la concepción que se tenga de la naturaleza y tipo de desarrollo que adopta la sociedad en un momento determinado de su devenir histórico. Por cierto, no se trata de un desarrollo reducido a un simple crecimiento económico, que puede ser a lo más condición necesaria pero nunca suficiente como lo demuestra la historia del subdesarrollo de nuestros países. Se trata, por el contrario, de un desarrollo integral y de carácter pluridimensional y multifacético. Su mejor expresión contemporánea es la concepción del desarrollo que tiene como centro al ser humano y sus potencialidades, en el marco de una relación armónica de la sociedad con la naturaleza.

La conceptualización más avanzada e integral del desarrollo es la derivada del concepto de «desarrollo humano», colocado en el debate público mundial por PNUD, a partir de los informes con ese nombre que lanzan a circulación cada año desde 1990 a la fecha. Como idea fuerza, el desarrollo humano ya tenía antecedentes en la región a partir de la propuesta del Premio Nóbel alternativo en 1983, el chileno Manfred Max-Neef, del «desarrollo a escala humana». La diferencia y gran aporte del planteamiento elaborado por el PNUD es la superación del marco conceptual de la satisfacción de las «necesidades básicas», que fue desde la década del setenta el paradigma más avanzado de la temática del desarrollo. De las necesidades se pasó a las opciones de las personas y, con ello, al «desarrollo de capacidades». Gran importancia en ese tránsito conceptual

lo tuvieron el economista paquistaní Mahub Ul Haq y el también economista, de origen hindú, Amartya Sen.⁴⁹

En la propuesta del PNUD, el propósito básico del desarrollo humano es ampliar las opciones de las personas, lo que sólo es posible a partir de la creación de un entorno en el que las personas puedan desplegar sus posibilidades de manera efectiva, de modo que puedan gozar de una vida productiva y creadora en concordancia con sus necesidades e intereses, es decir, sus valores y proyectos de vida. Para ello es insuficiente contar sólo con ingresos monetarios, por lo que hace falta mucho más. Según Mahub Ul Haq. El objetivo del desarrollo es crear un entorno que le permita a las personas disfrutar de una vida larga, sana y llena de creatividad. Como puede verse, la salud es en este enfoque un componente imprescindible y prácticamente definitorio del desarrollo humano. Por eso, en la operacionalización del desarrollo humano los indicadores de salud son, de hecho, los principales.

El economista hindú y Premio Nóbel de economía, Amartya Sen, influyó de manera importante en el despliegue del concepto al poner énfasis en el desarrollo de capacidades y el uso adecuado o funcionamiento efectivo de las mismas por parte de las personas, como el eje del desarrollo humano. Con lo que se desplaza, como se ha dicho, el anterior eje de satisfacción de necesidades al nuevo eje del desarrollo y despliegue de capacidades. Sen completa su fecundo recorrido conceptual con la idea del «desarrollo como libertad», entendida como la capacidad de cada uno de elegir con autonomía el hacer uso de sus opciones, participar en las decisiones que afectan su existencia y, en general, poder realizar con libertad sus proyectos de vida. Justamente para eso es que las personas requieren desarrollar al máximo sus capacidades y saber utilizarlas de manera consciente y adecuada. Sin esas capacidades no se puede hablar de opciones y mucho menos de oportunidades reales.

De esta manera, las capacidades son para Sen las que permiten el uso fecundo de la libertad que deben tener las personas para aprovechar las oportunidades que el desarrollo humano de la sociedad les debe brindar, para alcanzar el bienestar, es decir, una calidad de vida decente. La vida misma es, en esa lógica, un conjunto de capacidades de funcionamiento humano interrelacionadas; es decir, cosas efectivas que una persona puede ser o hacer. Así la pobreza es, bajo esta óptica, la consecuencia de la ausencia de capacidades o de sus funcionamientos en niveles muy bajos como para poder alcanzar niveles mínimos de calidad de vida, considerados como aceptables o decentes. De ahí que la pobreza es una condición multidimensional y mucho más que falta de ingresos adecuados. Queda claro, en esta perspectiva, que la salud es una capacidad básica vital que le da valor a la vida humana misma y determina sus posibilidades de funcionamiento para aprovechar las oportunidades que brinda la sociedad.

El desarrollo humano comparte una visión común con los derechos humanos. Ambos tienen como propósito compartido la libertad humana, una de los atributos y prerrogativas inalienables de la dignidad humana, que es el corazón o núcleo central de

⁴⁹ El chileno Manfred Max-Neef estudió economía e hizo carrera como empleado de la empresa Shell. En 1957 dio las espaldas a la industria y se dedicó a estudiar los problemas de los países en desarrollo. Trabajó para organizaciones de la ONU y en diversas universidades de EE.UU. y América Latina. Inspirado por el imperativo de E.F. Schumacher *small is beautiful*, desarrolló tesis que denominó «economía descalza» y «economía a escala humana», cuyos criterios definió ya en los años 80 en una matriz que abarca diez necesidades humanas básicas. En los años 90 formuló con la hipótesis del «umbral» la idea de que a partir de determinado punto del desarrollo económico, la calidad de vida comienza a disminuir. Por su parte, Mahub Ul Haq fue el primer responsable del *Informe de Desarrollo Humano* del PNUD. Murió en 1998.

los derechos humanos, junto con la igualdad y la solidaridad o confraternidad. Las más importantes necesidades básicas y las capacidades que les son inherentes son, además, consideradas como derechos humanos, sean civiles, políticos o derechos sociales (económicos, sociales y culturales o DESC). Las personas deben tener libertad y condiciones materiales mínimas garantizadas para hacer uso de sus opciones y participar, además, en las decisiones que afectan sus vidas. Hay, entonces, un vínculo indisoluble entre necesidades básicas, desarrollo de capacidades y ejercicio de los derechos humanos. En este sentido, el desarrollo humano y los derechos humanos se refuerzan mutuamente, ayudan a garantizar el bienestar y dignidad de todas las personas, del mismo modo que fomentan el respeto por sí mismo y por los demás.

El desarrollo humano como tal debe ser, además y sobre todo, un desarrollo humano sostenible. Esto es, debe garantizar las mismas o mejores oportunidades a las generaciones venideras y, al mismo tiempo, debe estar en simbiosis y armonía con la naturaleza, con el entorno ambiental de la sociedad. Con la adopción de esta perspectiva ecológica, se invierten los sesgos biocéntrico y antropológico que por tanto tiempo distorsionaron la conceptualización del desarrollo. De otra parte, se replantea de manera radical la relación entre especie humana y naturaleza, del mismo modo que la relación convencional entre lo orgánico y lo inorgánico. En suma, con el paradigma ecológico se le proporciona una visión holística al desarrollo humano y se redefine también el contenido mismo de la vida y su sentido más profundo. Además, por esa misma vía se replantea lo biológico y, por extensión, el mismo concepto de salud. Se trata, en definitiva, de un «desarrollo humano sostenible». Este, además, debe ser por excelencia un «desarrollo saludable».

Retornando otra vez al concepto de salud se verán con mucho mayor claridad sus interrelaciones con el desarrollo humano sostenible y, por esa vía, con los derechos humanos como se ha acaba de argumentar. Quedando claro que la salud no puede reducirse a ausencia de enfermedad, debe concebirse como el conjunto de condiciones necesarias y suficientes que permitan la existencia de un entorno físico, económico, social, político y cultural a partir del cual los individuos pueden desarrollar a plenitud sus facultades (o «capacidades», en la terminología de Sen) y desplegar integralmente sus potencialidades humanas (que supone satisfacción de necesidades básicas y desarrollo de capacidades). Por lo dicho, no se trata sólo de eliminar las carencias individuales y colectivas que, a su vez, dan lugar a las patologías sociales. Se trata en lo fundamental de permitir el máximo desarrollo de las potencialidades humanas en un entorno de justicia social y equidad en las condiciones, oportunidades y resultados.

De manera paralela, el desarrollo de estas potencialidades humanas sólo será sustentable si se asienta en un equilibrio armónico con la naturaleza. Si la salud es la plenitud de la vida individual y en sociedad, la vida ya no puede circunscribirse a su expresión orgánica, puesto que lo orgánico sólo existe como consecuencia de una relación armónica con lo inorgánico. La vida orgánica existe porque forma parte de un ciclo vital superior que le da sustento y permite la existencia del ciclo vital humano. El desarrollo de la salud, entonces, es consustancial a la preservación del ciclo vital humano y, por lo tanto, indesligable de la relación adecuada y armónica entre el ser humano, la sociedad y la naturaleza. Vistas así las cosas: ¿Cuáles son entonces las diferencias entre esta manera de entender la salud y el nuevo concepto de desarrollo humano sostenible? ¿No son prácticamente sinónimos, por lo menos, sinérgicos y simétricamente complementarios?

Son varias las consecuencias que se derivan de esta nueva manera de ver las relaciones entre desarrollo y salud, que es consustancial al nuevo paradigma social de la

salud. En primer lugar, implica necesariamente la superación de la noción tradicional e instrumental que entiende la salud únicamente como un medio para el desarrollo o simplemente como una consecuencia pasiva del mismo. Para el paradigma social se trata de concebir la salud como desarrollo y el desarrollo como salud integral de la sociedad. Puesto que salud y desarrollo se condicionan mutuamente deben, por lo mismo, potenciarse recíprocamente. Si la medida de eficacia del desarrollo de una sociedad está dada por el nivel y equidad de las condiciones de salud de sus individuos, la condición de eficacia del desarrollo de la salud no es otro que el nivel y naturaleza del estilo de desarrollo de la sociedad en su conjunto. De lo que se colige que no cualquier «desarrollo» es saludable y que, de lo que se trata, es de alcanzar un «desarrollo humano sostenible» que es, dicho sea de paso, el más «saludable» de los desarrollos posibles.

La argumentación precedente nos permite ahora cerrar el círculo de los diferentes desarrollos conceptuales convergentes alrededor del binomio ser humano – naturaleza, que son la síntesis en conjunto del complejo y trascendental fenómeno del ciclo de la vida. La salud es, por definición, una condición esencial y un atributo sustantivo de la vida. La salud es una necesidad básica fundamental y un prerrequisito para el desarrollo de las capacidades humanas y para el buen uso y funcionamiento de las mismas por parte de las personas. La salud es, además, una prerrogativa inalienable de la dignidad de las personas como seres individuales y sociales. De esta manera se articulan, en un solo haz argumental y discursivo, los conceptos de salud, derechos humanos y desarrollo humano sostenible. Cada uno es condición necesaria de cada otro. De ahí la idea de la salud como desarrollo humano sostenible y el desarrollo como salud integral de la sociedad.

SEGUNDA PARTE

**Marco conceptual de una economía política de la
determinación social de la salud y su aplicación
preliminar a la realidad del Perú**

*“La medicina es
una ciencia social
y la política no es
más que medicina
en gran escala .”*

Rudolf Virchow

SEGUNDA PARTE

Marco conceptual para una economía política de la determinación social de la salud y su aplicación preliminar a la realidad del Perú

No hay un acuerdo preciso sobre cuáles son los principales determinantes sociales de la salud en términos de la jerarquía y prioridad de cada uno, si bien se ha acumulado una creciente evidencia sobre qué es lo que hace que las personas sean saludables. Como ya ha sido mencionado en la primera parte de este trabajo, el estudio pionero en su género sobre los determinantes fue realizado en Canadá, en 1974, y es conocido como el **Informe Lalonde**, cuyo marco conceptual identificó los siguientes componentes: estilo de vida, medio ambiente (físico y social), características biológicas humanas y los propios servicios de salud. En cierta medida, su énfasis exagerado en el estilo de vida opacó la mejor comprensión del medio ambiente social, es decir, de la determinación social de la salud. Lo cierto es que, el referido marco conceptual, todavía se movía al interior de los paradigmas de la salud individual y, a lo más, de los grupos sociales, donde la atención se concentra en los riesgos y los factores clínicos relacionados con enfermedades específicas y está dirigida a las personas en forma individual.

Desde esos años a la fecha, el marco conceptual de la salud se ha refinado y nuevas evidencias demuestran la gran importancia de las condiciones en que viven y trabajan los individuos, frente a los límites más estrechos de la medicina y la atención de salud. Hay, sin embargo, aún mucho camino por recorrer en cuanto a la forma cómo se interrelacionan los diferentes componentes considerados y el peso relativos de cada uno, en especial los de tipo socioeconómico en la determinación de la salud. Así, por ejemplo, algunos todavía no diferencian entre factores y determinantes mientras que otros hacen la diferenciación entre determinantes más cercanos a las causas y otros más lejanos. A los primeros los denominan determinantes «proximales» y a los segundos se los llama determinantes «distales». De cualquier manera, cualesquiera sean las clasificaciones utilizadas, como lo demuestra la salud pública canadiense –que es la que más ha avanzado al respecto– queda claro que los determinantes más reconocidos son los siguientes:¹

- Ingreso y posición social
- Empleo y condiciones de trabajo
- Educación
- Alimentación y nutrición
- Entorno ambiental físico
- Equidad de género, étnico cultural y generacional

¹ Health Canada. **Salud de la Población: conceptos y estrategias para políticas públicas saludables; “La perspectiva canadiense”**. Traducido por OPS, División Salud y Desarrollo Humano – Washington, D.C.: OPS, 2000. vi, 128p.

- Redes de apoyo social
- Hábitos personales y aptitudes de adaptación
- Desarrollo de la niñez sana
- Servicios de salud en cantidad y calidad
- Características biológicas y dotación genética

Como se sabe, con el desarrollo del paradigma de la **Nueva Salud Pública** se desarrolló el concepto de salud de toda la población, donde nuevamente fueron los canadienses los pioneros. Este concepto “...aborda el entorno laboral y personal que influye en la salud de la persona, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud.”² En esa perspectiva, los determinantes de la salud se reagrupan de modo de relacionarlos desde una visión integral, considerando cinco categorías que son la base del nuevo marco conceptual. Esta agrupación sirve, además, como base para la formulación de políticas y estrategias en la lógica de la salud de la población. Las mismas abordan algunas o todas las categorías, reconociendo sus relaciones mutuas. Estas se resumen en el cuadro 3 a continuación, mientras que el marco conceptual se visualiza en el gráfico 1 de la página siguiente.

CUADRO 3

Categorías de determinantes de la salud de la población

Entorno socioeconómico: ingresos, empleo, posición social, redes de apoyo social, educación y factores sociales en el lugar de trabajo.

Entorno físico: los factores físicos en el lugar de trabajo al igual que otros aspectos del entorno físico natural y construido por las personas.

Hábitos personales de salud: comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud.

Capacidad individual y aptitudes de adaptación: las características psicológicas de la persona como la competencia personal, las aptitudes de adaptación y el sentido de control y dominio; y las características genéticas y biológicas.

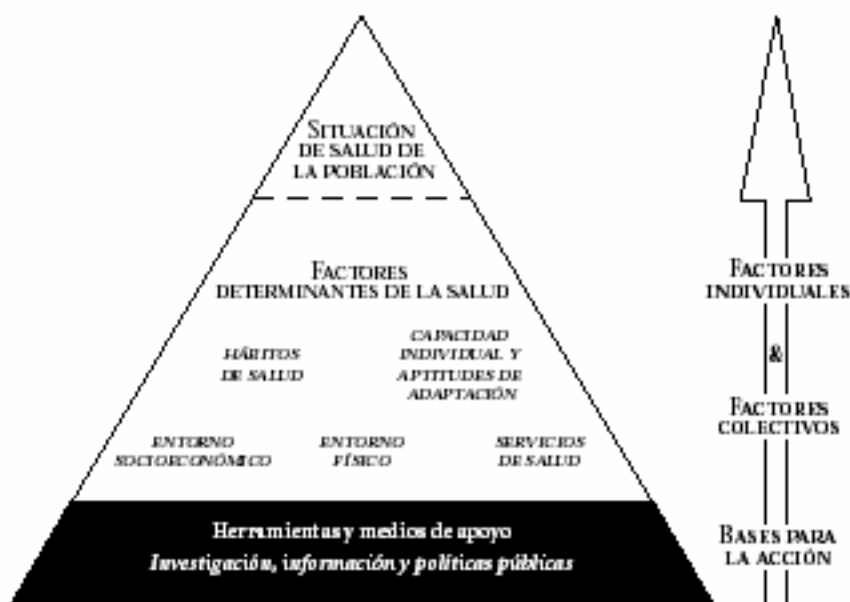
Servicios de salud: servicios para promover, mantener y restablecer la salud.

² Op. cit., p. 13.

Dentro del conjunto de determinantes sociales identificados, agrupados en la perspectiva anterior como «entorno socioeconómico», los que corresponden a los aspectos económicos son de gran relevancia, si bien aparecen para muchos como si fueran los determinantes «distales» por excelencia. Por el contrario, nada hay más cercano al bienestar de la persona y a las posibilidades de desarrollo de sus capacidades que, por ejemplo, el ingreso que posee o percibe. En una economía mercantil el ingreso monetario es el que permite satisfacer las necesidades vitales de la persona a través de la compra y venta de bienes y servicios en el mercado. El ingreso monetario depende, a su vez, directamente del tipo de empleo que tienen el individuo y los grupos sociales de los cuales forma parte. De otra parte, son las condiciones de trabajo las que condicionan más cercana y directamente el estado de salud de los individuos y los grupos sociales. Tanto es así que las situaciones y problemas de salud y enfermedad que producen han dado lugar al nacimiento y desarrollo de una rama especializada de las ciencias de la salud como es la «salud ocupacional».

Gráfico 1

Marco conceptual de la «salud de la población» - Canadá



De cualquier manera, para entender con mayor precisión las vías por las cuales los aspectos económicos actúan como determinantes sociales de la salud se hace necesario hacer una breve síntesis del «estado del arte» respecto de los marcos conceptuales o modelos de interpretación que se han desarrollado para explicarlos. Aprovecharemos para ello lo ya avanzado por la propia *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud* impulsada por la OMS. Antes vale la pena recordar algunas precisiones de rigor previas al análisis de los marcos conceptuales o modelos de interpretación. Tienen que ver con el problema de fondo de las diferencias de enfoque acerca de la importancia de lo individual frente a lo colectivo, cuestión que a su vez justifica establecer las diferencias entre causa, factor de riesgo y determinación general de la salud

En efecto, la primera y más importante precisión es que los determinantes sociales de la salud pueden ser entendidos como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan. Según Tarlov, quien es uno de los creadores del concepto, los

determinantes son “...*las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar*”. El concepto apunta a la doble dimensión de los aspectos específicos del contexto social que afectan a la salud y las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en impactos sobre la salud. La idea era «reorientarse hacia arriba», desde los factores de riesgo individuales hacia los patrones sociales y rasgos estructurales que moldean y perfilan las posibilidades de las personas para estar saludables. Esto es, se trata de dirigir el análisis hacia los determinantes que ayudan a los individuos a permanecer saludables, en lugar que a los servicios de salud que los ayudan pero sólo cuando están enfermos o a punto de estarlo.³

La segunda precisión complementa la anterior y se refiere a la importancia de distinguir entre las causas que afectan la salud del individuo de las causas que afectan la salud de las colectividades y, en particular, de la población en su conjunto. Por eso mismo es de gran utilidad distinguir entre estos tres tipos de interrogantes etiológicos: una primera, que busca las causas de los casos (perspectiva individual); una segunda, que se interroga sobre las causas de la incidencia en grupos sociales; y, una tercera, que investiga los determinantes de las diferencias de salud que se presentan entre diferentes poblaciones y sociedades en su conjunto.

Por eso, cuando se habla de determinantes sociales, el análisis se orienta a entender las causas de los casos individuales habida cuenta de las causas de la incidencia en los grupos sociales, la población y la sociedad en su conjunto. Las interrogantes son entonces de otro tipo. Por ejemplo: ¿Por qué se observa una relación en forma de gradiente o escala socioeconómica entre la posición social y el estado de salud que afecta a los individuos en todos los niveles de la jerarquía social? ¿Cómo se modifica esa «gradiente social de la salud» a lo largo del tiempo? ¿Es una misma gradiente o escala socioeconómica para todos los individuos? ¿En qué lugares y quiénes son los que se perjudican de los cambios que ocurren en la «gradiente social de la salud»?

Una tercera consideración que debe tenerse en cuenta es más de carácter normativo, pero no por eso es menos importante. Se trata de que la pregunta relevante de tipo normativo no sea sólo saber qué es lo que determina el estado de salud de los individuos, los grupos sociales y la sociedad en su conjunto. La cuestión insoslayable es, además, tratar de explicar porqué existen tan marcadas diferencias de salud entre los individuos de los diferentes grupos sociales al interior de cada sociedad, así como las diferencias que existen entre sociedades distintas aunque tengan un similar nivel de desarrollo.

Las preguntas relevantes, entonces, se interrogan por los determinantes sociales de la salud y, además, por los determinantes de las desigualdades en salud. Lo cierto es que existe evidencia empírica cada vez más contundente respecto de las mismas desigualdades socio-económicas como otro determinante fundamental de la salud. De hecho, las sociedades más igualitarias aunque menos afluentes gozan de una mejor salud que las sociedades más desiguales aunque más ricas. La justicia social y la equidad devienen, por ello, en prerrequisitos de una mejor salud y no sólo en valores deseables por sí mismos.

³ Tampoco hay que olvidar que el concepto mismo de «determinantes sociales» se origina a propósito de las críticas que destacaban las limitaciones de las intervenciones sanitarias orientadas a los riesgos de enfermar o morir de los individuos. Como ha sido desarrollado en detalle en la primera parte del trabajo, se argüía que para entender y ampliar la salud se requería centrarse en la población en su conjunto más que a cada individuo por separado, es decir, a las sociedades a las que los individuos pertenecen

Como se analizará más adelante, las desigualdades en salud hunden sus raíces en las desigualdades socioeconómicas que se expresan con nitidez en los patrones de estratificación social y la estructura de clases sociales que caracterizan a cada sociedad, de acuerdo a su peculiar proceso histórico social. Estos patrones y estructuras sociales son el reflejo, a su vez, de la naturaleza y formas de distribución y ejercicio del poder y de los recursos materiales y simbólicos (riqueza, ingresos, autoridad, jerarquías, etc.) al interior de cada sociedad en un momento histórico determinado. Por eso, entre otras razones, resulta crucial distinguir entre los determinantes sociales de la salud propiamente dichos y los determinantes de las desigualdades en salud, considerando y añadiendo a estos últimos como un componente ampliado de los primeros.

En cuanto a la cuestión de las desigualdades, es pertinente precisar que los aspectos ético normativos no pueden ser dejados de lado puesto que no hay neutralidad posible en este tipo de temas. Se trata de reconocer que no toda desigualdad es inevitable ni mucho menos aceptable. Esta doble dimensión de la desigualdad nos remite de manera inevitable a los conceptos de justicia social y equidad, que no pueden entenderse al margen de los criterios que se adopten sobre la justicia distributiva. En efecto, la justicia social busca la mayor igualdad posible y deseable entre los individuos, los grupos sociales y las diferentes sociedades. Esto de por sí significa que no todas las desigualdades pueden o deben eliminarse, sino tan sólo las que se consideran como injustas de acuerdo al criterio de justicia distributiva que se adopte y que, además, siendo injustas se hayan generado por la dinámica social y puedan, por lo mismo, corregirse o evitarse por la acción humana en la sociedad. La equidad, a su vez, expresa la idea de igualdad de oportunidades y significa, para muchos, necesariamente alguna forma o medida de igualdad de resultados.

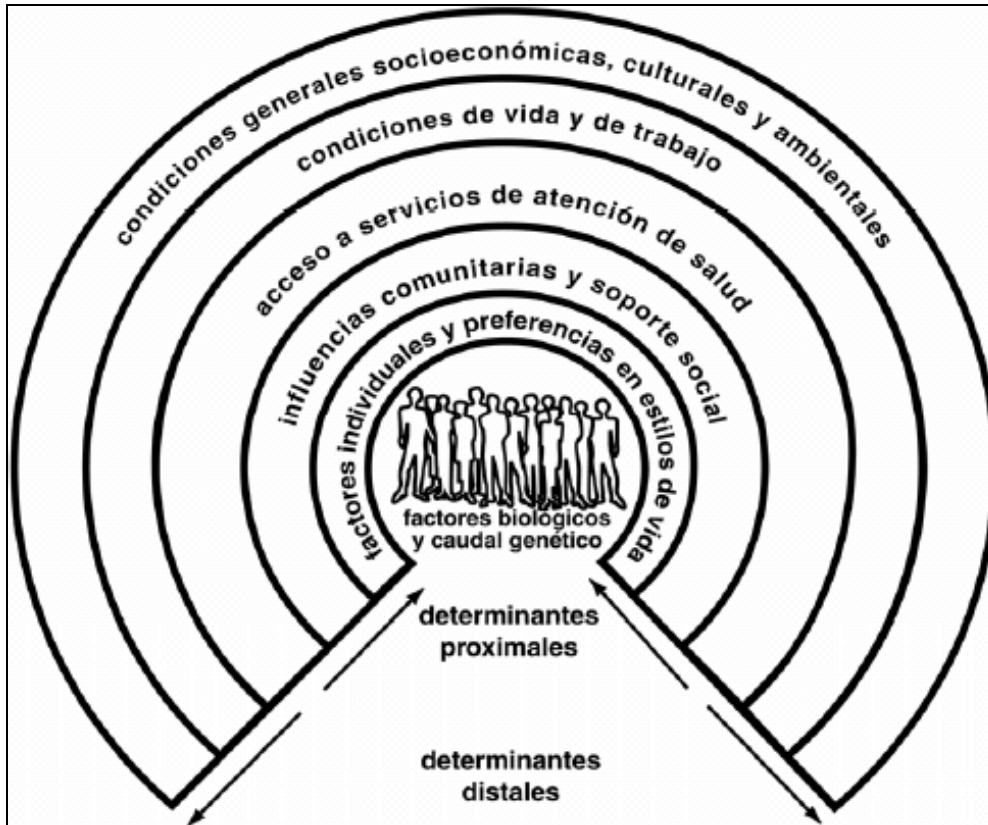
1. Aspectos económicos en los principales modelos de interpretación de la determinación social de la salud

Realizadas las consideraciones pertinentes corresponde en este acápite realizar un somero análisis de los principales marcos conceptuales o modelos de interpretación de los determinantes sociales de la salud que se han desarrollado desde la década del noventa a la fecha. El análisis permitirá, haciendo énfasis en los aspectos económicos correspondientes, tener mayor claridad por lo menos respecto de cuatro cuestiones importantes. Primero, mostrar los mecanismos, vías o canales a través de los cuales los determinantes sociales afectan el estado de salud. Segundo, hacer explícitos los vínculos y relaciones que se establecen entre los diferentes tipos de determinantes de la salud. Tercero, ubicar los puertos de entrada que cada modelo identifica como de carácter estratégico para la acción de las políticas públicas e intervenciones sanitarias. Y, como cuarta cuestión, hacer visibles las maneras como los determinantes sociales contribuyen a las inequidades en salud entre los diferentes grupos de la sociedad en su conjunto.

Los principales modelos a ser analizados son los desarrollados por *Dahlgren y Whitehead en 1991; Diderichsen y Hallqvist en 1998*, posteriormente adaptados por *Diderichsen, Evans y Whitehead en 2001; Mackenbach en 1994*); *Marmot y Wilkinson en 1999*; una síntesis de los niveles de determinación elaborado por *Julio Frenk*; y, finalmente, el modelo avanzado recientemente por la propia *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en 2005*. Sin duda, el más difundido de los marcos conceptuales en nuestro medio es el modelo de las «influencias por niveles de factores» elaborado por *Dahlgren y Whitehead*, que se puede visualizar en el gráfico 1, que se presenta a continuación. Es este marco conceptual el que justamente distingue entre

determinantes «proximales» y «distales», tomando como centro los individuos, con su carga genética propia y sus diferencia propias de edad y género.

Gráfico 2
Representación del modelo de «influencias por niveles de factores» de Dahlgreen y Whitehead



Los individuos están en el centro del cuadro, dotados como están de una edad cronológica, sexo y factores genéticos que sin duda influyen sus potenciales condiciones de salud. La capa o nivel inmediato después del centro representa los comportamientos y estilos de vida de cada individuo. Debe quedar claro que las personas más pobres y vulnerables se ven más afectadas por los estilos de vida, tales como el tabaco y una mala dieta alimenticia, pero también enfrentan mayores barreras financieras para lograr un mejor y más saludable estilo de vida. En países como los nuestros las barreras son también de tipo étnico cultural y racial.

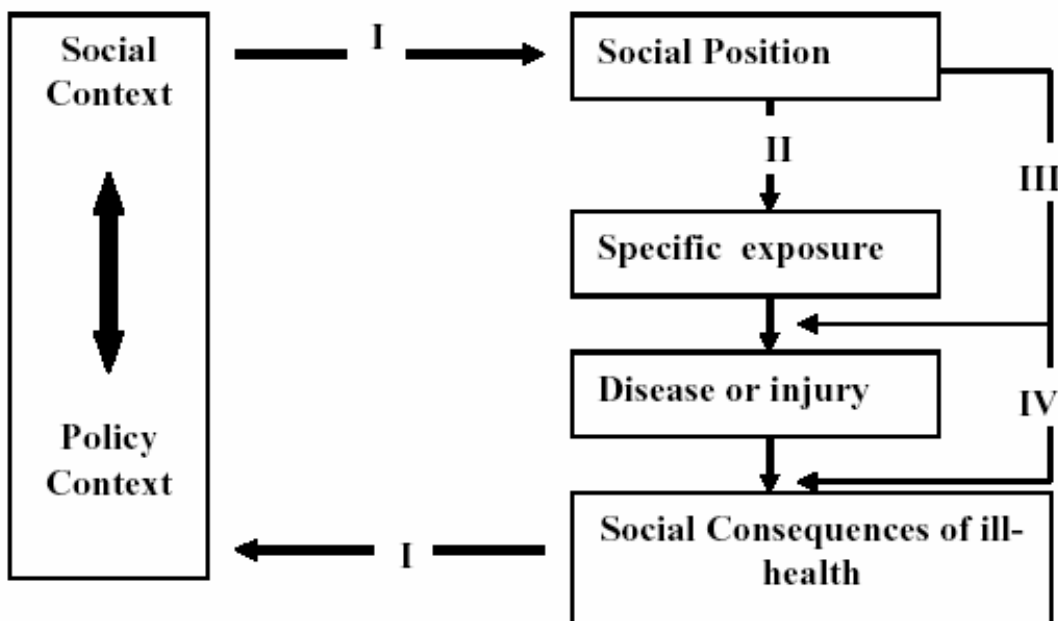
La siguiente capa o nivel representa las influencias sociales y comunitarias, en particular los soportes o apoyos sociales. Se trata, en cierta medida, del «capital social» que posee cada individuo. Estas relaciones sociales y las «presiones de grupo» influyen, para bien o para mal, los hábitos y comportamientos individuales. Por lo general, las personas que viven en los niveles inferiores de condición socioeconómica son los que menos redes de apoyo social cuentan, lo que se agrava con el hecho de que en sus zonas de residencia cuentan con escasos servicios sociales básicos y facilidades para la actividad comunitaria, incluyendo más débiles sistemas de salud y seguridad. En la siguiente capa o nivel se encuentran los factores vinculados a las condiciones de vida y trabajo donde, por ejemplo, la precariedad de la vivienda, las condiciones peligrosas y

estresantes de trabajo y la ausencia de servicios crean riesgos diferenciados para los grupos sociales más pobres y vulnerables.

Afectando todos y cada uno de los otros niveles están las condiciones económicas, culturales y medioambientales prevalecientes en la sociedad en su conjunto, como la situación económica del país y las condiciones de su mercado laboral. Estas condiciones de tipo estructural reflejan la calidad de vida del país, por lo que influyen las decisiones individuales sobre vivienda, trabajo y relaciones sociales, como también los hábitos de comer y beber. Del mismo modo, las creencias culturales respecto de la ubicación de la mujer y las comunidades étnicas en la sociedad, entre otras, influyen de hecho la calidad de vida y la condición socioeconómica de los individuos, actuando por esa vía o mecanismo sobre la salud. Queda claro de este marco conceptual que a cada nivel o capa de influencia le corresponden distintas posibilidades de acción por parte de las políticas públicas, más allá de las convencionales políticas de salud.

El segundo modelo, es el de la «estratificación social y la producción de enfermedad» y ha sido desarrollado por *Diderischen, Evans y Whitehead*, sobre la base de una adaptación del marco conceptual anterior de los «niveles de influencia». Su representación gráfica se presenta a continuación en el gráfico 3.

Gráfico 3
Representación del modelo de «estratificación social y producción de la enfermedad»



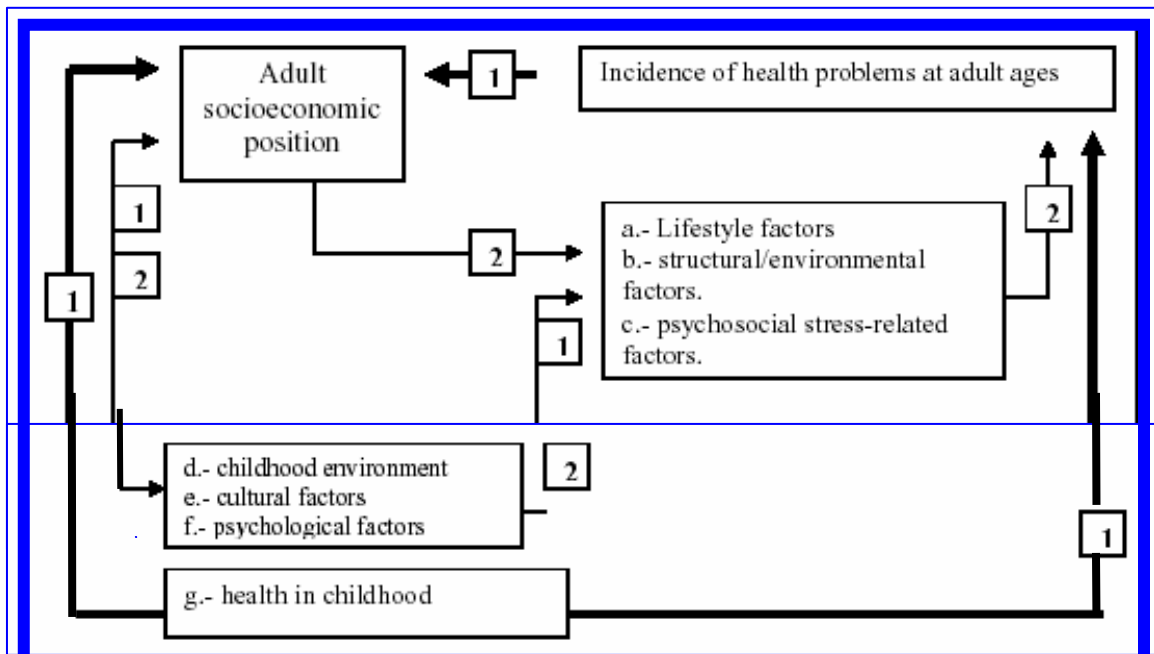
Este modelo busca enfatizar cómo los contextos sociales –a partir de los mecanismos creados por la forma como cada sociedad genera y distribuye el poder, la riqueza y el riesgo– crean la estratificación social y la pertenencia de los individuos a distintos grupos sociales. En esa medida, esos mecanismos o canales –como por ejemplo, el sistema educacional, las políticas laborales, las normas de género y las instituciones políticas– asignan a cada individuo un diferente estatus o posición social, que es determinante para sus oportunidades de lograr una buena o mala salud. En el

diagrama que representa el modelo, el mecanismo I muestra el proceso de asignación de cada individuo a un estrato social o pertenencia a una posición social determinada. Este se convierte en el área más crítica en términos de la formulación de políticas que buscan disminuir las diferencias en salud. Se derivan, así, dos posibilidades de entrada para la acción de las políticas públicas: las que disminuyen las desigualdades sociales (mercado laboral, educación, políticas sociales) y la evaluación sistemática del impacto de las políticas económicas y sociales orientadas a disminuir los efectos de la estratificación social.

El mecanismo II muestra cómo la estratificación social generada provoca, a su vez, una «exposición diferencial específica» de los individuos a las condiciones que dañan la salud y también diferencias en la «vulnerabilidad» (expresadas en el mecanismo III). Del mismo modo, las diferencias de posición social provocan consecuencias también diferenciadas de malas condiciones de salud para los grupos sociales más pobres y con mayores desventajas. Esto abre dos tipos de entrada para la acción de políticas públicas. Primero, de aquellas que se orientan a disminuir la exposición específica de los factores que dañan la salud sobre los grupos sociales con mayor desventaja socioeconómica. Segundo, las políticas que buscan reducir la vulnerabilidad frente a las condiciones que dañan la salud. Cabe señalar que la vulnerabilidad sólo podrá reducirse cuando la exposición específica disminuye y las condiciones sociales relativas mejoran de manera significativa.

Por último, lo que se denomina «consecuencias sociales de la mala salud» se refiere al impacto que un caso de mala salud o de enfermedad tiene sobre las condiciones socioeconómicas del individuo y su familia. De esta manera, el modelo analiza no sólo los determinantes de la salud sino también las consecuencias sociales y económicas de la salud y la enfermedad mismas. Va, en este sentido, un paso más allá de los otros modelos al identificar una doble determinación desde una perspectiva más dinámica e iterativa.

Gráfico 4
Representación del modelo de «selección y causalidad»



Mackenbach (ver Gráfico 4 arriba en la página anterior). Este modelo enfatiza de

manera explícita los canales o mecanismos por los cuales se generan las desigualdades en salud, para lo cual se consideran la «selección» y la «causalidad». En el gráfico, el número "1" señala el «proceso de selección» representado por el efecto de los problemas de salud en la edad adulta sobre el estatus o posición socioeconómica también de la edad adulta, así como por el efecto en los problemas de salud en la niñez tanto en la posición socioeconómica de los adultos como en cuanto a los problemas de salud de la edad adulta. Como puede observarse, se le otorga gran importancia a lo que sucede en la infancia si bien no se alcanza a incorporar un criterio explícito de ciclo de vida.

El número "2" es el «mecanismo de causalidad» representado por los tres grupos de factores de riesgo que actúan como intermediarios entre la posición socioeconómica y los problemas de salud: factores vinculados al estilo de vida, factores estructurales-medioambientales y factores psicosociales relacionados con el estrés. El medio en que se desarrolla la niñez, los factores culturales y los psicológicos también se incluyen en el modelo como lo muestra la gráfica, tanto como en cuanto influyen sobre los factores de riesgo y contribuyen a la generación de las desigualdades en salud, sea como selección o como causalidad. Los aspectos económicos aparecen de manera explícita como posición socioeconómica y de manera implícita entre los factores de riesgo denominados estructurales.

El gran aporte de este modelo es hacer visible la importancia del desarrollo del niño sano en los procesos de selección y como factor causal de primer orden. Tanto es así que muchos incluyen el desarrollo de la niñez como otro de los factores determinantes de la salud. La evidencia empírica indica la importancia de los efectos que la atención de salud prenatal y en la primera infancia tiene sobre el bienestar futuro del individuo. El bajo peso al nacer tiene efectos negativos en etapas posteriores de la vida y no sólo durante la infancia misma. Además, el cuidado de la niñez en los primeros años de vida influye en sus aptitudes de adaptación y su salud por el resto de su vida, si bien tampoco escapa a la determinación de la posición social de la familia. Los canadienses han encontrado evidencias muy claras al respecto. A saber:⁴

- *“Los estudios en Montreal determinaron que los bebés de bajo peso al nacer tienen 40 veces más posibilidades de morir durante sus primeras cuatro semanas de vida. También tienen más déficit neurológicos, anormalidades congénitas y retraso del desarrollo.”*
- *“Por ejemplo, un estudio en Gran Bretaña que usó datos longitudinales en los hombres nacidos entre 1911 y 1930 determinó que aquellos con pesos más bajos al nacer y a un año de edad registraban las tasas más elevadas de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica.”*
- *“Un estudio en las islas Kauai en Hawai determinó que los problemas de desarrollo del niño en la primera infancia causados por estrés perinatal agudo (problemas en el embarazo, el trabajo de parto y el parto) fueron contrarrestados exitosamente con el transcurso del tiempo en los niños de familias de posición socioeconómica media y alta, pero no así en las familias de baja posición socio-económica.”*

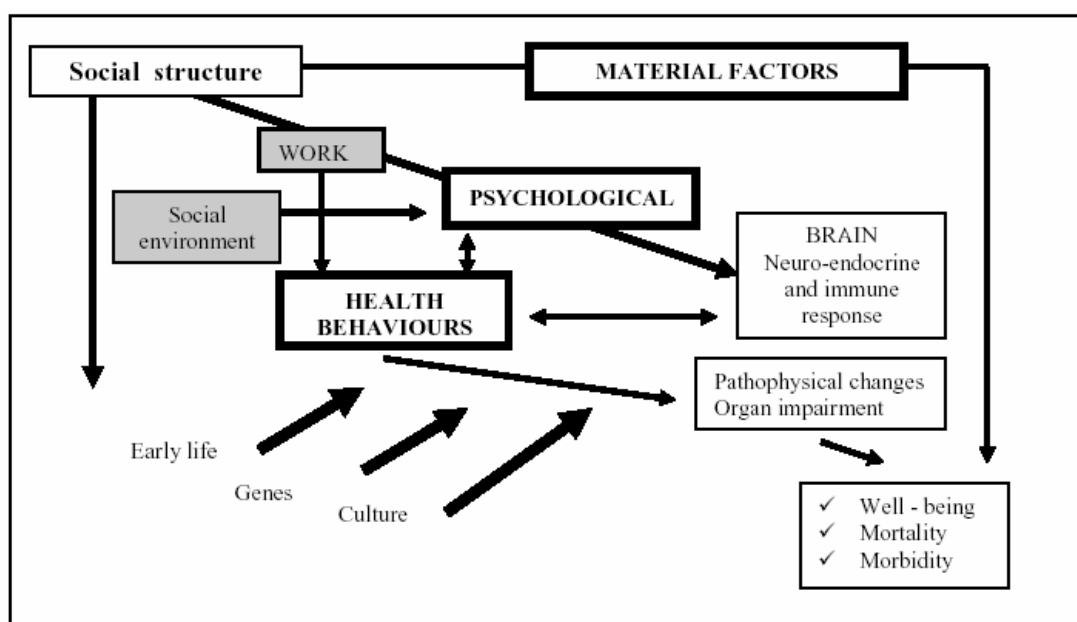
El cuarto marco conceptual considerado es el modelo de «múltiples influencias a lo largo del ciclo de vida» y fue desarrollado en su versión original por *Brunner, Marmot* y

⁴ **Op. cit.**, pp. 23-24.

Wilkinson para conectar la perspectiva clínica curativa con la visión preventiva de la salud pública. Con posterioridad se aplicó al proceso social subyacente a las desigualdades en salud como modelo que explica los aspectos sociales que causan la mala salud y al mismo tiempo las desigualdades en salud. Como tal fue incluido en el **Informe Acheson** en el Reino Unido, para ilustrar de manera explícita cómo las desigualdades socioeconómicas en salud resultan de la exposición diferencial a riesgos medioambientales, psicológicos y de estilos de vida a lo largo del ciclo de vida de los individuos.

En este modelo, la estructura social se vincula con el proceso salud – enfermedad a través de los canales o vías material, psico-social y de los comportamientos expresados en los estilos de vida, como a continuación se muestra en el gráfico 5. Además, se incorpora de manera explícita el ciclo de vida como un factor de gran importancia a considerar en la determinación de la salud, donde de nuevo la niñez aparece como una etapa crucial. Como se sabe, las etapas críticas del ciclo de vida son el período antes del nacimiento, el período neonatal, el ingreso a la escuela, la transición a la adolescencia, el ingreso al mercado de trabajo, la edad adulta productiva, la jubilación y la tercera edad. Las intervenciones en esos períodos producen buenos resultados en el mejoramiento de la salud infantil y, en general, de la salud de toda la población.

Gráfico 5
Representación del modelo de «múltiples influencias a lo largo del ciclo de vida»



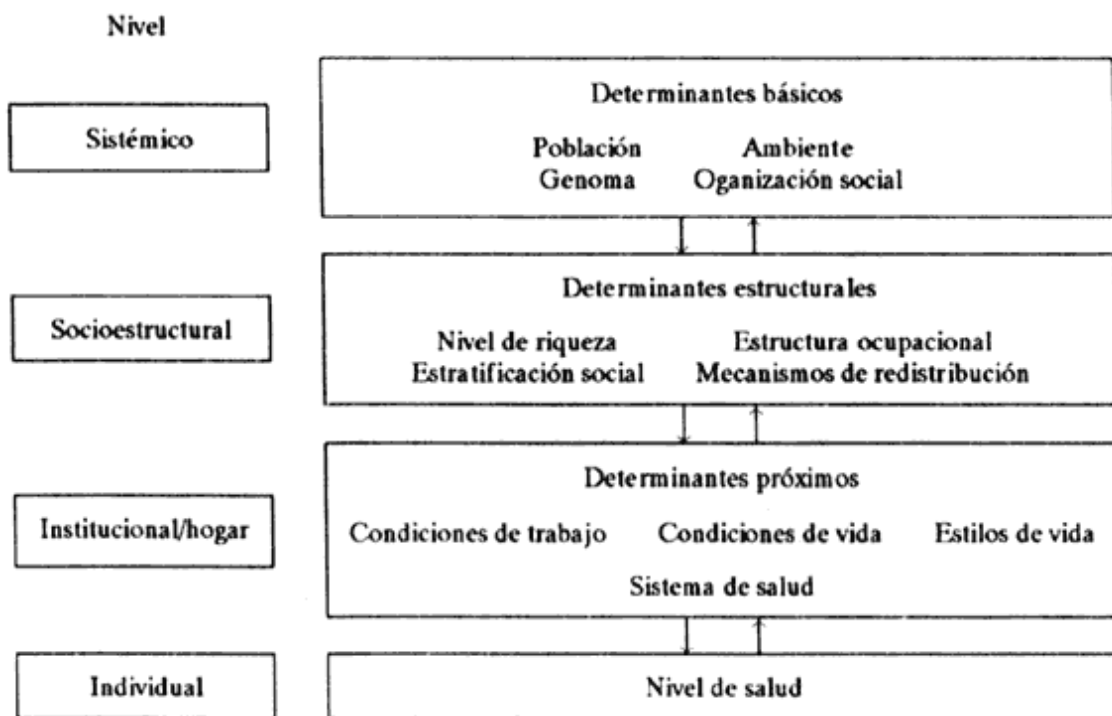
El quinto marco conceptual que presentamos es el propuesto por J. Frenk en su publicación sobre la *Nueva Salud Pública*. Este es bastante general y entra en menores detalles sobre la naturaleza de las interrelaciones entre los factores que forman parte de los determinantes sociales, pero tiene el mérito de intentar superar lo que el mismo denomina «multicausalidad difusa», al referirse a la mayoría de los otros modelos de determinación social de la salud. Por eso nos atrevemos a llamar a su esfuerzo como modelo de «jerarquía de niveles de determinación», por lo mismo que busca ordenar los

determinantes (no así sus factores componentes) de acuerdo a una jerarquía que los distingue por niveles de determinación, como bien se refleja en el gráfico 6. En el nivel sistémico se encuentran los llamados «determinantes básicos», en el nivel socioestructural están los «determinantes estructurales» y, por último, en lo que el designa como nivel institucional/hogar se encuentran los «determinantes próximos».

Según Frenk todos los fenómenos de salud suceden dentro de una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética y quienes se organizan socialmente para transformar el ambiente. Las relaciones específicas de determinación tienen lugar dentro de este marco básico que corresponde a una visión sistémica. Para efectos de este trabajo interesa comenzar por el determinante básico de la organización social. Existen cuatro dimensiones principales de la organización social: la estructura económica, las instituciones políticas, la ciencia y la tecnología, y la cultura y la ideología. Juntas, estas dimensiones determinan el nivel total de riqueza de una sociedad y las reglas para la estratificación de los diversos grupos.

Dos factores principales regulan el acceso diferencial de estos grupos a la masa total de la riqueza: la estructura ocupacional y los mecanismos de redistribución utilizados por el Estado, principalmente los impuestos y subsidios. El análisis de la compleja relación entre estas diferentes categorías rebasa los límites del presente trabajo, ya que es tema de profundos debates en las ciencias sociales. Para nuestros propósitos, baste decir que estos elementos constituyen los determinantes estructurales del proceso de salud y enfermedad. Juntos, restringen y condicionan la variación de un conjunto de determinantes próximos, a saber las condiciones de trabajo, las condiciones de vida, los estilos de vida y el sistema de atención a la salud.

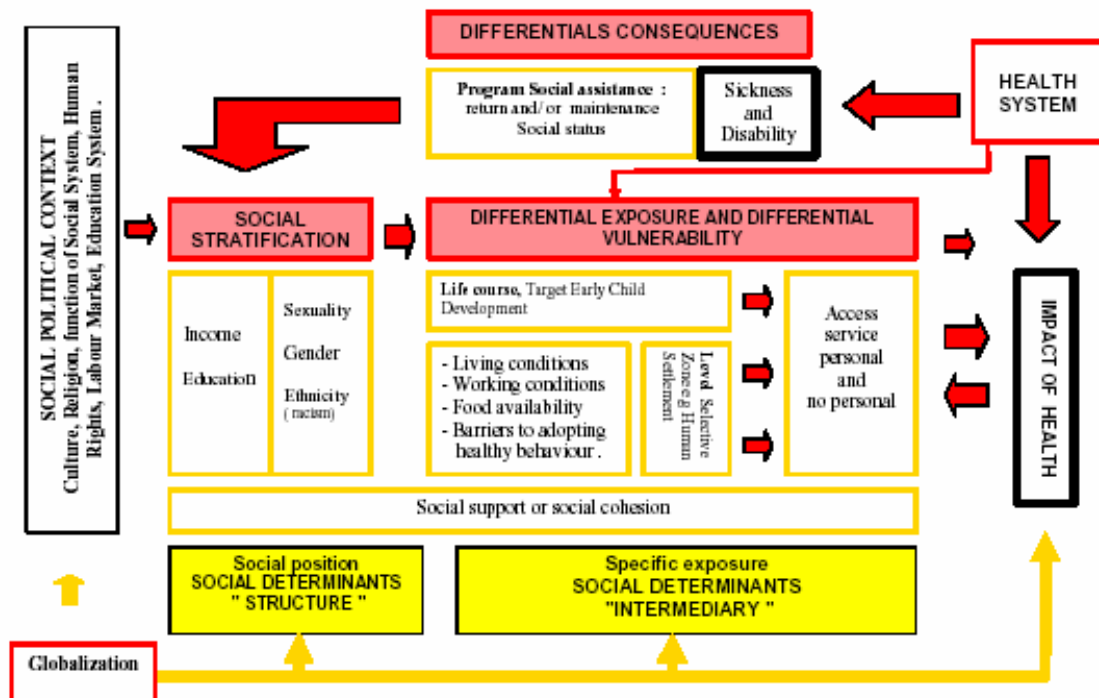
Gráfico 6
Representación del modelo de «jerarquía de niveles de determinación»



Los cinco marcos conceptuales analizados de manera somera son complementarios y no excluyentes entre sí. Todos incorporan, de una u otra manera, los aspectos económicos de la determinación social de la salud, si bien no de la misma forma ni con la misma importancia y, a veces, ni siquiera se los considera de manera explícita sino subsumida, formando parte de los aspectos sociales en general. En una cuestión sí coinciden prácticamente todos: la centralidad otorgada a la desigualdad de la estratificación social o las diferencias de posición social entre los individuos como el determinante más general y de mayor influencia sobre la salud de los individuos, los grupos sociales y la sociedad en su conjunto.

Todos consideran las diferencias de posición social que se derivan de la estratificación social y la estructura de clases de la sociedad como el aspecto crítico de la determinación social. Algunos le asignan a este aspecto un rango de determinante «distal» o de tipo estructural. Otros avanzan aún más en la cadena de causalidad y determinación al ubicar, como componentes previos, al contexto sociopolítico y cultural o, en la terminología de Frenk a los determinantes básicos que se encuentran en el nivel sistémico. En la misma lógica, el ingreso, el empleo y las condiciones de trabajo adquieren un peso que les sigue en importancia, aunque ciertamente algo menor y condicionado en calidad de resultantes de la determinación anterior, que adquiriría entonces el nivel de «determinación general», es decir, de determinación causal y probabilística al mismo tiempo.

Gráfico 7
Representación del modelo de la *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*



¹ Elaborated for equity team based on: Reducing inequalities in health a European Perspective J. Mackenbach, M Bakker 2002; Generating evidence on interventions to reduce inequalities in Health: the Dutch case K. Stronks Scand J Public Health 30 Suppl 59; Evans T, Whitehead M,

Se trata entonces, de acuerdo a las terminología de cada modelo, de considerar al ingreso, el empleo y las condiciones de trabajo como determinantes sociales de la salud

más próximos («proximales» según el modelo *Dahlgreen y Whitehead*), determinantes socioestructurales (según *Frenk*) o, simplemente, canales de intermediación o determinantes intermedios (por lo general, los «factores de riesgo» de los que habla la epidemiología moderna dominante). Para ubicar mejor el peso relativo distinto o nivel de jerarquía de determinación de los aspectos económicos, resulta útil usar el modelo de síntesis y superación que viene desarrollando la *Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud* y que se representa en el gráfico 7 de la página anterior.

El nuevo marco conceptual y modelo de interpretación desarrollado recoge los aportes de los otros modelos y trata, al mismo tiempo, de suplir sus deficiencias más saltantes. Entre estas últimas, incorpora el papel de los servicios de salud (que también es por sí mismo un determinante de la salud), incluye los efectos de la propia salud sobre las condiciones socioeconómicas, incorpora el ciclo de vida y, además, incluye como el contexto más general y condicionante de todos al mismo proceso de globalización. De esta manera, trata de tener salir del marco estático que es común en muchos de los modelos analizados, si bien no termina de quedar claro como asume la relación entre lo social y lo biológico.

Como puede visualizarse, la posición social se considera el eje de los denominados determinantes sociales «estructurales», los que actúan como consecuencias o efectos de la naturaleza de la estratificación social prevaleciente. Los factores determinantes que articulan como mediadores entre la estructura de clases o estratificación social y la posición social son el ingreso y la educación por un lado, y las condiciones de sexo, género y «etnicidad» o factores étnico-culturales (incluido el racismo) por el otro. Ambos se consideran condicionados por los niveles de soporte social y cohesión social con que cuenta la sociedad.

A su vez, las diferencias establecidas por la estratificación social determinan la existencia de una exposición diferencial de los grupos sociales —y los individuos que los conforman— a los factores de riesgo y son las que generan, al mismo tiempo, una vulnerabilidad también diferencial de tales grupos sociales. Los factores que actúan como mediadores para esta exposición específica se denominan determinantes sociales «intermediarios» y son de varios tipos, incluyéndose como aspectos económicos las condiciones de vida y de trabajo, así como el tipo de asentamientos humanos en que viven los individuos. Los otros determinantes son la disponibilidad de alimentos, las barreras que impiden estilos de vida saludables y el acceso a los servicios sociales básicos, todo ello a lo largo del ciclo de vida. Los niveles de soporte social y cohesión social también se asumen como factores condicionantes de estos determinantes «intermediarios».

2. Elementos conceptuales y evidencia empírica de la dimensión económica

La descripción y breve análisis crítico de los principales marcos conceptuales y modelos de interpretación de los determinantes sociales de la salud, incluyendo el desarrollado por la *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*, ha permitido visualizar con mayor claridad el papel que juegan los aspectos económicos. Se está ahora en condiciones de elaborar un marco conceptual *ad hoc* para organizar de mejor manera el análisis interpretativo correspondiente, la identificación de la evidencia empírica pertinente y su aplicación para el caso de la realidad internacional y peruana. Estos son los temas que se desarrollarán el presente acápite.

El marco conceptual *ad hoc* que se propone, para ubicar de manera sistemática el papel de los aspectos económicos en la determinación social de la salud, parte de algunas consideraciones previas o premisas, la mayoría de las cuales fueron desarrolladas bajo diversas formas por los modelos de interpretación analizados a lo largo del presente trabajo. Una consideración previa que debe señalarse es acerca de cómo se entienden y qué abarcan los distintos niveles de determinación y causalidad que se identifican como relevantes en la determinación social de la salud, de modo de ubicar en esos niveles el papel de los aspectos económicos. Otra consideración es la referida a la precisión del sujeto de análisis, que no siempre se hace explícito en los modelos de determinación social examinados. Una última consideración se refiere a las relaciones que guardan entre sí los diferentes aspectos económicos identificados como determinantes y factores causales en cada nivel de determinación y para cada sujeto de análisis.

Los varios mecanismos y canales por los cuales actúan los aspectos económicos en la determinación social de la salud dependen del nivel de determinación en que se ubican y actúan, como también tienen relación con el tipo de sujeto de análisis de cuyo estado o condiciones de salud se trate. El marco conceptual *ad hoc* que se propone adopta como válida la aproximación multi-nivel, pero distingue una jerarquía propia de niveles de determinación dependiendo de si el sujeto de análisis es el individuo, los grupos sociales de los que forma parte, o la sociedad en su conjunto. En el ámbito de la salud de la sociedad se identifican dos niveles de determinación general de carácter universal: la sistémica y la estructural. En el ámbito de la salud de los grupos sociales actúan también dos niveles de determinación, pero de carácter más particular: la estructural y los determinantes intermediarios. En tanto que, en el ámbito individual, están los determinantes intermediarios de carácter más específico o singular; son los que, en términos generales, la moderna epidemiología ha popularizado como los factores de riesgo.

La premisa básica es que lo que sucede y actúa sobre el sujeto de análisis más global y complejo es el que le otorga un sentido de determinación general de alcance universal, de contexto y condicionamiento de los otros niveles. Es decir, el ámbito de la salud de la sociedad es el determinante universal (contexto y condicionante) de la salud de los grupos sociales y éstos, a su vez, contexto y condicionante de contenido más particular de la salud del individuo, la misma que es el resultado de causas más específicas e inmediatas. Como se sabe, no se trata de una relación lineal de causalidad sino de una determinación general, es decir, de carácter probabilístico y de trama causal, al mismo tiempo. En la misma línea de razonamiento, el nivel de determinación general de mayor alcance, complejidad y contenido universal es, en última instancia, la determinación sistémica. Es, por lo mismo, la que establece los marcos y límites a la determinación estructural y, concurrentemente, a los otros determinantes intermediarios y factores o causas de menor nivel. Estos marcos y límites deben entenderse simultáneamente como espacios de probabilidad y como rangos dentro de los que actúa la trama de causalidad.

El aspecto económico más general, que se encuentra en el nivel de la determinación general sistémica, es la estructura económica de la sociedad que al mismo tiempo actúa como el determinante social más general y condicionante de la salud de la sociedad en su conjunto. En una economía abierta, como la de nuestros países, inserta en un sistema-mundo con una economía de alcance planetario, las estructuras económicas nacionales carecen de plena autonomía y su dinámica no puede explicarse sólo por sus fuerzas endógenas. Esto es particularmente evidente en la fase actual de “globalización” financiera y, en menor medida, productiva en la que nos encontramos en la actualidad.

Y es mucho más evidente cuando los países adoptan las políticas neoliberales que los enganchan completamente a los vaivenes de la economía mundial globalizada. En todo caso, en la definición del carácter de la estructura económica se identifican tres aspectos fundamentales: el sistema de regulación económica y asignación general de los recursos, el nivel de desarrollo de las fuerzas productivas y el patrón de acumulación.

Por su parte, en el nivel de determinación general estructural, el aspecto más importante por su carácter definitorio es el estilo o modelo de desarrollo que adopta la sociedad y su tipo de inserción en el sistema económico mundial o sistema – mundo. Debe señalarse que el modelo de desarrollo no es estrictamente económico aunque es desde la estructura económica que, por lo general, se lo define. En términos muy simplificados y como categoría de análisis sólo aplicable para la realidad de nuestros países, un modelo de desarrollo es una articulación particular y funcional entre Estado, mercado y sociedad que pretende ser sinérgica, coherente e ideológicamente fundamentada. Es, además, una determinada forma de inserción de la economía y la sociedad dentro del sistema – mundo, es decir, el sistema económico internacional. Por lo general, no siempre el cambio de un modelo de desarrollo significa necesariamente la modificación concomitante del patrón de acumulación vigente, aunque si supone necesariamente modos particulares de regulación y asignación de recursos, así como ritmos diferenciados de crecimiento de las fuerzas productivas.

El estilo o modelo de desarrollo, mediado por el patrón histórico de acumulación vigente, actúa como determinante de otros dos aspectos económicos que influyen sobre la salud, pero en calidad de nexos entre la determinación general estructural y los determinantes sociales intermediarios: la estructura del empleo y el nivel general del ingreso y su distribución personal y por grupos sociales. La estructura del empleo es fundamental porque es la fuente por excelencia de generación de ingresos de las personas y un determinante de alcance más particular –entre otros factores como la educación y las adscripciones de sexo, género y condición étnico-cultural– de la posición social, que es el determinante social estructural de salud por excelencia. Los aspectos económicos que actúan como determinantes intermediarios, que condicionan las diferencias de exposición específica y vulnerabilidad de los grupos sociales, son las condiciones de trabajo y empleo y, en general, las condiciones de vida.

Se deduce del marco conceptual adoptado que el modelo de desarrollo es el determinante estructural básico de las desigualdades en salud, por lo mismo que actúa como condicionante de la naturaleza de la estratificación social vigente en la sociedad y, en esa medida, de los factores que influyen y condicionan la posición social (por clases, estratos y grupos sociales) de los individuos de la sociedad. El modelo de desarrollo es el mecanismo y canal fundamental de la salud de la sociedad y, sobre todo, de la salud de los grupos sociales. Por su parte, la estructura del empleo y el nivel/distribución de los ingresos son los principales aspectos económicos que determinan la posición social de las personas. Son por ello los determinantes estructurales que condicionan e influyen sobre las formas cómo se manifiestan las maneras diferenciadas en que se distribuye la salud y la enfermedad en consonancia con la estratificación social de la sociedad. Actúan, además, como condicionantes de los determinantes intermediarios y los factores de riesgo de los individuos. Entre ellos, no debe olvidarse, se encuentran los propios servicios de salud.

A continuación se hará una breve descripción e interpretación elemental de los conceptos básicos y categorías de análisis del marco conceptual ad hoc cuyo esbozo breve se ha realizado en los párrafos precedentes. Se insistirá en cómo se interrelacionan e influyen mutuamente y, además, se identificará la evidencia empírica que respalde o

justifique su pertinencia en la determinación social de la salud. Finalmente, se aplicarán estos conceptos para el caso de la realidad sanitaria del país. El análisis del marco de determinación general multi-nivel se desarrollará “desde abajo hacia arriba”, es decir, desde los aspectos económicos de los determinantes o causas más específicas e inmediatas de la salud de los individuos y grupos sociales, para ir ascendiendo hasta los aspectos económicos de los determinantes generales de alcance sistémico y estructural que actúan sobre la sociedad en su conjunto.

Como ya es de conocimiento, la evidencia empírica internacional es cada vez abundante y contundente respecto de la importancia de los ingresos y, en particular, la posición social como los dos más importantes aspectos económicos de los determinantes sociales de la salud. Lo mismo puede decirse del empleo y de las condiciones de trabajo que son condiciones subyacentes necesarias para la generación de ingresos y, en esa medida, para el estatus o posición social. En los acápitales siguientes se hará un desarrollo de los conceptos y categorías de análisis involucrados y una revisión de esta evidencia en el plano internacional, para posteriormente hacerlo con la evidencia empírica disponible en el país. Al mismo tiempo, se aclararán los aspectos conceptuales involucrados y sus implicancias para la mejor comprensión de los determinantes sociales de la salud.

a) Aspectos económicos del nivel de determinación singular de la salud del individuo: ingreso personal, familiar y social

Como se señaló a propósito del marco conceptual *ad hoc*, el aspecto económico más inmediato de los determinantes sociales de la salud individual es el ingreso de la persona. El nivel de ingreso es la forma más difundida para medir las condiciones de vida o el bienestar de las personas, los hogares y las familias. Se utiliza para determinar la «línea de pobreza», que es la que separa a los pobres de los no pobres y a los pobres extremos de los que no lo son. Si bien se ha discutido mucho sobre cuál es la unidad de análisis más adecuada para considerar el ingreso, hay un acuerdo creciente respecto de considerar al «hogar» o unidad familiar más que a la persona individual o la familia, pues esta última no siempre coincide con el tamaño del hogar. Se trata, entonces, del ingreso familiar.

El ingreso familiar puede ser monetario y no monetario; puede ser percibido por una o más personas del hogar o unidad familiar o, simplemente, adquiere la forma de una prestación gratuita de servicios sociales otorgada como derecho por la sociedad a la que pertenece. Una persona puede generar sus propios ingresos o depender de los ingresos generados por el hogar o la familia a la cual pertenece. La familia incluye, en el sentido amplio del término, lo que se llama «familia extendida» y no sólo la «familia nuclear». Como se sabe, en las zonas rurales la familia extendida todavía continúa vigente como unidad económica básica. Para el Perú, se considera que la unidad familiar «típica» está formada por cinco miembros, dos adultos y tres niños. Como puede observarse en el cuadro 4 de la página siguiente, hay una variada tipología de los hogares y el concepto de familia se ha venido modificando de manera acelerada en las últimas décadas.

Por lo general, cuando no son propietarias de medios de producción, los ingresos monetarios de los hogares se derivan de la inserción de parte de sus integrantes en el mercado de trabajo a través del empleo y pueden recibirse en forma de sueldos o salarios, según el tipo de empleo y la posición que ocupe la fuerza de trabajo en el proceso productivo. También los ingresos monetarios se obtienen como rentabilidad económica producto de la propiedad de activos financieros y no financieros, en la forma

de rentas, intereses y beneficios. Muchas hogares o unidades familiares pueden combinar y sumar los ingresos monetarios por ambas fuentes, sean éstas producto del trabajo o de la rentabilidad de activos. Además, se encuentran los ingresos no monetarios bajo la forma de prestaciones como acceso gratuito a los servicios de salud, educación básica, pensiones, alimentos, etc., según sea el caso así como el contenido y alcance de las políticas sociales en un momento dado. A estos ingresos algunos lo denominan «salario social»

Cabe adelantar, como se analizará más adelante, que el tipo de trabajo que se asocia a la posición de la fuerza de trabajo en el proceso productivo es la que determina, junto con la capacidad disposición efectiva de recursos de poder material, intelectual o simbólico, lo que se denomina como posición social de las personas. No debe entonces confundirse el ingreso con la posición social, aunque la mayor de las veces tiene una relación directa. Los ingresos condicionan una posición social y la posición social ayuda o reproduce las posibilidades de obtención de ingresos. En las economías de mercado, huelga repetirlo, la generación de ingresos depende mucho de la existencia de oportunidades de empleo, es decir, de las posibilidades de contar con un trabajo remunerado. En términos más generales, la estructura económica y el estilo de desarrollo determinan la oferta de empleo de una economía.

CUADRO 4
Tipología de los hogares según la CEPAL

| Clasificación propuesta por la CEPAL sobre la organización interna de hogares | |
|---|--|
| Hogar nuclear | : Constituido por una pareja con o sin hijos, o sólo jefe con hijos. |
| Hogar extendido | : Formado por un hogar nuclear al que se le agrega otro pariente. |
| Hogar compuesto | : Constituido por un hogar nuclear o extendido al que se le agregan otras personas que no están ligadas por lazos de parentesco alguno (excluyendo a trabajadores del servicio doméstico). |
| Hogares sin núcleo | : Conformado por una persona jefe de hogar sin cónyuge ni hijos pero que vive con otras personas con las que puede o no tener otras relaciones de parentesco. |
| Hogar unipersonal | : Formado por una persona sola, sin grupo de convivencia alguno. |

Formulado en base a: *Panorama Social de América Latina, 1997*. Santiago de Chile: CEPAL, 1998.

De otra parte, el empleo tampoco es algo homogéneo ni fácil de conseguir en nuestras sociedades. Para empezar no todos los que están en edad de trabajar pueden conseguir empleo, ni todos los que consiguen empleo pueden obtener los ingresos que necesitan para satisfacer sus necesidades básicas y mantener un nivel de vida que se acepte como decente. En las economías de mercado existe el desempleo y el mismo empleo puede ser precario, temporal y no siempre –más bien cada vez menos– de tiempo completo. Hay, pues, lo que se llama subempleo y el empleo informal. También las condiciones de trabajo varían de acuerdo al tipo de empleo que se tenga y también, pueden o no, satisfacer requisitos mínimos de intensidad, duración y derechos consagrados. Es más, ciertas condiciones de trabajo pueden ser iatrogénicas y causa del deterioro de la salud o la aparición de enfermedades y condiciones patológicas de estrés.

i) Fuentes de generación del ingreso familiar

En una economía de intercambio mercantil, las personas constituidas en hogares o familias satisfacen sus necesidades básicas adquiriendo en el mercado los bienes y servicios que necesitan, los cuales tienen diferentes precios de acuerdo a las leyes de la oferta y de la demanda. A este proceso de adquisición o compra de mercancías –es decir, de bienes y servicios en el mercado– es lo que la economía denomina «consumo». A su vez, la capacidad de consumo de las familias está en directa relación con la disponibilidad de recursos monetarios y con la posesión de activos no monetarios que pueden rápidamente venderse, es decir, convertirse también en dinero.⁵

Para la economía, la riqueza de una familia se mide por el stock de activos que posee y por el flujo monetario que logra obtener por diferentes fuentes de ingresos, en particular su trabajo. Los activos que tienen la capacidad de producir bienes y servicios adicionales para ser vendidos en el mercado se constituyen en medios de producción. Quienes son propietarios de los medios de producción obtienen ganancias o beneficios (intereses, rentas o utilidades, según el tipo de activos que se posea) que forman parte de su flujo de ingresos. No todos los activos son medios de producción. Pero hay activos que tienen el atributo de ser fuente de flujos monetarios en tanto cumplen funciones de capital, es decir, pueden crear un valor adicional al entrar en el circuito económico mercantil. Pueden ser, a su vez, activos físicos o financieros. Estos son los activos de capital.⁶

Por lo general, en una economía de mercado la gran mayoría de las unidades familiares no posee medios de producción ni activos de capital que le proporcionen un flujo de ingresos permanente. Los miembros de la familia sólo tienen como única fuente de ingresos monetarios la venta de su fuerza de trabajo en el mercado a cambio de una remuneración, que se clasifica en sueldos o salarios según sea la naturaleza del trabajo que realiza. Si el trabajo es calificado o con predominio intelectual, el flujo de ingresos que recibe como pago se llama «sueldo» y si el trabajo es no calificado o con predominio manual, recibirá un «salario». Los sueldos y salarios son la fuente principal de ingresos monetarios de las personas, aunque no las únicas como se ha mencionado anteriormente.

En muchos casos, sobre todo cuando se trata de las familias más pobres, los ingresos derivados de las prestaciones provistas por las políticas sociales pueden ser de gran importancia y representar cerca de la mitad del total de los ingresos primarios obtenidos. Así, según datos recientes tabulados por la CEPAL en base a estudios realizados por el BID en nueve países, en América Latina el impacto del gasto social puede representar como promedio simple hasta el 46% del ingreso primario de las familias del quintil más pobre de la población y hasta el 8% del ingreso primario promedio del quintil de mayores ingresos, según se aprecia en el gráfico 8 de la página siguiente. Esto demuestra que las políticas sociales se han venido convirtiendo en cada vez más importantes, sino decisivas, para los hogares más pobres. En el caso del Perú, por

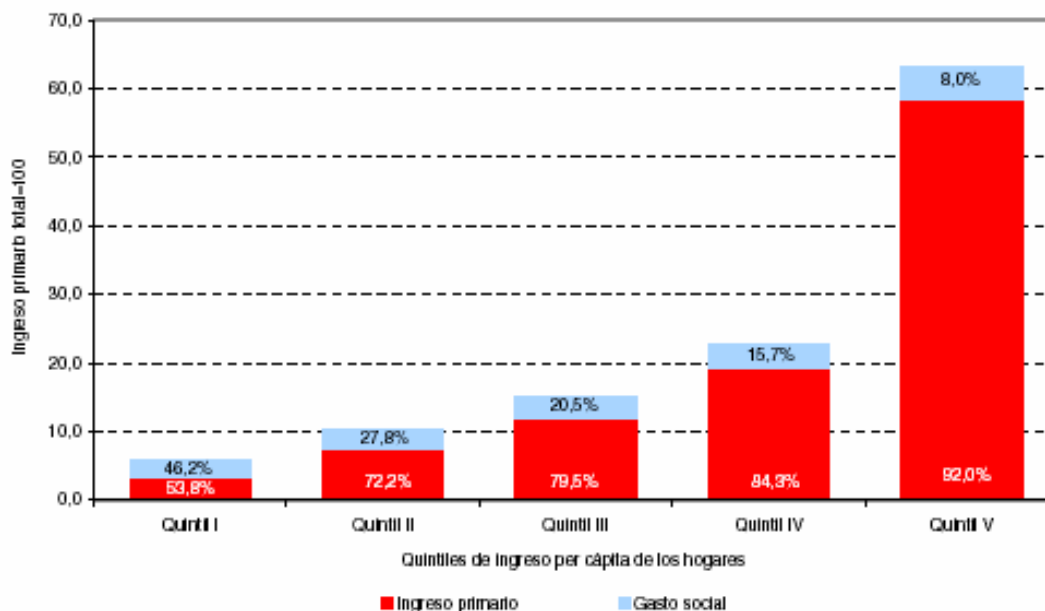
⁵ En el lenguaje técnico de la economía se le llama «liquidez» a esta capacidad de los activos de convertirse en dinero apto para el intercambio y el consumo inmediato. De ahí que puedan distinguirse los activos líquidos de los no líquidos. Por ejemplo, es mucho más «líquido» el activo financiero de una cuenta de ahorros en moneda extranjera que la posibilidad de vender una propiedad inmueble.

⁶ Por ejemplo, las rentas de una propiedad inmueble se derivan de la posesión de un activo físico, mientras que los intereses por la posesión de acciones o depósitos bancarios a plazo fijo se obtienen de la posesión de un activo financiero. La teoría económica moderna llama a estos distintos tipos de activos de capital como capital físico y capital financiero, respectivamente.

ejemplo, el programa del Vaso de Leche cubría en 2004 a poco más del 64% de la población en situación de pobreza no extrema.

GRÁFICO 8

Efecto del Gasto Social en el incremento de los ingresos primarios promedio, según quintiles de ingreso



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de estudios nacionales proporcionados por el Banco Interamericano de Desarrollo.

a/ No incluye gastos en vivienda, agua y alcantarillado.

Así como en una sociedad se presentan diferencias en la calidad y cantidad de medios de producción que poseen los hogares o familias, también existen diferencias en las capacidades físicas e intelectuales de las personas mismas. Estas distintas capacidades personales se reflejan en la calidad de la fuerza de trabajo que pueden poner a disposición del mercado y pueden ser atributos innatos pero, por lo general, son en su mayoría capacidades adquiridas socialmente y acumuladas en el tiempo. La moderna teoría económica las denomina «capital humano» y dependen básicamente de la educación y la salud de las personas. A mayor y mejor capital humano las probabilidades son de sueldos y salarios más elevados.⁷ De otra parte, existe otro tipo de capacidades que también inciden en las oportunidades económicas de las personas y que son más de tipo social, en cuanto a la densidad de relaciones, redes de confianza y calidad de contactos que tengan las personas. A esto, la literatura contemporánea ha venido en denominar de manera equívoca como «capital social».

⁷ En términos rigurosos, el término de «capital humano» puede ser altamente discutible y confuso pues considera como simples activos las capacidades de las personas y además oscurece el hecho que tales capacidades se expresan en la fuerza de trabajo. Como todo estudiante de economía sabe, la fuerza de trabajo es de por sí diferente que el capital como categoría económica. Además, hay una diferencia sustancial entre la calidad de activo del llamado capital humano frente a los otros capitales: su carácter acumulativo e inexpropiable, inescindible de la persona misma. Lo más correcto conceptualmente sería referirse a lo que ahora se llama «capital humano» en términos del desarrollo de las potencialidades humanas que repercuten en una fuerza de trabajo de mayor calidad y rendimiento.

Desde el punto de vista de la teoría económica vigente, en particular de la que proviene de la tradición neoclásica marginalista, el ingreso no es otra cosa que el pago que reciben los factores de la producción por su aporte en el proceso económico (que se mide en términos de su productividad marginal) una vez que los bienes y servicios son vendidos en el mercado competitivo a precios que se encuentran, al menos, por encima de sus costos de producción. En esta lógica argumental, como se ha señalado, el pago de quienes aportan su fuerza de trabajo se expresa en sueldos y salarios (según el tipo o grado de calificación del trabajo realizado), el propietario de la tierra o activos fijos que participan de la producción recibe rentas, el propietario del capital dinero o activos financieros utilizados percibe intereses y, finalmente, el propietario de los medios de producción (maquinaria y equipo) es recompensado con la obtención de beneficios o utilidades.

En síntesis, los ingresos totales se obtienen de la suma expresada en términos monetarios de los sueldos, salarios, rentas, intereses y utilidades generados en el proceso económico. En una economía de mercado, entonces, para obtener ingresos se tiene que ser propietario de algún factor productivo: fuerza de trabajo o los activos financieros o no financieros (capital y tierra) que participan del proceso económico en cualesquiera de sus fases: producción, distribución, intercambio y consumo. Por lo general, estos factores productivos se organizan en unidades económicas denominadas empresas, cuyos activos son de propiedad de alguien. Los organizadores de la producción son llamados empresarios y, por lo general, son también los propietarios de los medios de producción y, por lo tanto, de las empresas mismas. Quienes sólo aportan su fuerza de trabajo, careciendo de la propiedad de la empresa, son los obreros y empleados. Se trata, en este caso, de una típica empresa de tipo capitalista.

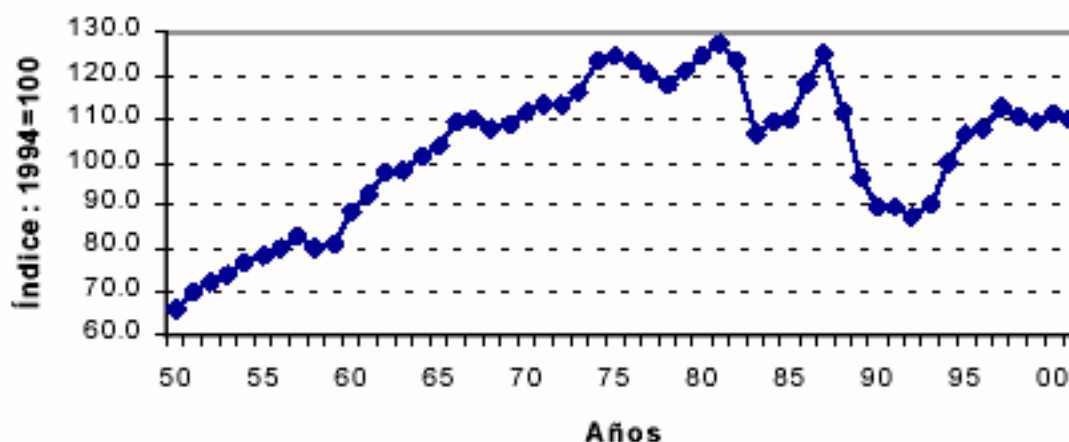
El ámbito de las empresas y del mercado particular de cada producto o conjunto de bienes y servicios se llama microeconómico, ¿Cómo se miden o estiman los ingresos más allá del ámbito microeconómico de las empresas, es decir, en el ámbito macroeconómico? En el nivel más general, el indicador más global y agregado que se utiliza es el Producto Bruto Interno por persona, la más conocida variable macro-económica por excelencia. El PBI per cápita resulta de dividir el PBI anual con la población total de un país o región. Este indicador es indiferenciado y bastante grueso para medir el ingreso bruto de las personas, pero refleja el nivel medio de la capacidad adquisitiva de un país.

Por eso y otras razones hay una conciencia creciente, a contrapelo del sentido común vigente, respecto de sus limitaciones del *PBI per cápita* para expresar el nivel de bienestar de las personas, ni que decir del progreso o desarrollo de un país.⁸ En un nivel también general pero más refinado que el PBI, hay otra variable macro-económica que refleja mejor la capacidad adquisitiva real de las personas y familias de una sociedad en su conjunto: el Ingreso Personal Disponible (YPD). En efecto, el YPD estima el dinero efectivo (deducidos los impuestos directos y otros impuestos) que tienen las personas y familias para destinarlo al gasto de consumo personal y al ahorro.

⁸ En lenguaje elemental, el PBI es la suma agregada de los precios por las cantidades de todos los bienes y servicios producidos en un ámbito geográfico territorial determinado (país o región) en un año, sin descontar la depreciación de los activos de capital (maquinaria, equipo, vivienda, etc.). No incluye el valor de los bienes y servicios no transados en el mercado y que son muy importantes para el bienestar de las familias, en especial de las más pobres: trabajo doméstico no remunerado de la ama de casa, autoconsumo de los campesinos, etc. Como indicador nos dice poco de la vida que lleva la gente y no nos dice nada sobre su distribución, sea por grupos sociales, por familias o personas.

En el Perú, las variables macroeconómicas se consignan en las Cuentas Nacionales y su estimación es ahora responsabilidad del INEI. De acuerdo a los últimos datos disponibles, la peruana se considera una economía subdesarrollada de ingreso medio, con un Producto Interno Bruto (PIB) por habitante que alcanzó a 2,231 dólares en 2004, muy por debajo del promedio latinoamericano que para ese mismo año fue de 3,926 dólares por habitante. El tamaño de su economía es mediano en comparación con sus similares de la región, si bien apenas representa el 3% del PIB de América Latina en su conjunto. Dentro de los países del área andina es, sin embargo, el país mejor colocado después de Venezuela, estando por encima de Bolivia, Ecuador y Colombia.

GRÁFICO 9
Evolución del PBI *per cápita*: 1950 – 2001



Si se analiza una serie histórica de larga data, se tiene que la evolución del *PBI per cápita* ha sido muy desigual en el último medio siglo en nuestro país. El periodo de mayor crecimiento sostenido se ha producido en el periodo de 1950 hasta 1975, es decir, una onda larga expansiva de 25 años. A partir de 1975, la economía peruana entró una onda larga de estancamiento y alta volatilidad económica que ha persistido hasta inicios del siglo XXI. En efecto, en los últimos 25 años la economía ha tenido cuatro crisis: 1976-78, 1982-83, 1988-92 y 1998-2001. Como consecuencia de las mismas. Se aplicaron más de 40 paquetes de medidas de estabilización macroeconómica y ajuste estructural.

No puede dejar de consignarse que durante el periodo 1988 – 1992 el Perú experimentó la que probablemente ha sido la más profunda crisis económica de su historia republicana. Como lo demuestra el gráfico 9, en el punto más bajo de la crisis recesiva el *PBI per cápita* se encontraba en niveles similares al de 1961, es decir, igual que treinta años atrás. Más aún, no obstante la recuperación económica iniciada a partir de 1992, interrumpida en 1997 como efecto de la crisis asiática, el *PBI per cápita* de año 2001 era apenas similar al de 1967. En América Latina, en cambio, lo peor de la crisis se dio en la década del ochenta –denominada, por eso, la década perdida– y ya en 1994 la región en su conjunto recuperaba el *PIB per cápita* de 1980. Si a la región le costó 14 años recuperarse, en el caso peruano ha transcurrido ya un cuarto de siglo y el *PIB per cápita* no logra todavía recuperar el nivel alcanzado en 1980.

La magnitud del deterioro del ingreso *per cápita* y el salario real es ilustrativo respecto de la profundidad de la crisis económica y social que vivió el Perú en el último cuarto de siglo. La consecuencia de cada una de las cuatro crisis ocurridas desde 1975

ha sido la reducción, sin precedentes en la región, del salario real privado. Este ya era en 1979 cerca de la mitad del que prevalecía en 1973, que fue el año donde alcanzó su nivel más alto desde que se tenga registros. Luego, como efecto de la crisis de 1982-83, el *PBI per cápita* se reduce 16.5% y el salario real privado cae 32.8%. Este deterioro de los sueldos y salarios se daba cuando ya se había iniciado la violencia política en el país, extendiéndose el accionar subversivo a nivel nacional.

Después de una importante recuperación de casi 40% en el *PBI per cápita* en los años 1986-87, la economía entra en otra crisis, la más profunda del periodo, a partir de 1988. La producción per cápita vuelve a reducirse drásticamente produciendo el virtual desplome del salario real al punto que éste representaba en 1992 apenas el 22.7% de la capacidad adquisitiva alcanzada en 1973. El caso de las remuneraciones de los trabajadores públicos es particularmente dramático: considerando sólo el periodo 1981 y 1992, la pérdida de poder adquisitivo fue de 90%. A pesar de la importante recuperación que se produce entre 1993 y 1997, el *PBI per cápita* del 2001 era aún 7% menor al de 1992. Pocas veces en la historia económica moderna, en ausencia de una guerra externa o un cataclismo, se ha dado un fenómeno tan sostenido de deterioro en la capacidad adquisitiva de quienes viven de un sueldo y un salario o, simplemente, de su propio trabajo.⁹

Después de un prolongado estancamiento económico de más de cuatro años, complicado por la gran inestabilidad política del año 2000 producida por la fracasada reelección del gobierno de Fujimori, recién desde el último trimestre de 2001 se evidenciaron los síntomas de una reactivación económica sostenida. La economía peruana viene mostrando síntomas de dinamismo de los más importantes de la región. La inversión privada se incrementó el tercer trimestre de ese año luego de ocho trimestres de descenso continuado, la recaudación tributaria se encuentra en alza, los índices de cartera atrasada del sistema bancario vienen disminuyendo de manera sostenida y los grandes establecimientos comerciales reportan un importante aumento de sus ventas.

A juzgar por los resultados macroeconómicos, todo parece indicar que desde 1992 a la fecha se viene asistiendo a un periodo ininterrumpido de expansión económica, sin precedentes por su duración y magnitud. No queda claro, sin embargo, si nos encontramos al inicio de un nuevo ciclo expansivo de larga duración o si se trata solamente de un fenómeno de coyuntura derivado del alza sostenida y a muy altos niveles en los precios de las materias primas, como consecuencia del dinamismo inusitado de la economía mundial. De cualquier manera, las más recientes estimaciones señalan un crecimiento sostenido que lleva más de sesenta meses, con una expansión acumulada de casi 30% del PBI, la inflación más baja que se tenga registro y un verdadero *boom* exportador que ha significado que se tripliquen las exportaciones de la economía del país entre 2001 y 2006.

El impresionante crecimiento económico de los últimos años no se ha reflejado en una mejoría correlativa de la capacidad adquisitiva de las unidades familiares, a juzgar por los resultados de la más reciente Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG). Así,

⁹ Figueroa, Adolfo. **Crisis Distributiva en el Perú**. Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, marzo de 1993. Señala Figueroa: “*Hacia 1991, el ingreso per cápita había caído con respecto a 1981 en 30%. Los salarios reales habían caído, en ese mismo período, en proporciones mucho mayores: privados en 65%, públicos en 92% y el salario mínimo legal en 82%; mientras que el ingreso campesino disminuyó en 72%. Con relación al 1% más rico, que en 1975 obtenía cerca del 33% del ingreso nacional, claramente, la pobreza relativa de los trabajadores ha aumentado.*” (página 116).

entre 2001 y 2004, mientras que la economía aumentó 26% en valores a precios corrientes del Producto Bruto Interno, el gasto promedio mensual de los hogares no pobres disminuyó 1.7% en ese mismo periodo. El gasto de los hogares pobres se incrementó en 11%, menos de la mitad del incremento nominal del PBI. Incluso en Lima Metropolitana, como se aprecia en el cuadro 5, el ingreso promedio mensual de los pobres se redujo en un sol nominal, pasando de 1,117 soles en 2001 a 1,116 en 2004, mientras que las familias no pobres vieron disminuir sus ingresos.

Según resultados de la ENAHO continua del 2004, un hogar peruano tiene como promedio 4,7 miembros y gasta mensualmente en promedio 1 270 nuevos soles (902 nuevos soles gasto monetario y 368 nuevos soles gasto no monetario). Los hogares no pobres tienen menos miembros (4,1 en promedio), sin embargo, su nivel de gasto es casi tres veces más que el gasto de un hogar en situación de pobreza que tiene más miembros (5,5 en promedio). Al analizar los gastos de Lima Metropolitana y el interior del país, se tiene que el gasto promedio mensual en Lima Metropolitana, es de 1 997 nuevos soles donde 1 474 nuevos soles corresponde a gasto monetario y 523 nuevos soles a gasto no monetario; mientras para el interior del país (resto de país) estos gastos alcanzan sólo 981 nuevos soles (675 gasto monetario y 306 gasto no monetario).

En el 2004, según la misma ENAHO, de cada 100 nuevos soles gastados por los hogares, alrededor de 70 se gasta en el mercado (gasto monetario) y 30 nuevos soles corresponden a la valoración monetaria del autoconsumo o autosuministro, donación o regalo (gasto no monetario). En el período analizado, más de la cuarta parte del gasto de los hogares en situación de pobreza es gasto no monetario, mientras el gasto no monetario de los hogares no pobres representa el 29,0% del gasto total.

CUADRO 5
Gasto promedio mensual de los hogares: 2001 – 2004

| Ámbito geográfico | 2001 | | | 2004 | | |
|---|------------|-------|----------|------------|-------|----------|
| | Oct-Dic a/ | | | Ene-Dic b/ | | |
| | Total | Pobre | No pobre | Total | Pobre | No pobre |
| Total país | 1 219 | 639 | 1 717 | 1 270 | 710 | 1 700 |
| Monetario | 922 | 460 | 1 319 | 902 | 471 | 1 233 |
| No monetario | 297 | 179 | 398 | 368 | 239 | 467 |
| Lima Metropolitana 1/ | 2 092 | 1 117 | 2 417 | 1 997 | 1 116 | 2 362 |
| Monetario | 1 627 | 905 | 1 868 | 1 474 | 872 | 1 723 |
| No monetario | 465 | 212 | 549 | 523 | 244 | 639 |
| Resto de país (Excluye Lima Metropolitana) | 868 | 552 | 1 251 | 981 | 615 | 1 336 |
| Monetario | 639 | 379 | 954 | 675 | 377 | 964 |
| No monetario | 229 | 173 | 297 | 306 | 238 | 372 |
| Área de Residencia | | | | | | |
| Urbana (Incluye Lima Metropolitana) | 1 573 | 866 | 1 938 | 1 603 | 914 | 1 932 |
| Monetario | 1 228 | 686 | 1 508 | 1 192 | 694 | 1 430 |
| No monetario | 345 | 180 | 430 | 411 | 220 | 502 |
| Urbana (Excluye Lima Metropolitana) | 1 167 | 748 | 1 461 | 1 296 | 782 | 1 571 |
| Monetario | 916 | 583 | 1 149 | 973 | 578 | 1 184 |
| No monetario | 251 | 165 | 312 | 323 | 204 | 387 |
| Rural | 553 | 430 | 829 | 656 | 520 | 896 |
| Monetario | 347 | 252 | 561 | 367 | 263 | 551 |
| No monetario | 206 | 178 | 268 | 289 | 257 | 345 |

1/ Incluye Provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

Fuente: INEI.- a/ Encuesta Nacional de Hogares-IV trimestre, 2001.

b/ Encuesta Nacional de Hogares -Anual, 2004.

b) Distribución del ingreso, índices de concentración y niveles de pobreza

El drástico deterioro del poder adquisitivo que ha ocurrido en la economía desde el periodo 1973 – 1975 y que no ha logrado ser revertido a pesar de la recuperación económica sin precedentes que viene sucediendo desde 2001, no se ha distribuido de manera similar en todos los estratos y grupos sociales de la sociedad peruana. Claramente los más afectados han sido los que viven de un sueldo y un salario o los que, viviendo de su auto-empleo o las escasas ganancias de capital, son propietarios de empresas vinculadas al mercado interno, en particular las micro y pequeñas empresas.

La composición del universo empresarial también sufrió importantes modificaciones, ensanchándose el número y precariedad de la micro y pequeñas empresas, reduciéndose en términos relativos la mediana empresa y produciéndose un proceso acelerado de concentración en las grandes empresas, la mayoría de ellas de capital extranjero después del masivo proceso de privatizaciones de la segunda mitad de los noventa. El Estado disminuyó drásticamente su papel de la economía, vendiendo prácticamente la totalidad de las empresas públicas constituidas en el período 1968 - 1975. No debe olvidarse que, durante esos años: “*La participación del Estado en el PBI pasó de 11% en 1968 a 26% en 1975..., la participación del capital extranjero bajó de 21% a 8% y la del capital nacional de 30% a 22%*”.¹⁰

El balance de la época lo expresa con claridad Adolfo Figueroa, en 1993, de la siguiente manera:

En suma, el grado de equidad que existía en el Perú a mediados de la década del 70 se ha deteriorado durante el período de la crisis económica. Se ha agudizado tanto la desigualdad como la pobreza absoluta. La distancia económica entre la clase propietaria y los trabajadores se ha ampliado. En este sentido se ha agudizado la dualidad económica y social.

*Por otro lado, la drástica caída de los salarios reales ha significado que la clase trabajadora, en su conjunto, tanto asalariada como auto-empleada, rural como urbana, se haya hecho más homogénea en términos económicos. En este sentido la pobreza absoluta se ha hecho mucho más masiva en el Perú. Se podría decir que la pirámide de ingresos de 1991, comparada a la de 1973, es una pirámide más alargada en la cúspide y más achatada en la base.*¹¹

En realidad, el deterioro sólo se ha manifestado en las remuneraciones de los trabajadores (sueldos y salarios) más no en los ingresos o ganancias de capital (rentas, intereses y utilidades). Si se examinan los datos proporcionados por el INEI respecto del PBI por tipo de ingreso, se tiene que la proporción que representan las remuneraciones ha disminuido de 30% en 1991 a sólo 22,9% del PBI en el año 2005. El deterioro de las remuneraciones, equivalente a poco más de 7 puntos porcentuales del PBI significa, para 2005, un traslado equivalente a 6,360 millones de dólares que dejan de percibir los trabajadores y que ahora lo perciben como monto adicional los propietarios de los activos de capital. Esa cifra es apenas una pequeña parte del cuadro completo, pues si el análisis se hace a más largo plazo se tiene una idea más completa de la magnitud del deterioro y la pérdida de importancia de las remuneraciones: en 1968 los sueldos y

¹⁰ Figueroa, *op cit.*, nota a pie de la página 112. El autor recoge los datos de Fitzgerald, 1981.

¹¹ Figueroa, *op cit.*, p. 117.

salarios eran el 49,7% del ingreso nacional de la época, es decir, bastante más del doble de lo que representan en 2003.

Las cifras de las cuentas nacionales y las encuestas de hogares nos sugieren una idea relativamente aproximada de la realidad distributiva del país. Esta expresa una doble situación de deterioro de sueldos y salarios acompañada de una concentración de las ganancias y activos de capital en un número reducido de medianas empresas y unas pocas grandes empresas, ahora en manos del capital extranjero. Pero el extremo más bajo de la escala se encuentra en la informalidad del autoempleo personal y familiar así como en un alto porcentaje de las micro empresas y, aún, en la denominada pequeña empresa. En el medio, cada vez más precaria, reducida y empobrecida, se encuentra la clase media que nunca fue mayoritaria en el país y que se la considera formada por los profesionales y empleados de alto rango. En su mejor momento, en 1975, se estimaba que sólo representaba el 5% de las familias del país.¹²

Es por eso que la polarización y extrema desigualdad en la distribución del ingreso y, como se verá más adelante, la persistencia de altos niveles de pobreza son dos de las expresiones más importantes del carácter excluyente de la economía y la sociedad peruanas, que no han podido ser compensados como corresponden por mecanismos de redistribución del Estado y la Sociedad Civil en el marco del proceso democrático, en particular por la acción de las políticas sociales. Esto, por lo demás, no es una característica exclusiva del Perú sino que es más o menos generalizada al conjunto de la región latinoamericana, con las variantes propias de la estructura social particular y el proceso histórico singular de cada país. Para eso es necesario analizar los índices de desigualdad y concentración del ingreso. Sin embargo, lo que sí es propio del Perú es la magnitud de la verdadera crisis distributiva producida, que ha repercutido de manera negativa sobre la recuperación económica y que, en lo sustancial, no ha podido ser revertida hasta el momento actual.¹³

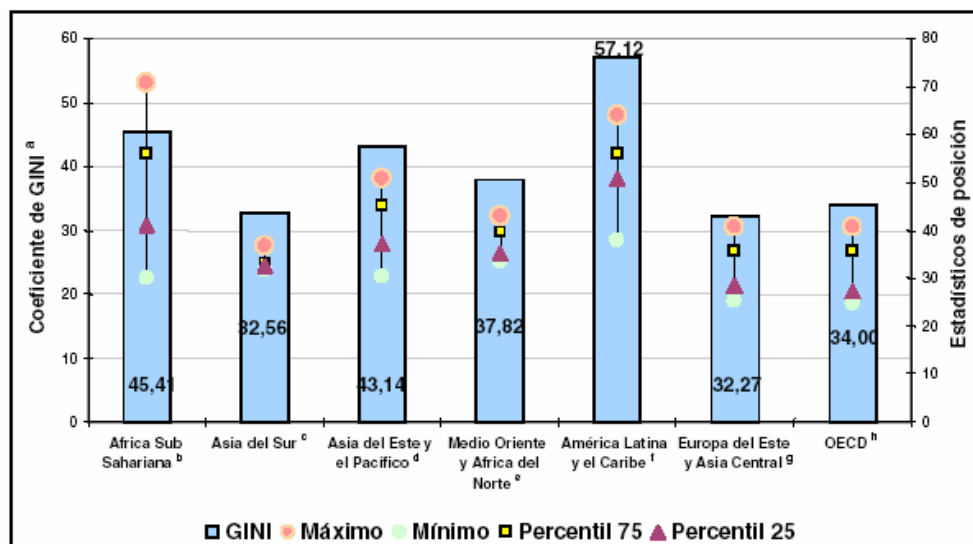
El denominado *coeficiente de Gini* es una de las medidas comparativas más utilizadas para estimar el grado de desigualdad en la distribución del ingreso de una economía frente a otra. Parte de la premisa que si los ingresos se distribuyeran de una manera totalmente igualitaria, cada persona recibiría una misma cantidad de ingresos, de modo que se trata de medir qué tanto se distancia la distribución efectiva de ese patrón de referencia hipotético. De esta forma, si la distribución es perfectamente igualitaria el *coeficiente de Gini* es igual a cero, mientras que si una sola persona se apropia de la totalidad del ingreso entonces el *Gini* es igual a 1. Aplicado el coeficiente

¹² Según Figueroa, en el mismo trabajo citado: “La mayoría de la clase media debe ubicarse, en este nuevo contexto muy polarizado, más cerca de la clase trabajadora que a la alta. Esto por la caída en los salarios reales. Por otro lado, está la coca. La distribución de los ingresos que produce la actividad del narcotráfico no es conocida. Pero, ciertamente, con esta actividad han surgido nuevos ricos. La clase alta peruana muestra así un nuevo paisaje social.” (pp. 118 – 119, pie de página 6).

¹³ El concepto de “crisis distributivo” es de gran riqueza analizado y ha sido desarrollado ampliamente por Adolfo Figueroa. Según él: “La teoría del equilibrio distributivo propuesta aquí establece que el empobrecimiento continuo, absoluto y relativo, de las masas lleva, finalmente, a una crisis en el funcionamiento de la sociedad. Esta crisis distributiva genera un nuevo contexto de inestabilidad social. La violencia social se expande. Como respuesta a ese nuevo contexto, los inversionistas modifican su comportamiento y la inversión se reduce. La crisis distributiva lleva al sistema a una situación donde la inversión disminuye y la pobreza aumenta.” (pp. 163 – 164).

a los distintos países del mundo se tiene que el *Gini* fluctúa entre 0,25 para el más igualitaria y 0,60 para el de distribución más desigual.¹⁴

GRÁFICO 10
América Latina es la región más desigual del mundo



Fuente: Banco Mundial, *World Development Indicators* y CEPAL.

^a Promedio regional ponderado por la participación de la población de los países en sus respectivos totales regionales. Para cada país se utilizó el coeficiente de Gini más reciente dentro del periodo 1985-2004, ^b 30 países, ^c 5 países, ^d 12 países, ^e 8 países, ^f 20 países, ^g 27 países, ^h 22 países.

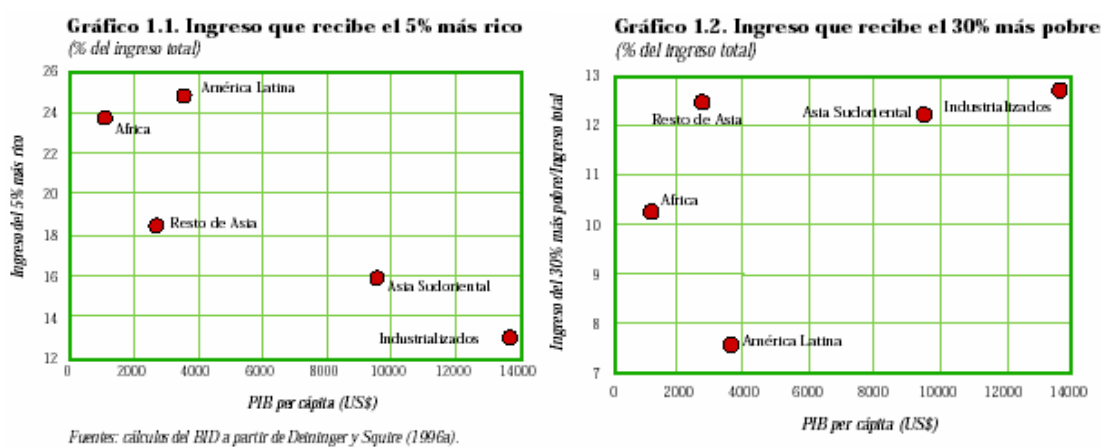
El gráfico 10, como su título lo indica, muestra que América Latina es la región más desigual del mundo. En efecto, la desigualdad en nuestra región es mayor inclusive que la de África Subsahariana y casi el doble que la región de Asia del Sur, Europa del Este – Asia Central y Europa Occidental. Según cálculos del BID, en nuestra región el índice más bajo lo tiene Uruguay con un promedio de 0,43 y el más alto Brasil con un máximo de 0,59. La desigualdad se incrementó ligeramente desde inicios de los ochenta hasta 1995, manteniéndose relativamente constante hasta la crisis de 1997, aunque no ha disminuido de manera significativa en la recuperación económico que viene sucediendo en la región desde 2002.

Los datos comparados también demuestran que la región tiene la mayor polarización de ingresos: el 5% más rico recibe cerca del 25% del ingreso total, mientras que el 30% más pobre apenas recibe el 7,5% del total de ingresos. Como se observa en el gráfico 11 de la página siguiente, esta polarización contrasta con lo que sucede en los países industrializados, donde el 5% más rico de la población recibe el 13% del ingreso total y el 30% más pobre el 12,7% del mismo. Los países del grupo de los “tigres asiáticos” y los otrora países socialistas de Europa del Este son los que tienen los menores índices de desigualdad en la distribución del ingreso.

¹⁴ Si se grafica la relación que muestra qué porcentaje del ingreso total es recibido por cada porcentaje de la población y se la ordena de acuerdo a su nivel de ingreso, se tiene la llamada *Curva de Lorenz*, donde mientras más cóncava sea ésta más desigual está distribuido el ingreso, por lo que una diagonal representa una situación de perfecta igualdad distributiva. Por cierto, la *Curva de Lorenz* y el *Coeficiente de Gini* están directamente correlacionados. De otra parte, también se usa como medida de concentración del ingreso el *Índice de Thail* o la varianza logarítmica de los ingresos. De cualquier modo, todas estas medidas de concentración agregan de diferentes maneras a los individuos para los cual asignan pesos diferentes a las observaciones según nivel de ingreso. Por eso mismo, resultan de utilidad para lograr una medida sintética de distribución del bienestar social.

GRÁFICO 11

Percepción del ingreso del 5% más rico y el 30% más pobre en las principales regiones del mundo



El Perú, por su parte, ha sido uno de los países con la distribución más desigual del ingreso dentro de un continente que tiene los índices de desigualdad más altos del mundo, aunque para las décadas del ochenta y mediados de los noventa los datos muestran una situación contradictoria y hay una controversia al respecto. Como efecto de la crisis de 1998, el coeficiente de Gini volvió a incrementarse llegando a su punto más alto en 2002 en el que alcanzó a 0,54. Aparentemente, a partir de ese año, el Gini ha disminuido muy lenta e imperceptiblemente.¹⁵ Esta característica estructural de la realidad del desarrollo nacional se expresa en el hecho que el *coeficiente de Gini* para el Perú, durante el periodo 1950-1990, se ha mantenido en alrededor de 0,60 casi 20% por encima del promedio para América Latina (0,50) y bastante más desigual que el promedio del *coeficiente de Gini* para los países desarrollados que es de sólo 0,33; es decir, cerca del doble.¹⁶

Otros estudios basados en una consistente evidencia empírica señalan, sin embargo, que el *coeficiente de Gini* habría disminuido ligeramente en el periodo posterior al inicio de las reformas estructurales en 1991, supuestamente continuando una tendencia que se habría observado desde 1971. Van bastante más lejos al concluir que “...no se encuentra evidencia de un incremento en la participación del capital en el ingreso total.”¹⁷ Esto último si estaría desmentido por la reciente estimación del INEI respecto del PBI por tipo de ingreso, cuyos resultados se señalaron párrafos atrás, que concluye lo contrario. En general, las estimaciones del *Gini* para el Perú han diferido y fluctuado entre 0,62 de la CEPAL y 0,58 de Webb para fines de la década del setenta y 0,43 calculado por Cuánto en 1996. Todo lo anterior se sostiene a pesar de que hay un pleno

¹⁵ Gamero, Julio. “La desigualdad en el Perú: una mirada desde la economía (y desde el trabajo)” En Toche, Eduardo; compilador. **Perú Hoy. La desigualdad en el Perú: situación y perspectivas**. DESCO. Lima, 2005.

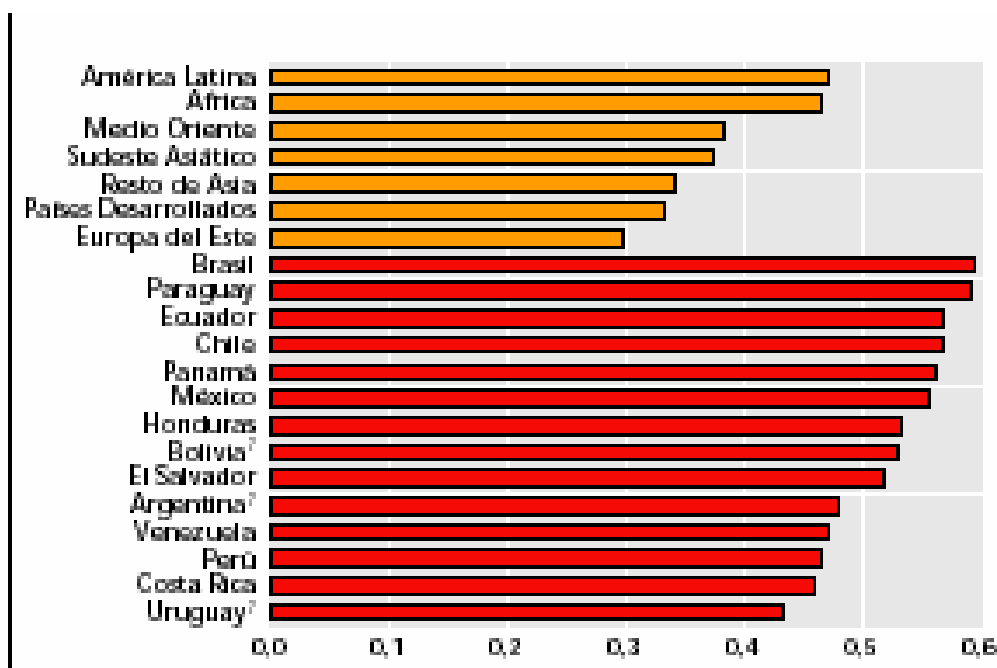
¹⁶ Esta información se encuentra consignada por el PNUD en su **Informe sobre Desarrollo Humano de 2002** titulado *Aprovechando las Potencialidades*, página 16. El dato es tomado del trabajo del economista Adolfo Figueroa, titulado *Reformas en Sociedades Desiguales: la Experiencia Peruana* (Lima, PUC, 2001).

¹⁷ Saavedra Chanduví, Jaime y Díaz, Juan José. **Desigualdad del ingreso y del gasto en el Perú antes y después de las reformas estructurales**. Serie: Reformas Económicas 34, GRADE. Lima, 1999. Ver el Resumen, página 5 y el capítulo X, Balance y Conclusiones (pp. 67 – 69).

consenso de los tremendos efectos de la crisis de 1988 – 1992 en el deterioro de los sueldos y salarios y, en general, los ingresos del trabajo. De cualquier manera, para la década del noventa el Perú tenía un coeficiente de Gini casi similar al promedio de América Latina y, en términos de países, tenía una desigualdad apenas superior a Costa Rica y Uruguay, como lo muestra la gráfica 12 siguiente.

GRÁFICO 11

Concentración del ingreso en los noventa para los principales países de América Latina: *coeficiente de Gini*



⁷ Datos urbanos solamente.

Fuentes: BID, basado en encuestas de hogares, y Deininger y Squire (1996).

¿Cómo explicar tan importantes discrepancias en la estimación de la desigualdad en el Perú en las últimas décadas? Habría que empezar señalando, en primer lugar, que una mayor concentración de la distribución funcional del ingreso a favor de las utilidades – que es lo que efectivamente se constata en la última década y media– no significa necesariamente un aumento en la concentración del ingreso personal o familiar. En segundo lugar, la fuente de información más utilizada para las mediciones del *coeficiente de Gini* –que son las encuestas de hogares– tienen el gran problema que no detectan a los sectores de mayores ingresos y tienden a reflejar más que todo los ingresos medios. De esta manera, el 1% o 2% de los hogares de mayores ingresos (que, como se ha señalado, representan entre el 25% y 30% del ingreso total) dejan en la práctica de ser captados y considerados en el cálculo correspondiente, con lo que se pierde a un segmento pequeño en número pero de gran importancia en la distribución de ingresos. Este sesgo hace, en definitiva, que el *coeficiente de Gini* quede siempre subestimado en países altamente heterogéneos como el Perú.

La interpretación más plausible de los cambios distributivos acaecidos en el país en el período 1975 – 1996 y de la contradicción señalada entre el *coeficiente de Gini* en relativo descenso y el aumento de la proporción de las utilidades empresariales en la

distribución funcional del ingreso, es la proporcionada por el propio Figueroa. Según el destacado economista peruano la pirámide de ingresos es, después de las reformas neoliberales, una pirámide más alargada en la cúspide y más achatada en la base,

Adicionalmente, se va extendiendo la percepción que la concentración del ingreso se ha producido al interior del 2% más rico de las familias, es decir, al interior del decil superior de la distribución de ingresos, estrechándose la base de las “clases medias”. De manera paralela, se habría producido un pequeño incremento de la participación de los deciles noveno y décimo, donde se encuentran los más pobres. Entre los deciles segundo y octavo se habría reducido la desigualdad, pero sobre la base de una drástica caída en los ingresos reales.

En otras palabras, como consecuencia de la crisis y el contenido neoliberal de las reformas estructurales de los noventa, se habría producido una cierta igualación hacia abajo en la distribución del ingreso personal y familiar, descendiendo cerca del 90% de la población a una plataforma de ingresos reales promedio bastante más baja, al mismo tiempo que se afirmaba una hiperconcentración hacia arriba en una cúpula cada vez más reducida, aumentando de manera paralela la desigualdad distributiva en el decil superior.

La sociedad peruana se ha vuelto, en los últimos 25 años, más igualitaria en una situación de menores ingresos reales y muy altos niveles de pobreza, simultáneamente que más “oligárquica” en una cúpula más reducida, menos nacional y con crecientes desigualdades en su interior. Tampoco, en esos años, se reflejó la tendencia hacia una diferenciación entre los ingresos de los profesionales y trabajadores más calificados de los otros, es decir, hacia una mayor heterogeneidad en el empleo.

De manera aparentemente contradictoria también, a pesar de su menor magnitud frente a la crisis anterior, la recesión económica de 1998 – 2001 sí tuvo efectos significativos que incrementaron sustancialmente los índices de concentración y desigualdad en la distribución del ingreso. Según las estimaciones de Julio Gomero, el *coeficiente de Gini* disminuyó de 0,43 en 1991 a 0,41 en 1994, llegando con 0,38 a su nivel más bajo en 1996. Entre esta última fecha y el año 2004, se produjo un aumento impresionante de la desigualdad al subir el Gini a 0,50, es decir, un incremento de 42% en apenas seis años.¹⁸

En efecto, en los períodos de estancamiento aumentan aún más la desigualdad distributiva: entre 1997 y el año 2000, la razón entre el ingreso del quintil superior y el quintil inferior de la población se incrementó de 4,9 a 7,8.¹⁹ No obstante, en términos comparativos con otros países de América Latina, ya no puede sostenerse que Perú presenta las mayores desigualdades, por lo menos en cuanto a las diferencias entre los quintiles superior e inferior. El gráfico 12 muestra que el Perú está por debajo del promedio, por lo menos hasta el año 2000, y bastante distancia de países como Colombia, Brasil y Paraguay, que tienen de lejos una estructura más polarizada.

GRÁFICO 12

¹⁸ Gamero, Julio. **op. cit.**, pp. 122 – 123. Ver los cuadros 1 y 2.

¹⁹ Pascó Font, Alberto y Saavedra, Jaime. **Reformas Estructurales y Bienestar. Una mirada al Perú de los noventa.** Grupo de Análisis para el Desarrollo – GRADE y CEPAL. Lima, 2001.

las clases medias tiene repercusiones negativas sobre la gobernabilidad y las bases de sustentación de la democracia.

c) Relaciones entre nivel de ingreso y el nivel de vida: el problema de la pobreza

Habida cuenta de las consideraciones anteriores y sintetizando lo avanzado hasta el momento, se tiene que la totalidad de los ingresos monetarios que reciben las personas integrantes de una unidad familiar, por todas las fuentes analizadas (sueldos y salarios si son trabajadores; beneficios, rentas e intereses si poseen medios de producción o activos de capital; «salario social» en forma de prestaciones de las políticas sociales), constituyen lo que en el lenguaje económico se llama «nivel de ingreso». Para muchos, este es la principal medida del bienestar individual y colectivo que logran los miembros de una familia en un momento dado. Por lo general, el nivel de ingreso familiar condiciona el nivel de vida de los hogares o unidades familiares, en la medida en que permite el consumo que permite la satisfacción de las necesidades básicas humanas.

La medición del nivel de ingreso es, por lo tanto, uno de los mejores indicadores de la capacidad adquisitiva y un determinante fundamental de la condición socio-económica o nivel de vida de las familias y de las personas que las conforman. Sin embargo, esta constatación solo aplica de manera plena para las unidades familiares que viven en las zonas urbanas y para las que, en las zonas rurales, están totalmente integradas al mercado. En las zonas rurales más alejadas y atrasadas, con relaciones mercantiles esporádicas o incompletas y donde prima la economía de subsistencia, el nivel de ingreso no mide plenamente la condición socio-económica. En esas circunstancias, las familias dependen para su subsistencia de su capacidad de auto-consumo más que de sus ingresos monetarios.

Debe quedar claramente establecido que, con mayor razón que en otras realidades, en las sociedades con economías de mercado no totalmente desarrolladas como la nuestra y con escasos niveles de «salario social», el análisis del nivel de vida debe incorporar otras variables más allá del flujo de ingresos monetarios de las personas o las familias. Por eso se consideran, además del ingreso, el nivel de satisfacción de las necesidades básicas (agua, saneamiento básico, calidad de la vivienda, acceso a luz eléctrica, etc.) y los niveles de gasto o consumo efectivo de las familias. Son precisamente estas tres variables las que más se utilizan para calcular los niveles de pobreza de un país.

En suma, la capacidad adquisitiva real de las personas o familias depende en gran medida del ingreso familiar y, en particular, cuando éste se convierte en gasto de consumo, para lo cual se calcula el costo de una canasta de bienes y servicios considerados básicos.²⁰ Aparte de los problemas derivados del cálculo de las canastas básicas, el ingreso como indicador tiene la limitación de no precisar de qué tipo son las necesidades de la población pobre y, además, porque sus estimaciones parten de una serie de supuestos que cancelan las diferencias existentes entre los hogares de un mismo

²⁰ La «línea de pobreza» se fija de acuerdo a una **Canasta Básica de Consumo** que incluye alimentos y otros bienes y servicios en los cuales las familias gastan sus ingresos. Aquellos cuyo ingreso no permite cubrir la CBC son considerados pobres. De otra parte, se define el costo de una **Canasta Básica de Alimentos** (CBA) que cubre requerimientos mínimos nutricionales (establecidos en calorías y gramos de proteínas) para los individuos. Los que no puedan cubrir esa CBA con sus ingresos, son considerados pobres extremos. Esta «línea de pobreza extrema» es muy discutida, pues no existe el caso que una persona dedique el íntegro de su ingreso en alimentos. Se estima, a nivel internacional, que aún los más pobres dedican 30% de todo su ingreso a gastos no alimenticios.

estrato o un único dominio. Hay acuerdo, sin embargo, que este método de medición es útil para realizar evaluaciones globales de la situación de pobreza así como para efectuar comparaciones en el tiempo y entre países.²¹

Las variables macroeconómicas básicas PBI y el Ingreso Nacional se derivan de los agregados nacionales de las Cuentas Nacionales. Como se ha explicado, de estos agregados se pueden obtener datos por persona y también se pueden establecer algunas correlaciones generales con el estado de salud, como se verá más adelante. Sin embargo, no reflejan bien la condición socio-económica de los hogares como unidades económicas básicas porque sólo se refieren a las personas que participan del mercado y se reducen a su flujo de ingresos y no al stock de activos que poseen. Por eso, las estimaciones de «línea de pobreza» se realizan en base a las otrora Encuestas Nacionales sobre Medición de Niveles de Vida (ENNIV) ahora denominadas Encuestas Nacionales de Hogares (ENAHOG).²²

Un análisis más completo del bienestar de los hogares debe incorporar más elementos que sólo el flujo de ingresos y la estimación de algunos activos, pues estos indicadores no reflejan necesariamente la totalidad de las condiciones de vida reales de las personas que forman un hogar. Estas condiciones objetivas dependen, además, del nivel de satisfacción de lo que se identifican como «necesidades básicas», es decir, aquellas sin las cuales no es posible la vida humana digna. Esa es base del método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), a partir del cual se han construido la mayor parte de los «mapas de pobreza», donde se definen como pobres a todos aquellos que tienen al menos una necesidad básica insatisfecha.²³

Para muchos especialistas, el método de las NBI es mucho más útil para orientar políticas sectoriales pues se identifica con mayor claridad las carencias y debilidades en las condiciones de vida de la población que en el método de las «líneas de pobreza» basado en el nivel de ingreso. No faltan, por supuesto, temas de discusión no resueltos plenamente, como son la amplitud del listado de necesidades, la ponderación del eventual peso relativo de cada una, cómo se mide la satisfacción de una necesidad como la educación, para mencionar algunos. Además, con relación a los activos de los hogares queda pendiente la pregunta si la no posesión de algunos es la expresión de una necesidad insatisfecha.

Finalmente, todos estos indicadores y métodos de estimación de las condiciones de vida no pueden eludir el problema de la «falacia de la agregación» que es, por lo demás, consustancial a toda medición de carácter global y general. En base a ello es que hay quienes plantean definir «canastas básicas» regionales y hasta locales, lo mismo que identificar NBI diferenciados para cada región natural y para cada tipo de familia rural y urbana. Para algunas localidades rurales, por ejemplo, las variables como el porcentaje de la producción que se destina al autoconsumo o el acceso del hogar a una vía de comunicación serían de decisiva utilidad.

²¹ Complementando lo anterior, pero con mayor sofisticación, están los indicadores FGT (Foster, Greer, Thorbeck), que permiten evaluar la «brecha de pobreza» (qué tan lejos están los pobres de la línea de pobreza) y la «severidad» (qué tan concentrada es la pobreza entre los más pobres).

²² Estas encuestas en el Perú tampoco están exentas de problemas, en tanto presentan algunas limitaciones para efectuar comparaciones dado que su diseño y algunos de los supuestos han ido sufriendo modificaciones sucesivas a lo largo de sus años de aplicación.

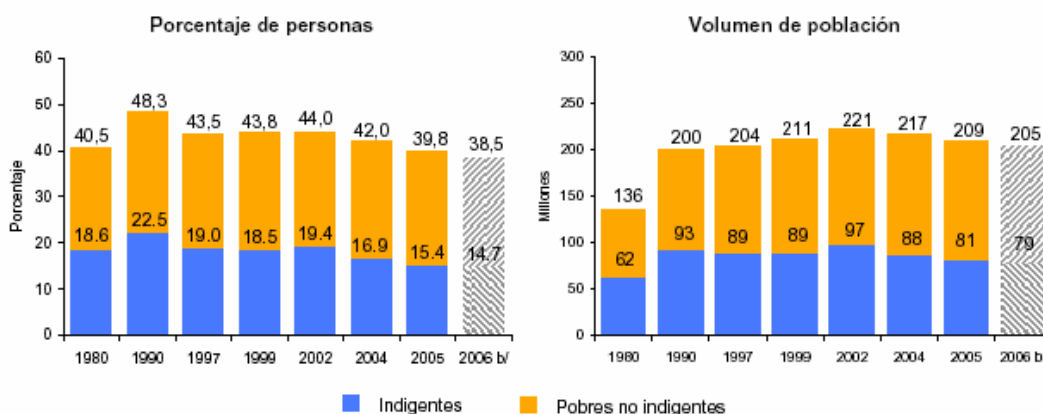
²³ En el caso peruano, el INEI utiliza cinco indicadores de NBI: hacinamiento (más de tres personas por habitación), acceso a desagüe, características inadecuadas de la vivienda, inasistencia escolar y dependencia económica (cuando el ratio entre dependiente y ocupados es mayor de tres).

Para la mejor comprensión de las condiciones de vida de los hogares en un momento dado, resulta conveniente distinguir los aspectos económicos permanentes de los esporádicos, o sea, los factores estructurales de los coyunturales que dependen de las fluctuaciones cíclicas de la economía. El método de la NBI da una aproximación de la «pobreza estructural», mientras que el método de ingresos refleja la situación en un momento en el tiempo de lo que algunos denominan como «pobreza coyuntural». Combinando las posibilidades que permiten ambos métodos se ha desarrollado un enfoque integrado que permite distinguir diferentes situaciones posibles.²⁴

En un estudio realizado por el BID para analizar las tendencias sobre la pobreza y la desigualdad durante las década del noventa, que tomó como base 76 encuestas de hogares de 17 países de América Latina, se demostró que la pobreza ha disminuido muy poco no obstante la evidente recuperación del crecimiento económico y que, además, no hay ningún país donde la tendencia hacia el aumento de la desigualdad se haya reducido de manera significativa durante la década, a pesar que América Latina es considerada la región más desigual del mundo. El hallazgo más importante es que la pobreza sólo se logró reducir en 11 de los 17 países y en porcentajes muy pequeños, a pesar de la importante recuperación económica de los noventa y aún considerando el retroceso ocurrido en los ochenta, denominada como la «década perdida».

GRÁFICO 13

Evolución de la pobreza y la indigencia en A.L.: 1980 – 2006 a/



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ Estimación correspondiente a 18 países de la región más Haití. Las cifras sobre las secciones color naranja de las barras representan el porcentaje y el número total de personas pobres (indigentes más pobres no indigentes).

b/ Proyecciones.

A partir de 2002, coincidiendo con la importante recuperación económica regional, la pobreza en América Latina empezó a reducirse a un ritmo de casi dos puntos porcentuales por año, de modo que recién en el año 2005 logró recuperar el nivel alcanzado en 1980, es decir, hace 25 años. Claro está que, dado el incremento poblacional durante esos años, la cantidad de pobres en la región es superior en 63 millones de personas a las que existían en 1980. En todo caso, puede decirse que la

²⁴ Entre las posibilidades se tiene cuatro: «pobreza crónica» (pobreza extrema por ingresos y por NBI), «pobreza reciente» (por ingresos, pero sin NBI), «pobreza inercial» (por NBI, pero no por ingresos) y «población integrada» (ingresos y NBI adecuados).

composición de la pobreza se ha modificado al ser ésta básicamente urbano y ya no rural y al reducirse casi 20% el porcentaje de pobres extremos o indigentes, si bien en términos absolutos son 17 millones de personas más que en 1980. Debe aclararse, en todo caso, que la mayor parte de estos logros se deben a las impresionantes reducciones obtenidas por la Argentina (de 45,4% a 26,0%) y Venezuela (de 48,6% a 37,1%). También destacan las reducciones, menores pero sostenidas en el tiempo, de Chile, Ecuador y Colombia. En los demás países, los niveles de pobreza en el periodo 2003/2005 son iguales o, inclusive, superiores al periodo 1998/1999. Como se verá, el Perú se encuentra en este último caso.

En el Perú, la medición por parte del INEI de las condiciones de vida y, en particular, de la pobreza se hace mediante la utilización de tres aproximaciones metodológicas: el llamado método de la Línea de Pobreza (LP), el método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y la pobreza por Déficit Calórico (DC). La fuente de información que se utiliza para estos propósitos provienen de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) que se vienen realizando desde hace ya algún tiempo y compilando de manera anual desde 1997. Según lo señala el propio INEI:

*Es necesario aclarar que los resultados de la serie 1997-2000 no son estrictamente comparables con los del 2001-2004, debido principalmente al cambio del marco muestral y a la ampliación de la muestra. Hasta la ENAHO del 2000, el marco muestral utilizado era los resultados del Censo de Población de 1993, mientras que a partir de la ENAHO del 2001 se utiliza un nuevo marco muestral, proveniente del precenso de 1999. Este cambio de referencia permitió incorporar al diseño muestral nuevas áreas de expansión urbana, ampliándose la muestra a alrededor de 20 mil hogares, lo que posibilitó obtener por primera vez resultados de pobreza y de extrema pobreza a nivel de cada uno de los departamentos del país.*²⁵

Las características estructurales de los patrones de acumulación y distribución de ingresos en el país explican en gran parte, junto a la naturaleza liberal ortodoxa de las políticas ajuste estructural aplicadas en la última década, la persistencia de altos niveles de pobreza. Esto no obstante el importante incremento del gasto social y la mejora relativa de los indicadores de Desarrollo Humano que se analiza en otros acápite. En efecto, las estimaciones más recientes del INEI muestran que la incidencia o tasa de pobreza (promedio) en el Perú en 2001 abarcaba al 54.8% del total de la población. Este porcentaje bajó a 51.1% en 2004, pero es aún superior al 48,6% del periodo 1998/1999. Los logros son, más bien, en la reducción de la indigencia que bajó de 22,4% en 1998 a 18,9% en 2004. De cualquier manera, más de la mitad de la población todavía tiene hasta la fecha un nivel de gasto que no le es suficiente para adquirir la canasta básica de consumo.²⁶

Mientras que la tasa de pobreza es de 42% en las ciudades, en las áreas rurales alcanza a 78.4%. Casi 8 de cada 10 habitantes en el campo se encuentra en situación de pobreza. Lo que es lo mismo, el riesgo de ser pobre es prácticamente el doble en las áreas rurales respecto a las áreas urbanas (1.46 y 0.77, respectivamente). La Costa, que concentra poco más de la mitad de la población (51%) tiene una tasa de pobreza alrededor de 30 puntos menos que la Sierra y la Selva. En la Sierra rural, el 83.4% sobrevive en situación de pobreza. Para 2004, la cantidad de pobres en las zonas

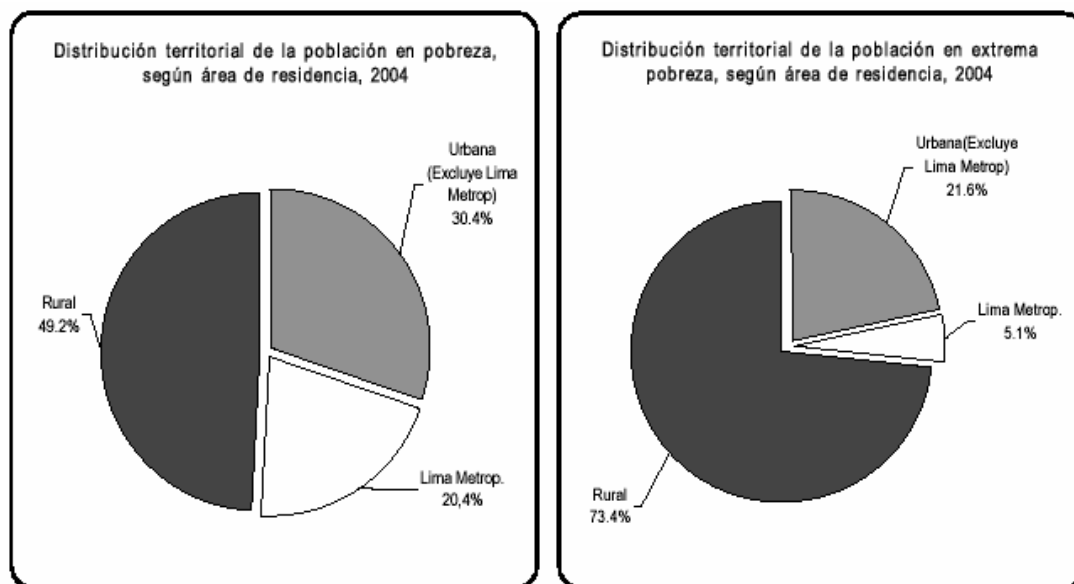
²⁵ INEI. **Condiciones de vida en el Perú: Evolución 1997-2004**. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Lima, mayo 2006. (p.540).

²⁶ Fuente: ENAHO del INEI. Tomado de Herrera, J. **La pobreza en el 2001**, Lima: INEI, 2002.

urbanas era prácticamente igual que en las zonas rurales, como se puede apreciar en el gráfico 14, mientras que uno de cada cinco pobres vivía en Lima. Además, casi tres de cuatro indigentes o pobres extremos habita en las zonas rurales. En cambio, en Lima Metropolitana, viven apenas el 5% de los indigentes del país.

GRÁFICO 14

Distribución territorial de la pobreza e indigencia: Perú, 2004



Las disparidades en la tasa de pobreza extrema entre áreas rurales y urbanas y entre regiones naturales son aun mayores que en el caso de la pobreza total. Mientras que en las áreas urbanas uno de cada diez habitantes puede ser considerado pobre extremo (9.9% de la población urbana), en el área rural poco mas de uno de cada dos habitantes se encuentra en extrema pobreza (51.3% de la población rural). La tasa de pobreza extrema en la Sierra es de 45.6% y en la Selva de 39.7%, mientras que en la Costa es de 5.8%.

Cuadro 6

Niveles (tasas) de pobreza en el Perú, 1985 - 2004

| Año | Pobreza | Indigencia |
|---------|---------|------------|
| 1985 | 41.6 | 14.7 |
| 1991 | 55.3 | 20.9 |
| 1994 | 49.6 | 17.5 |
| 2000 | 54.1 | 14.8 |
| 2004 a/ | 54.1 | 18.9 |

Fuente: ENNIV (Banco Mundial, INEI y Cuánto S.A.). Tomado de Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza, Seguimiento a los Programas Sociales, 2002. a/ ENAHO del INEI.

Cabe señalar que, durante el gobierno de Toledo, el INEI señaló que en la década de 1990 se tendió a subestimar la pobreza y sobretodo la pobreza extrema o a sobrestimar el impacto de los programas de alivio a la pobreza. Según un estudio reciente de la CEPAL, Perú es uno de los países que no podrá cumplir la meta del milenio de reducción de la pobreza. El mismo estudio demuestra fehacientemente que para el efectivo cumplimiento de las mismas no basta el incremento significativo de la tasa de crecimiento económico, sino que los mayores efectos sobre la reducción de la pobreza provienen de decididas acciones redistributivas. El país tiene amplio margen para ello, aunque esa alternativa supone una voluntad política capaz de imponerse a los intereses de los poderes fácticos.

Cuadro 7
Heterogeneidad de la pobreza por tipos y ámbitos geográficos,
2001 y 2004

| Ámbito geográfico | Pobres | | | | | | Población no pobre por LP ni NBI (Integrados socialmente) |
|--|---|--|--|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| | Por NBI o Gasto (Población con algún tipo de pobreza) | Por Gasto (Pobre por Línea de Pobreza) | Por Necesidades Básicas Insatisfechas (Pobres por NBI) | Sólo por Gasto (Pobres coyunturales) | Sólo por NBI (Pobres estructurales) | Por NBI y Gasto (Pobres crónicos) | |
| 2001 a/ | | | | | | | |
| Total país | 63,7 | 54,3 | 41,9 | 21,8 | 9,4 | 32,5 | 36,3 |
| Lima Metropolitana 1/ | 41,1 | 31,8 | 23,9 | 17,3 | 9,4 | 14,5 | 58,9 |
| Resto de país (Excluye Lima Metropolitana) | 72,7 | 63,3 | 49,1 | 23,6 | 9,4 | 39,7 | 27,3 |
| 2004 b/ | | | | | | | |
| Total país | 60,6 | 51,6 | 36,6 | 24,0 | 9,0 | 27,6 | 39,4 |
| Lima Metropolitana 1/ | 40,5 | 36,6 | 14,4 | 26,1 | 3,9 | 10,5 | 59,5 |
| Resto de país (Excluye Lima Metropolitana) | 68,7 | 57,7 | 45,5 | 23,2 | 11,0 | 34,5 | 31,3 |

d) Evolución del desarrollo humano, nivel de ingresos y desigualdades en el nivel de vida

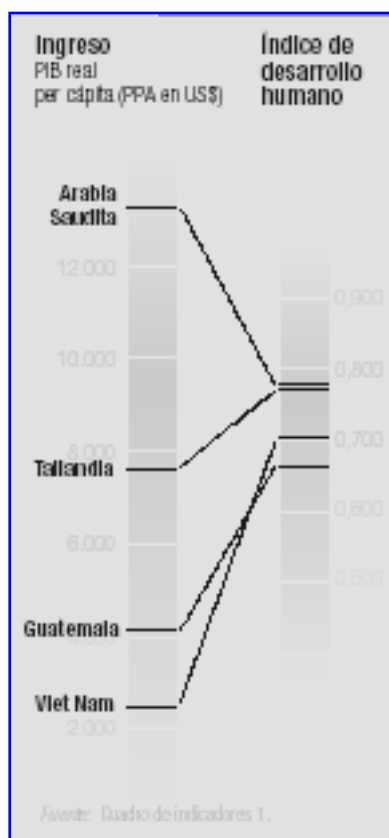
Los distintos métodos de estimación de las condiciones de vida examinados en este trabajo comparten el criterio de incluir indicadores circunscritos a la dimensión económica, tanto de flujo financiero como de stock de activos de capital y de capacidades humanas de tipo productivo. Tienen en común, por lo tanto, una visión unidimensional y económica del problema. Hay, sin embargo, un consenso cada vez más generalizado que las condiciones de vida y de la pobreza son fenómenos bastante más complejos y de múltiples dimensiones que van más allá de los factores exclusivamente económicos y que son difíciles de cuantificar en términos monetarios. Tales son los casos, por ejemplo, de la libertad política y la garantía de los derechos humanos sin los cuales no hay una digna condición de vida.

La aparición anual, a partir de 1990, del Informe de Desarrollo Humano elaborado por el PNUD, sin duda ha modificado y sigue enriqueciendo un amplio debate mundial al respecto. En su formulación inicial, planteó el problema del acceso a las oportunidades como concepto que abarca y supera la disponibilidad de ingresos, la satisfacción de las necesidades básicas y ambos aspectos al mismo tiempo. El cambio conceptual que produjo tuvo el mérito de trasladar el énfasis en las carencias hacia el desarrollo de las capacidades humanas y al uso de estas capacidades, de modo que las personas puedan elegir con libertad sus proyectos de vida. Este es el sentido del concepto del desarrollo como libertad en un contexto de igualdad de oportunidades.

Del concepto de desarrollo humano como fundamento de las condiciones de vida se derivó la necesidad de utilizar otros indicadores más allá del ingreso monetario. Surgió así el índice de desarrollo humano que, en su primera y más simple versión, es un compuesto que refleja la esperanza de vida al nacer, el porcentaje de alfabetos y el ingreso monetario *per cápita*, como manera de reflejar el dominio sobre los recursos para el disfrute de un nivel de vida decente. Con el tiempo este índice se ha ido sofisticando y ampliando. Ahora incluye indicadores de matriculación secundaria y de logro educativo.

Otro aporte sustancial de la aplicación del IDH es la demostración empíricamente verificable que el crecimiento económico es, por sí mismo, condición necesaria pero absolutamente insuficiente para lograr el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, los grupos sociales y la sociedad en su conjunto. También es necesario un mayor gasto social orientado hacia los servicios básicos y a la reducción de brechas de acceso y calidad entre los grupos sociales. Es decir, no basta con la generación de mayores ingresos monetarios pues la forma como éstos se distribuyen en la sociedad es tan determinante como el crecimiento mismo para lograr el desarrollo humano. Por eso hay países que pueden tener un *PIB per cápita* mucho más alto que otros, pero un índice de Desarrollo Humano similar a países con mucho menor *PIB per cápita*, o viceversa. El gráfico 15 abajo muestra como Arabia Saudita casi triplica en *PIB per cápita* a Tailandia pero ambos tienen un índice de Desarrollo Humano similar; por el contrario, Guatemala con un *PIB per cápita* claramente superior a Vietnam tiene un índice de Desarrollo Humano claramente menor.

GRÁFICO 15
Relación entre el PIB *per cápita* y el índice de Desarrollo Humano (PPA en US\$)



Con las discusiones generadas por el concepto de desarrollo humano se puso en el centro de la agenda mundial el crucial tema de la distribución del ingreso entre las familias, los grupos sociales y entre los mismos países. Con lo cual se hicieron más visibles los temas de la desigualdad y la justicia distributiva. Todo ello ocurrió, además, en un contexto y en un momento histórico donde había logrado su mayor difusión y aceptación universal el paradigma del mercado y el modelo neoliberal de desarrollo, para el cual el crecimiento es lo central mientras que la distribución es apenas un aspecto derivado y secundario.

El nuevo mensaje era claro y contundente. Entre varias de las principales conclusiones que se demostraban evidentes con el nuevo enfoque hay cuatro que interesan para los efectos del presente trabajo. Primero, que: *“Es posible lograr niveles bastante respetables de desarrollo humano incluso con niveles de ingreso bastante modestos”*. Segundo, que: *“No existe un vínculo automático entre el crecimiento económico y el progreso humano”*. Tercero, que: *“Los subsidios sociales son absolutamente necesarios para los grupos de menores ingresos”*. Y, como cuarta conclusión relevante, que: *“Los países en desarrollo no son tan pobres como para no poder pagar por el desarrollo humano y atender su crecimiento económico”*.²⁷

El desarrollo humano en el Perú ha mostrado progresos sostenidos desde hace medio siglo no obstante los periodos de crisis económica, inestabilidad política y reducción del *PBI per cápita* vividos desde mediados de los ochenta y durante toda la década pasada. Sin embargo, los avances podrían haber sido mucho mayores así como menores las desigualdades, pues países de economía similar tienen indicadores ostensiblemente mejores a los observados en el Perú. Mientras que en 1975 el Perú ocupaba el lugar 45 entre los países del mundo, en 1999 había descendido al puesto 73.

El IDH del país se ha triplicado con creces entre 1940 y 2000, si bien en el último cuarto de siglo al avance fue de sólo 16.2%. Entre 162 países, el Perú se encuentra en el puesto 73 con un IDH de 0.743 para 1999, ligeramente superior al promedio mundial y casi exactamente igual al IDH promedio de América Latina y El Caribe.²⁸ Como bien lo señala el reciente informe del PNUD: *“La performance peruana en el contexto latinoamericano es modesta, pues se halla ubicado en el tercio inferior. Peor aún, si se tienen en cuenta las poblaciones de los países, se notará que el Perú supera solamente a países relativamente pequeños, que en su conjunto son apenas el 15% de la población latinoamericana y caribeña”*. (p. 41).

Las desigualdades existentes son más fáciles de visualizar al analizar el IDH de cada una de las 194 provincias del país y su agregación en 24 departamentos y una Provincia Constitucional. Se evidencia así la preeminencia de Lima y Callao, el persistente y secular rezago de la Sierra alto andina y la ventaja relativa de los departamentos de la Costa seguidos por los de la Selva. Considerando el IDH nacional como 0.620 y perfilando el análisis a nivel de provincias se tiene una diferencia abismal entre el extremo más desarrollado y el menos desarrollado: la provincia de Lima tiene en IDH

²⁷ PNUD, **Desarrollo Humano, Informe 1990**. Tercer Mundo Editores, Bogotá –Colombia, 1990. (pp.22-25)

²⁸ Es pertinente mencionar que el IDH de 0.743 con el que figura el Perú en la escala internacional es bastante mayor al IDH de 0.620 que se tiene a partir de la ponderación del IDH de las provincias con sus respectivas poblaciones. Esto es así por razones de información al haberse tenido que utilizar indicadores aproximados.

de 0.755, mientras que la de Pachitea en el departamento de Huánuco sólo alcanza a 0.337, es decir, 2.24 veces más.

El análisis comparativo de las diferentes provincias agrupadas según su nivel de IDH y su relación con los polos de desarrollo y corredores económicos que se identifican en el territorio nacional demuestra la muy débil integración económica del país, la alta dependencia de su inserción primario exportadora y el desmesurado papel que juega el área metropolitana de Lima – Callao y el eje costero en la economía nacional. Refleja la situación de una economía desarticulada a manera de un archipiélago de enclaves económicos con dos grandes ejes longitudinales y uno transversal marcados por las vías de comunicación más importantes donde se han asentado los mercados: el eje costero de la Carretera Panamericana y el eje de la Selva por donde transita la Carretera Marginal de la Selva. El principal eje transversal es el que une Lima con Cerro de Pasco, Junín y la zona del Huallaga por medio de la Carretera Central.

Aparte del área metropolitana de Lima y Callao, las provincias con un IDH medio alto son de manera abrumadora costeñas y luego ubicadas en la Ceja de Selva, mientras que las pocas que se encuentran en la Sierra se asocian a los circuitos turísticos como el Cuzco y Huaraz. La emergencia de la zona del Huallaga no se explica al margen del circuito económico vinculado a la producción y comercialización de la hoja de la coca. De otro lado, la condición serrana de las provincias con escaso desarrollo humano es evidente, destacando como emblemática las que se ubican en la zona del Trapecio Andino, es decir, en los departamentos de la sierra sur del Perú. La segunda área de muy bajo desarrollo la constituyen las zonas limítrofes de Ancash y Huánuco, ubicadas al este de la Cordillera Negra. El tercer grupo de provincias de bajo desarrollo humano se encuentran en los departamentos de Cajamarca y Amazonas.

Es posible identificar ocho polos o ejes potenciales de desarrollo en el territorio nacional con sus respectivos polos secundarios y zonas periféricas. Cinco de ellos son costeños: Trujillo, Arequipa, Piura, Ica y Chiclayo; dos son de la Sierra: Huancayo y Cusco; uno se encuentra en la Selva: la provincia de Maynas. Las articulaciones al interior de cada polo son muy débiles y entre cada polo en muchos casos inexistentes. Ningún polo de desarrollo está en la capacidad de generar núcleos económicos que puedan actuar como contrapeso al asfixiante centralismo limeño, que además se reforzó notablemente con las políticas hiper centralistas de la década del noventa. La única posibilidad de revertir estas tendencias es pensando en macroregiones. Esta es una realidad que deberá ser enfrentada integralmente por el proceso de regionalización y descentralización que el país inició a partir de 2003.

3. Aspectos y evidencia empírica de las relaciones con salud

Desde antes que se empezaran a hacer análisis sistemáticos y basados en evidencias estadísticas sobre la relación entre el crecimiento económico –en particular, los niveles de ingreso económico– y los niveles de salud, siempre se supuso que había una estrecha correlación positiva. Es decir, que a mayor nivel de ingreso mejores condiciones de salud. La idea básica era que el ingreso era el principal indicador del bienestar y el nivel de vida de las personas y los grupos sociales, por lo que se deducía que a un mayor de ingreso debía corresponderle un mejor nivel de vida. Como se verá a continuación, esta inferencia tiene sus bemoles y no siempre se la puede asumir a plenitud pues, en muchas situaciones, la correlación no se cumple de manera lineal y automática.

Como se ha analizado, la asociación directa entre ingresos monetarios y nivel de vida no es necesariamente automático, sobre todo en sociedades donde la mayoría de los bienes y servicios básicos no se compran y venden en el mercado. En el caso de las sociedades de mayor atraso basadas en economías de subsistencia, no todas las necesidades básicas se satisfacen en el mercado, si bien muchas de estas necesidades no se pueden satisfacer al margen de la división social del trabajo, es decir, requieren de economías que logran generar excedentes más allá de la subsistencia y reproducción simple de las condiciones de producción y de la fuerza de trabajo. En el caso de sociedades más desarrolladas, los sistemas sociales de distribución asignan gran parte de los bienes y servicios que satisfacen las necesidades básicas que constituyen el “piso mínimo” de un nivel de vida digno o “decente”. De esta manera, las personas reciben lo que podría llamarse como “salario social”, además del salario o sueldo nominal que es personal y vinculado al tipo, intensidad, duración y calidad del trabajo realizado.

El primer estudio sistemático sobre el tema en cuestión fue realizado por Samuel Preston en 1975 para un amplio grupo de países y demuestra una fuerte correlación entre el nivel de ingresos y varios indicadores de salud. Los resultados del mismo no hicieron sino confirmar la extendida idea que las condiciones de salud y las enfermedades de los países pobres son, en efecto, causadas por la pobreza y los bajos niveles de ingreso y calidad de vida. El estudio de Preston se sintetiza en un gráfico que muestra la correlación entre la expectativa de vida al nacer y el ingreso *per cápita* de un amplio grupo de países, como una curva creciente y de forma cóncava, donde la relación es positiva a lo largo del tiempo, aunque a tasas diferentes y en periodos diferentes.

Una aplicación de la Curva de Preston para el año 2000, desarrollada por Angus Deaton, se muestra en el gráfico siguiente, donde cada país es representado por un círculo con un diámetro proporcional a su población y la línea muestra una estimación de la longevidad promedio para cada nivel de ingreso per capita.

GRÁFICO 15
Relación entre el PIB *per cápita* y salud: la Curva de Preston

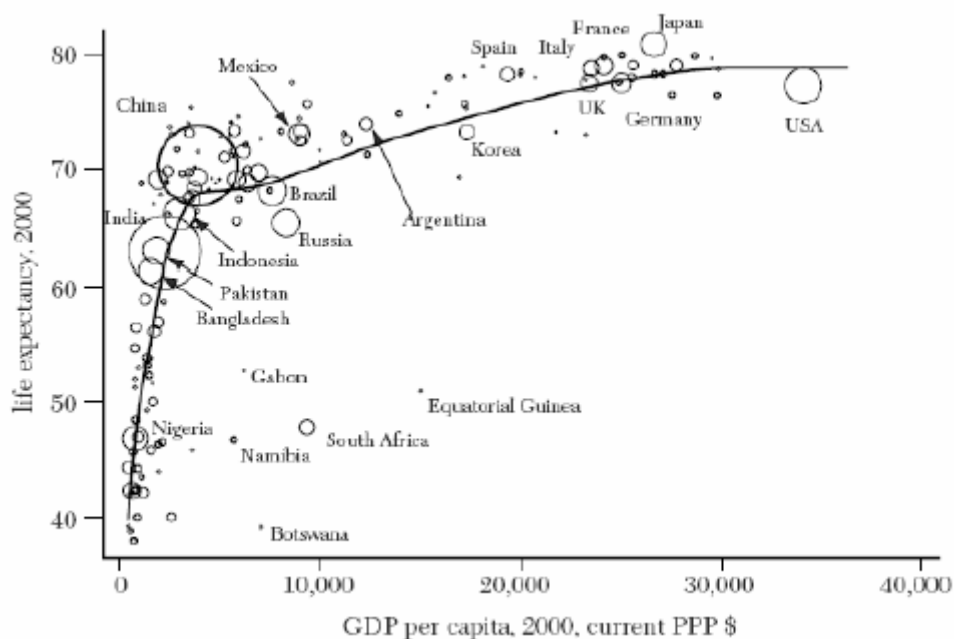
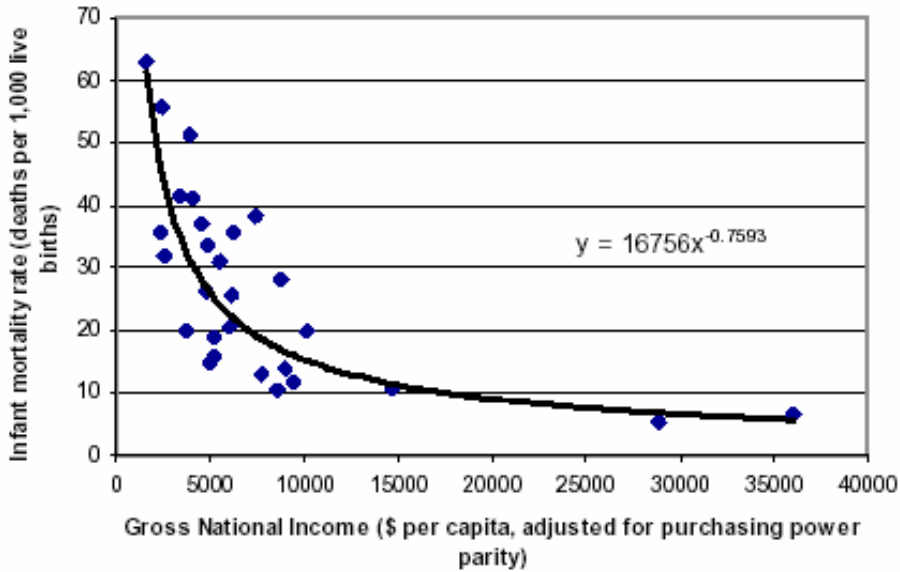


GRÁFICO 16

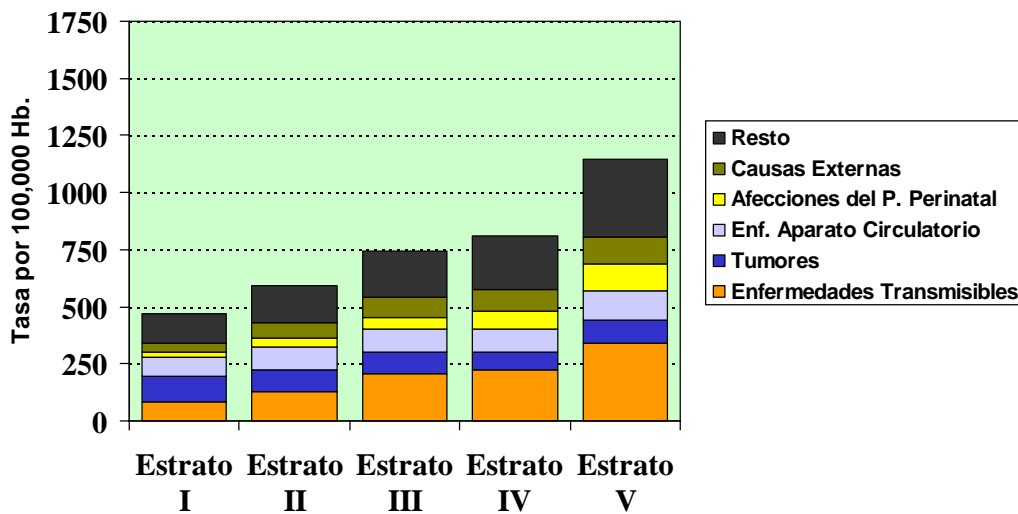
Mortalidad infantil e ingreso nacional en A.L., 2002



A ese nivel tan general de agregación es donde más se evidencia el gran peso que tiene el ingreso como determinante social de la salud. En efecto, la correlación estadística positiva entre el estado de salud y el nivel de ingresos *per cápita* es la más conocida y demostrada en el ámbito de la investigación del desarrollo. Un indicador de salud de más sensibilidad en el corto y mediano plazo a los cambios del bienestar y que, sobre todo, sintetiza muy bien el estado de salud es la Tasa de Mortalidad Infantil. El gráfico 9 es muy ilustrativo al respecto.

GRÁFICO 17

Mortalidad por grupos de causas según estratos de ingreso: Perú, 1997



4. Aspectos económicos del nivel de determinación general de la salud de los grupos sociales: posición social, empleo y condiciones de trabajo

Tanto el «ingreso» como la «posición social» son las dos variables económicas más importantes de los determinantes sociales de la salud. Su análisis no es de ninguna manera simple como podría aparecer en una primera impresión. Tampoco su influencia sobre el nivel y estado de salud es directa ni mucho menos lineal y mecánica, si bien es claramente demostrable en términos empíricos y de correlación estadística. Se ejerce a través de múltiples mediaciones como es el caso, por lo demás, de todo determinante social. Su causalidad es indirecta y contextual, como causa de causas, es decir, como influencia de lo general sobre lo singular mediada por lo particular.

Antes de proseguir con el análisis más específico, resulta conveniente precisar los conceptos de ingreso y posición social lo más claramente posible. Lo primero que debe aclararse es que ingreso y posición social no son lo mismo aunque ambos conceptos se encuentran muy relacionados y son prácticamente indistinguibles. Por lo general, un mayor ingreso de manera sostenida a lo largo del tiempo contribuye a lograr una mejor posición social. En el corto plazo, sin embargo, lo contrario puede no ser cierto: uno puede ver reducidos sus ingresos sin que necesariamente vea modificar o disminuir su posición social. Los acápites siguientes buscan avanzar de manera preliminar en esas precisiones.

GRÁFICO 18
Diferencias ocupacionales y Expectativa de Vida en
Inglaterra y Gales: 1997 - 1999

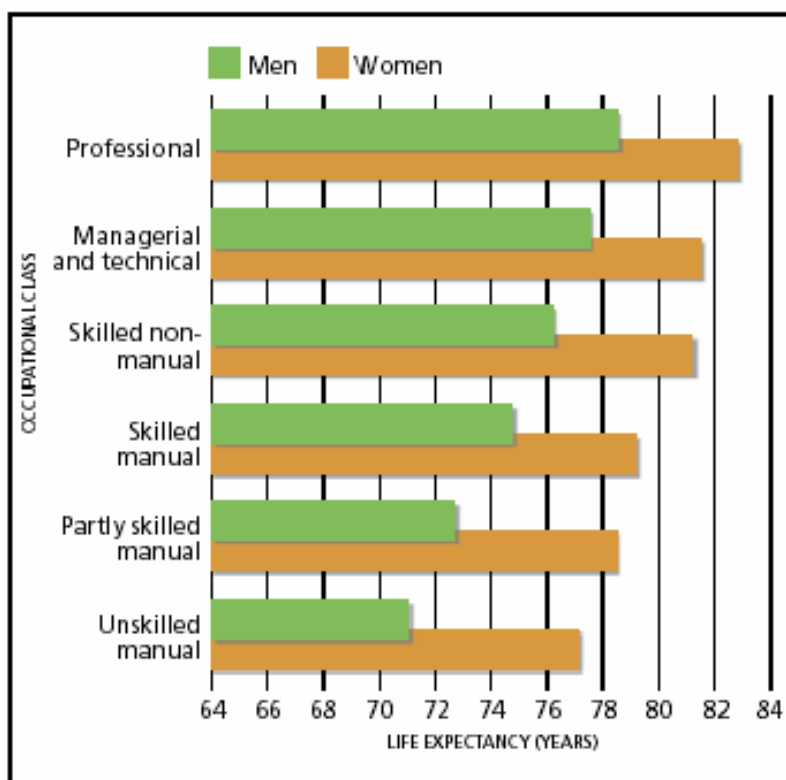
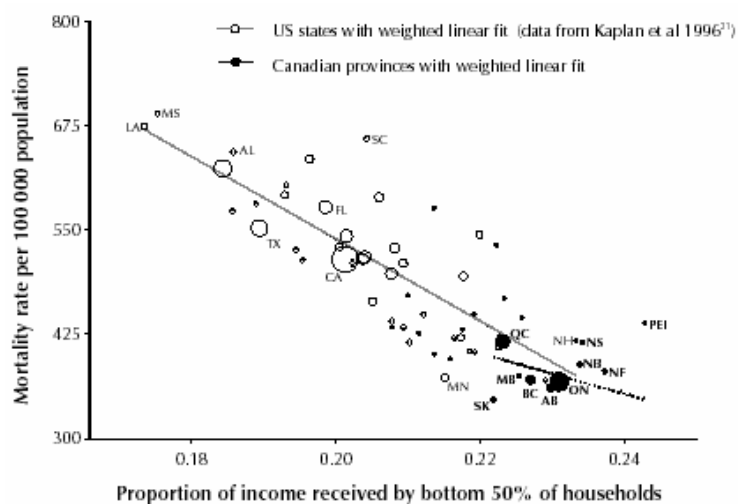


GRÁFICO 19

Mortalidad infantil y proporción del ingreso de la mitad más pobre de los hogares: Estados Unidos y Canadá



Fuente: Bezruchka, Stephen. *Social hierarchy and the health Olympics*. *Canadian Medical Association Journal*: June 12, 2001; 164 (12)

| | Tasa de mortalidad infantil (niños < 1 año) por cada mil nacidos vivos | Tasa de mortalidad en la niñez (niños < 5 años) por cada mil nacidos vivos |
|----------------------|---|--|
| Amazonas | 47 | 69 |
| Áncash | 50 | 72 |
| Apurímac | 71 | 93 |
| Arequipa | 40 | 58 |
| Ayacucho | 50 | 68 |
| Cajamarca | 51 | 69 |
| Cusco | 84 | 108 |
| Huancavelica | 71 | 108 |
| Huánuco | 63 | 93 |
| Ica | 21 | 32 |
| Junín | 43 | 62 |
| La Libertad | 45 | 60 |
| Lambayeque | 38 | 47 |
| Lima | 20 | 27 |
| Loreto | 53 | 79 |
| Madre de Dios | 28 | 40 |
| Moquegua | 28 | 33 |
| Pasco | 58 | 78 |
| Piura | 37 | 54 |
| Puno | 59 | 85 |
| San Martín | 49 | 70 |
| Tacna | 24 | 34 |
| Tumbes | 36 | 47 |
| Ucayali | 52 | 80 |
| Tasa nacional | 43 | 60 |

Fuente: ENDES 2000, INEI, periodo 1990 - 2000. | Elaboración propia.

El patrón de acumulación y del poder económico de carácter concentrador y polarizado se expresa no sólo en las características del desigual acceso al empleo digno y de calidad sino también en la concentración y desigualdad en la distribución del ingreso. Este es un problema secular que se arrastra desde la matriz colonial del proceso histórico peruano.

Pero, la conclusión fundamental es que la persistencia de las grandes desigualdades es el principal obstáculo para que el crecimiento económico permita lograr una significativa reducción de la pobreza. Los países con mayor desigualdad son los que menos pudieron disminuir la pobreza.²⁹ Esto demuestra que el crecimiento económico es una condición necesaria, pero a toda luz insuficiente, para mejorar el nivel de vida de la población más pobre. Por el contrario, en muchos países a pesar de la recuperación económica los más pobres vieron su situación aún más deteriorada. Puede hablarse entonces de la existencia de un crecimiento empobrecedor. Otro estudio reciente de Juan Luis Londoño³⁰ atribuye a la falta de inversión en capital físico y capital humano el rezago de América Latina en términos de reducción de las desigualdades. Reconoce, sin embargo, que el patrón primario exportador es uno de los principales causantes del crecimiento desigual y sin redistribución.

a) Empleo y condiciones de trabajo

La principal fuente de generación de ingreso monetario en una economía mercantil desarrollada es el empleo, que consiste en la ocupación remunerada de las personas a partir de la utilización de su trabajo en diferentes modalidades de actividad económica relacionadas con los bienes y servicios que circulan en el circuito de la economía. El trabajo es, pues, una capacidad de las personas que depende de muchos factores y cuyas condiciones, naturaleza, calidad, intensidad y ritmo son sumamente variadas.

En cualesquiera de los casos, sin trabajo humano no hay proceso económico posible. Los activos de capital, maquinaria o equipos no son más que «trabajo muerto» y sólo se ponen en movimiento por la acción del «trabajo vivo». El capital por sí mismo no genera valor ni es relevante para la economía si no es activado por la fuerza de trabajo y entra en una relación social sea en las esferas de la producción, el intercambio, la distribución o el consumo.

Hay desde trabajos simples, manuales y repetitivos hasta trabajos complejos, intelectuales, simbólicos y creativos que requieren para su ejecución de gran cantidad de información y conocimientos. La duración del trabajo o jornada laboral puede ser muy larga o muy corta, pero tiene como límite objetivo la capacidad física de las personas y como límite subjetivo lo que la sociedad considera como aceptable en un momento histórico determinado. El límite físico del trabajo está dado por la resistencia de cada persona y la capacidad de reproducción biológica y psicológica sostenibles de su fuerza de trabajo.³¹

²⁹ Székely, Miguel. **The 1990s in Latin America: another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty.** (Research Department Working paper series ; 454), Inter-American Development Bank – AIDB, June 2001

³⁰ Londoño, Juan Luis. *Comercio, recursos y desigualdad en América Latina.* **Revista de la CEPAL No. 78;** p. 25-37. CEPAL, diciembre 2002.

³¹ A nadie escapa el hecho que el límite físico sostenible de la jornada laboral

Esto es particularmente evidente para las personas que no poseen ningún medio de producción ni activos de capital que les proporcionen flujos monetarios que les permitan vivir de sus rentas o intereses. Como ya se ha señalado, el empleo se produce cuando la fuerza de trabajo se vende en el mercado a cambio de un salario o un sueldo, según sea el tipo de trabajo o la calificación de la fuerza de trabajo. Por lo general, se clasifican como obreros los trabajadores de tipo manual aunque sea relativamente calificado que perciben un salario, mientras que son empleados los trabajadores de tipo intelectual y administrativo que perciben un sueldo.

Incluso los propietarios de los medios de producción y cambio

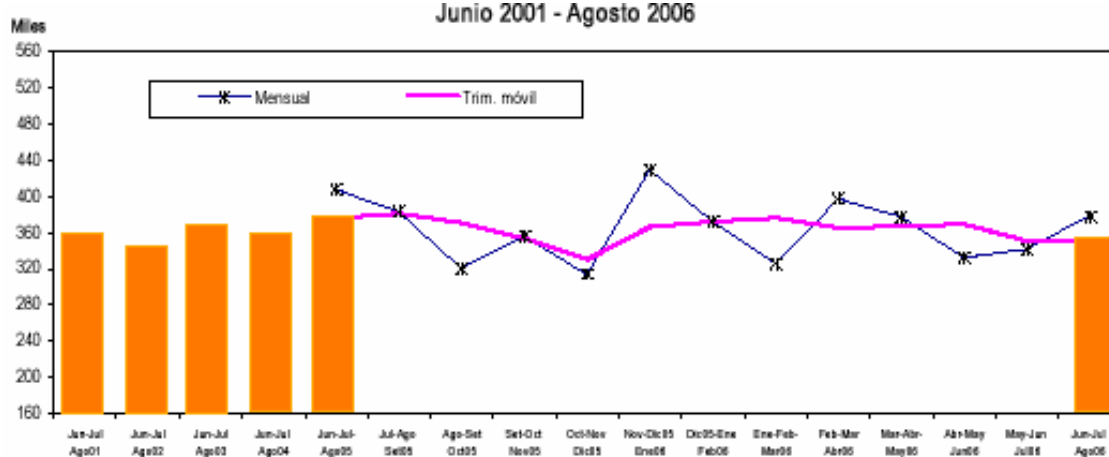
Población económicamente activa (PEA) es aquella población de 14 y más años de edad que trabaja o busca trabajo activamente. La tasa de ocupación relaciona la PEA ocupada con el total de la población económicamente activa (ocupados más desocupados)

Entre los problemas más graves de las economías de los países en desarrollo como el nuestro son, desde hace un par de décadas, la escasez de fuentes de trabajo y la baja calidad de los empleos disponibles. En efecto, las tasas de subempleo, marginalidad e informalidad han aumentado de manera ostensible mientras que los niveles de desempleo (abierto o encubierto) se mantienen muy altos para sus estándares históricos.

Las estadísticas disponibles son elocuentes al respecto. En lo que respecta al subempleo, si bien los datos publicados son deficientes o incompletos, la tendencia hacia su incremento es muy evidente y pronunciada. En sólo cinco años, entre 1997 y 2002, se expandió trece porcentuales de 42,4% a 55,7% de la PEA respectivamente.

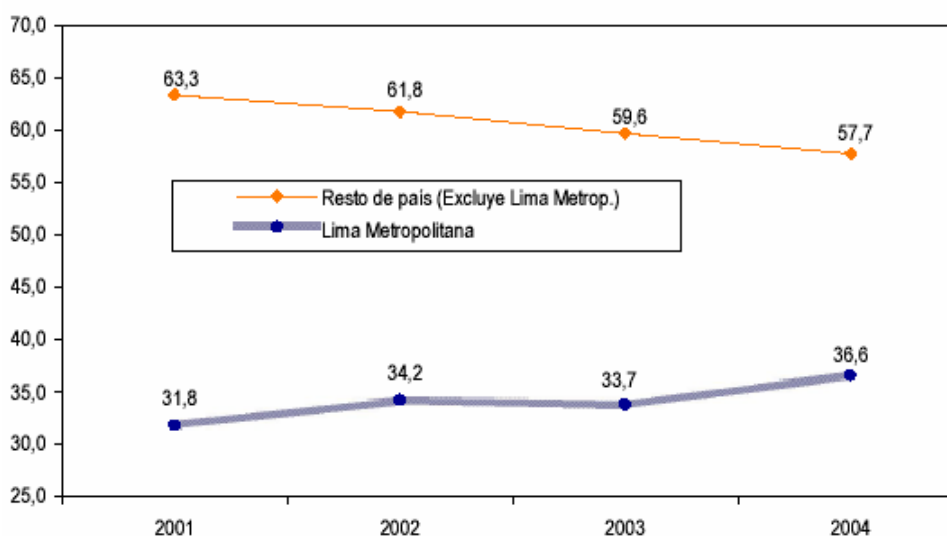
Se supone que hay una correlación positiva entre crecimiento económico y empleo. Incluso los economistas hablan de una *Ley de Okun* que postula una elasticidad empleo – producto positiva.³² El caso del Perú a lo largo de los últimos 15 años parece ser la excepción de la regla o, por lo menos, una situación excepcional.

GRÁFICO 20
Población desempleada en Lima Metropolitana
Junio 2001 - Agosto 2006



El débil crecimiento económico de las últimas décadas se ha dado aparejado a un acentuado proceso de centralización de la propiedad de los activos empresariales, incremento de la presencia e importancia del capital extranjero y una mayor concentración de los ingresos, tanto social como espacialmente. Estos procesos vienen creando una estructura social crecientemente polarizada y más desigual. Por lo tanto, no han sido capaces de reducir la pobreza y disminuir la exclusión social, actuando como factores condicionantes negativos para el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales.

GRÁFICO 21
Evolución comparativa de la incidencia de la pobreza



Sin embargo, en particular durante la última década, la intensidad y tipo de crecimientos económico se expresó no sólo en la caída ya mencionada del salario real público y privado sino fundamentalmente en la falta de empleo adecuado, su mayor precariedad y la menor calidad del trabajo remunerado. Los datos son elocuentes al respecto. En la actualidad la PEA está constituida por cerca de 10 millones de personas, habiéndose triplicado su tamaño en el último medio siglo. Cada año ingresan al mercado laboral cerca de 300 mil personas que demandan trabajo por primera vez. Esta cifra alcanzó su magnitud más alta en el periodo 2003-2004, año a partir del cual empezó a descender paulatinamente como consecuencia de los efectos de la transición demográfica.

Cabe señalar que más allá de las razones estructurales mencionadas, las fuentes del desempleo en la última década han sido:

- a) la reducción del empleo privado en razón de la apertura comercial de 1991;
- b) la caída del empleo público, que se redujo de 11.6% en 1991 a 7.8% en el 2000, la más acelerada y drástica reducción en la región, colocando al Perú como el país con el menor porcentaje de empleo público (le sigue Honduras con 10.1%);
- c) La caída del empleo (con régimen privado) en empresas públicas que fueron privatizadas;

- d) La nueva y mayor reducción del empleo privado por efectos de la recesión iniciada en 1998.

En el último cuarto de siglo el porcentaje de personas subempleadas más que se duplicó hasta alcanzar en la actualidad más de 40% de la PEA. El desempleo abierto, por su parte, alcanzó un promedio de cerca de 9% de la PEA, las cifras más altas desde que se llevan registros. En otras palabras, la situación del empleo afecta a poco más de la mitad de la población aunque algunos sostienen que los problemas de desempleo y subempleo afectan a dos tercios de la fuerza laboral.

Como sabe, se consideran como subempleados aquellos que ganan menos de la mitad de lo que cuesta una canasta básica de consumo y/o trabajan involuntariamente menos de 35 horas semanales. Quienes se encuentran en situación de pleno empleo han visto reducir su capacidad adquisitiva, incrementar su jornada laboral y empeorar las condiciones de trabajo, reduciéndose las conquistas laborales consagradas durante la década del setenta y mantenidas en gran parte de los ochenta.

El sector moderno, aún en los momentos de recuperación de la economía ha sido incapaz de absorber la nueva demanda de trabajo. En el decenio de los noventa por cada 100 mil dólares de inversión se crearon sólo 4.3 puestos de trabajo. Por el patrón de acumulación primario exportador y de servicios ya descrito lo más importante de la inversión extranjera se orientó a sectores muy poco intensivos en mano de obra: minería (1.2 puestos de trabajo cada 100 mil dólares) y electricidad (apenas 0.3 puestos por esa misma inversión). El caso extremo que ilustra el problema de insuficiente generación de empleo es el del proyecto minero Tintaya, donde cada puesto de trabajo cuesta una inversión de 1.3 millones de dólares, es decir, sólo genera 0.013 puestos de trabajo directos por cada 100 mil dólares invertidos.

En contraste con la escasa capacidad de generación de empleo de los sectores minero y energético, el comercio y la agricultura generan como promedio 30 y 15 puestos de trabajo por cada 100 mil dólares de inversión, respectivamente. De ahí que dos tercios de los nuevos empleos generados en la economía provengan de la pequeña y microempresa, por lo general pertenecientes al sector informal de la economía.

Por esas mismas circunstancias, las personas se han visto obligadas a recurrir a medios informales de ganarse la vida, que incluyen pequeños talleres de producción artesanal, comercio y servicios que no son sino formas de trabajo autogenerado y de muy baja productividad que apenas permiten la supervivencia. Estas nuevas modalidades de autoexplotación, más que de innovación empresarial, carecen de un mínimo de condiciones laborales, acceso a derechos y toda forma de seguridad o protección social.

En la actualidad, la pequeña y microempresa —en su mayoría informal— emplea cerca de la mitad de la PEA. Se estima que seis de cada diez trabajadores no agrícolas de Lima Metropolitana se emplean en el sector informal. Sólo la mitad de los trabajadores urbanos tiene una condición asalariada, un tercio de los cuales no tiene un contrato de trabajo, mientras que otro 40% se encuentra autoempleado.

Debe señalarse que, con motivo de la flexibilización laboral y la aguda competencia por puestos de trabajo, los derechos laborales han visto reducirse y, en algunos casos, volverse prácticamente inoperantes. Las violaciones más frecuentes de este tipo de derechos económicos se refieren a la extensión indebida y no remunerada de la jornada laboral, la indeterminación de las causales de despido, el no cumplimiento de los permisos de maternidad, las horas extras y las vacaciones completas, entre otros.

La precariedad del trabajo, aún de los que tienen pleno empleo en el sector formal, se demuestra al analizar la Remuneración Mínima Vital (RMV), que es en la actualidad de 410 nuevos soles (o 117 dólares) y que se mantiene inalterada desde abril del 2000, es decir, por más de dos años y medio. Debe tenerse en cuenta que el valor de la canasta mínima de consumo familiar para 5 personas estimada por el INEI para el tercer trimestre del 2000 fue de 1,156 nuevos soles (o 330 dólares), por lo que la RMV permite cubrir sólo 35% del valor de la canasta. Esto es, se requieren casi tres RMV para cubrir el valor de la canasta mínima.

Aunque, como se ha señalado, el PBI del país muestra actualmente una importante reactivación, ésta no lleva aún al mejoramiento significativo de los indicadores de empleo. De una parte, el crecimiento anual proyectado para el 2002 del PIB de 3.7%, se encuentra por debajo del crecimiento de la PEA urbana y de Lima³³ y, de otra, la composición del crecimiento aun recoge un importante sesgo hacia actividades vinculadas a la exportaciones primarias y de servicios no personales, ambas poco intensivas en mano de obra.³⁴ La situación del empleo todavía refleja los efectos de la prolongada recesión económica originada en 1998.

La situación del empleo a nivel urbano para el tercer trimestre del 2001, puede resumirse en los siguientes datos:

- a) La tasa de desempleo urbano fue de 7.9%, abarcando a 827 mil desocupados.
- b) La tasa de subempleo urbano por ingresos en el mismo período fue de 33.1% y abarcó a 2.738 millones de trabajadores. Para calcularla se divide el valor de la canasta (de 330 dólares) entre dos hipotéticos perceptores de ingreso por hogar – no se calcula esta cifra, pudiendo hacerse. Esto es, se comparan los ingresos de los trabajadores con la mitad del valor de la canasta mínima familiar. Si fuera con el valor de toda la canasta (un sólo perceptor por hogar), el subempleo por ingresos sería aproximadamente el doble, 66.2%.
- c) Finalmente, la tasa de subempleo urbano por horas fue de 14.5%, abarcando a cerca de 1 millón 200 mil trabajadores.
- d) El total de subempleo urbano fue de 47.6%, que sumado al 7.9% de desempleo, resulta en un 55.5% de la PEA urbana con un problema de falta de empleo o de falta de empleo adecuado.
- e) La tasa de desempleo de las mujeres fue de 8.7%, superior en 1.5 puntos de porcentaje a la de los hombres, de 7.2%. Otro tanto sucede con el subempleo: es mayor para las mujeres respecto a los hombres, siendo por ingresos 52.5% para las mujeres y 43.6% para hombres, y por horas, 17.1% para mujeres y 12.3% para hombres.

Considerando el reciente proceso de reactivación económica, las perspectivas del empleo en el corto y mediano plazo estarán determinadas por factores como los siguientes:

- a) De seguir la reactivación económica, con un crecimiento del PBI por encima del crecimiento de la oferta de trabajo, podrá mejorar la productividad media y con ello el ingreso medio. No obstante, lo más importante es que esta reactivación se

³³ En Lima, la PEA creció a más de 4% promedio anual entre 1987 y 1999.

³⁴ Ver INEI, Indicadores económicos, Setiembre 2002. Los sectores que más subieron fueron Pesca (18.3%), Minería Metálica (16.5%), Intermediación Financiera (15.6%), Electricidad y Agua (5.45%). También subieron la Manufactura y Agricultura.

produzca en sectores como la agricultura y la manufactura, sectores que, junto al comercio y servicios, congregan la mayor parte del empleo, y en los que se pueden obtener ganancias de productividad.

- b) Las perspectivas para los próximos años son positivas si se mantiene el ritmo de inversión, como fue el caso de la explotación del gas de Camisea (en la selva baja sur del país), y se sigue aprovechando por parte del sector de confecciones de las ventajas de las concesiones arancelarias aprobadas por USA (el ATPDEA). Algunos de los riesgos es que reaparezca el Fenómeno del Niño en la Costa Norte y que el actual proceso de regionalización entorpezca la inversión pública y privada a nivel nacional.
- c) Es importante destacar que el gobierno está implementando diversos programas que están ayudando a mejorar, o al menos a evitar que empeore la situación del empleo. Tales son los programas de empleo temporal o de emergencia, A trabajar rural (a cargo de FONCODES) y urbano (a cargo del MTPE), y los programas de vivienda social (MIVIVIENDA y Techo propio). Estos últimos, junto con la reactivación de la construcción privada por menores tasas de interés y los ingresos por remesas para compra de viviendas tienen un impacto importante en el empleo directo en la construcción e indirecto en los eslabonamientos que implica.

4. Aspectos económicos del nivel de determinación sistémica de la salud de la sociedad: estructura económica y estilo de desarrollo

Como se ha señalado anteriormente, los niveles de determinación general actúan sobre la salud de la sociedad en su conjunto y son los que, además, determinan las desigualdades en el estado de salud de los diferentes estratos, clases y grupos sociales. El aspecto económico por excelencia de la determinación general sistémica es la estructura económica del sistema social. En concreto, no se trata de la estructura económica en general sino de los rasgos que la tipifican y la naturaleza que la caracteriza en un momento histórico de la evolución y desarrollo de la sociedad como sistema social. Lo mismo puede decirse del estilo o modelo de desarrollo, con la atingencia que el mismo actúa como mecanismo y canal de determinación general pero de nivel estructural y no sistémico. Además, el modelo de desarrollo actúa también de otra manera adicional, pero como determinante de los modelos de atención de salud, de organización y financiamiento de los servicios de salud. Es decir, es un determinante social de otro determinante de la salud.

a) Características de la estructura económica

La estructura económica es una de las estructuras básicas y definitorias de toda sociedad o sistema social. Como tal tiene determinadas características cuyo análisis en profundidad rebasa con creces el contenido y alcance de este trabajo. Por eso sólo se mencionarán sus rasgos y elementos más generales. Lo primero y más elemental es que la estructura económica se relaciona de manera articulada con la estructura jurídico-política (Estado, leyes, sistema de partidos, etc.), la cultura (ideas, religión, costumbres, representaciones, etc.), y la estructura de actores y sujetos sociales propiamente tal (clases, estratos y grupos sociales). La articulación global de estas estructuras básicas conforma el sistema social global, es decir, la sociedad. Esta, a su vez, no se encuentra

aislada sino que forma parte de un sistema social mayor, que es el sistema internacional global o sistema – mundo, al que lo unen una compleja y dinámica red de relaciones económicas, políticas, culturales y sociales de toda índole y tipo, cuya naturaleza es altamente condicionante dependiendo de la forma como se inserta cada sociedad en el sistema – mundo.

Una de las características definitorias de la edad moderna es que las sociedades se configuran en comunidades políticas que se han desarrollado cada una como un Estado-nación dentro de un ámbito territorial determinado y reconocido. Es lo que ahora denominamos como países reconocidos como independientes. Antes eran ciudades-estado y ahora hoy la tendencia es hacia la conformación de bloques regionales. La tendencia probable es hacia la región-Estado pero ese desarrollo es todavía embrionario, siendo la Unión Europea la experiencia actual a gran escala más avanzada hasta el momento. En el proceso histórico de su conformación, no todos los países se han integrado en el sistema – mundo de la misma manera ni en las mismas condiciones, pues ocupan lugares y papeles diferenciados en la densa trama del patrón de poder a escala mundial.

En el patrón de poder mundial algunos países ocupan el lugar central y dominante, mientras que otros se encuentran en una situación periférica, subordinada y dependiente. Forman parte del polo colonial del patrón de poder, esto es, de la colonialidad del poder. En algunos casos, con dificultad puede hablarse de naciones plenamente constituidas y, menos aún, de verdaderos Estados-nacionales. La soberanía de algunos países es apenas un exceso semántico, en el sentido del origen de las decisiones que definen sus políticas económicas y de desarrollo, así como la generación, distribución y uso del excedente económico producido. Por lo general, en el polo dominante del patrón de poder constitutivo del sistema – mundo se ubica un *hegemon* –país o bloque de países que actúan como potencias dominantes– que organiza y desarrolla una hegemonía que se expresa en alguna forma de ordenamiento estable de reglas de juego internacional. Los momentos de turbulencia y desorden internacional coinciden, muchas veces, con situaciones de crisis de hegemonía o desplazamientos de un hegemonía hacia otro.

La colonialidad del poder es de tal alcance que influye incluso sobre las subjetividades, incluyendo las formas de pensamiento y conocimiento hasta el nivel epistemológico. Tal es el origen y explicación del eurocentrismo, es decir, la construcción de la visión del mundo y de las teorías explicativas de la historia y del desarrollo desde el punto de vista de quienes viven en los países centrales y dominantes. La actual globalización neoliberal, por ejemplo, es una visión eurocéntrica de las tendencias actuales de desarrollo del sistema – mundo. Por eso se presenta como la única forma de globalización posible y como parte de la ideología del pensamiento único fuera del cual nada es realizable. Es en realidad, la variante en el plano de las relaciones internacionales del paradigma neoliberal vigente, del mismo modo que en el plano de las políticas internas de desarrollo se presenta desde hace década y media el llamado Consenso de Washington. La ideología de la globalización es en lo externo lo que el Consenso de Washington es en lo interno, es decir, son la cara y el sello de la misma moneda.

Vistas así las cosas, la estructura económica de países como el Perú tienen sus propios rasgos y características particulares. Se trata de la estructura económica de un país que ocupa una ubicación periférica, subordinada y dependiente dentro del actual sistema –mundo, que desde el punto de vista económico es claramente un sistema capitalista extendido a escala mundial. Además, desde la perspectiva del patrón de poder mundial, nuestro país forma parte de la colonialidad de poder, con todas las

implicancias culturales, ideológicas, políticas y hasta epistemológicas que esta situación conlleva. Como tal, la globalización deviene en una determinación general muy poderosa de su evolución y desarrollo como sistema social, en particular de su estructura económica. Esta situación condicionante se refleja de manera directa en los rasgos que asumen su sistema de regulación y asignación de recursos, el nivel de desarrollo de sus fuerzas productivas y, en particular, su patrón de acumulación de capital.

En cuanto al sistema de regulación y asignación de recursos, no cabe duda que la estructura de la economía peruana es de tipo capitalista con una débil presencia del Estado, cuyo papel en la economía se ha reducido drásticamente desde el radical proceso de privatizaciones aplicado a mediados de la década pasada. De un esquema de regulación keynesiana predominante, en particular entre mediados de los sesenta y los setenta, que se prolongó con altibajos hasta la crisis de hiperinflación de fines de los noventa, la economía peruana experimentó radicales transformaciones en la década del noventa. A partir de la política *shock* de estabilización macroeconómica de agosto de 1990, y con más intensidad después del golpe de estado del 5 de abril de 1992, se adoptó de hecho un radical y expedito paquete de medidas de ajuste estructural que liberalizó la economía en tiempo récord y a un gran costo social. Las medidas tuvieron gran éxito en la reducción de la inflación pero significaron una tremenda reducción de los salarios reales y el traslado de una parte significativa de la fuerza de trabajo de la economía informal a las actividades informales. Esto se analizará con mayor detalle más adelante.

Por el nivel de desarrollo de sus fuerzas productivas, el Perú se considera una economía subdesarrollada de ingreso medio con un Producto Interno Bruto (PIB) por habitante que alcanzó a 2,231 dólares en 2004, por debajo del promedio latinoamericano que para ese mismo año fue de 3,926 dólares por habitante. El tamaño de su economía es mediano en comparación con sus similares de América Latina, si bien apenas representa el 3% del PIB de América Latina en su conjunto. Dentro de los países del área andina es, sin embargo, el país mejor colocado después de Venezuela, estando por encima de Bolivia, Ecuador y Colombia. La ventaja comparativa dentro de los países de la región es su gran dotación de recursos naturales, especialmente minería, pesca y productos agrícolas de exportación. Esa misma riqueza natural, sin embargo, ha inhibido los esfuerzos nacionales por desarrollar una plataforma industrial mínima, aun cuando sólo fuera de transformación de los propios recursos naturales.³⁵

Lo cierto es que la base industrial del país permanece con el mismo porcentaje de participación del PIB desde hace décadas. En realidad, desde una mirada de más larga duración se ha producido un proceso de desindustrialización relativa desde fines de la década del setenta en adelante. La manufactura creció a tasas muy por encima del promedio de los otros sectores durante el periodo 1950 – 1975, pasando a representar del 13.6% del PIB al 26.2% a fines de ese período, su más alta participación desde que se tenga registros históricos. Ya en 1991 la manufactura apenas representaba el 16.1% del PIB, cifra incluso inferior al 17.0% de 1960, es decir, treinta años atrás. En los quince años transcurridos desde 1990 a la fecha la manufactura fluctuó entre 16.1% (1991) como porcentaje más alto hasta 14.5% (1999) como porcentaje más bajo, para terminar en 15.3% del PIB en 2005. También la participación de la agricultura se redujo

³⁵ ECLAC. **Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean, 2005.** Santiago de Chile, 2005. pp. 87-88

de manera sostenida, desde el 20.4% del PIB en 1950 a sólo 8.4% en 2005. El sector que más creció en el periodo fue el de servicios.

Las cifras de la estructura de la economía peruana nos demuestran que su patrón de acumulación básico no ha cambiado desde la Colonia. La imagen del Perú como un país minero es una herencia que se arrastra desde la Colonia y que sigue, más allá de sus eventuales avances y retrocesos, estando presente hasta nuestros días. Se trata de una economía que tiene, como motor de su crecimiento y creación del excedente, la explotación de recursos naturales sin mayor transformación productiva ni generación de valor agregado interno. Los ciclos económicos y productivos que han marcado cada época de la historia económica nacional han dependido de unos cuantos productos de exportación, donde la minería ha jugado un papel central acompañada intermitentemente por la agricultura y, recién en los últimos tiempos, la pesca. Desde el auge de la plata que es la herencia colonial por excelencia, durante nuestra existencia republicana han estado presentes los auges del guano de las islas y el salitre en los años previos a la Guerra del Pacífico; el caucho, a fines del siglo antepasado; las plantaciones costeñas algodón y la caña de azúcar hasta antes de la Gran Depresión de 1929 – 1930; el cobre, a fines de los cuarenta y mediados de los cincuenta; la pesca de anchoveta, en la década del sesenta; y, en la actualidad, los grandes yacimientos mineros (oro, cobre y zinc entre los principales) y, en menor medida, el gas de Camisea.

Todos esos periodos de bonanza han estado determinados por factores externos vinculados al auge de precios de algunos productos naturales en el mercado mundial. Cuando estos factores externos declinaron produjeron coyunturas de desaceleración económica que, en muchos casos, se convirtieron en situaciones de estancamiento y recesión productiva. Ninguna evidencia más contundente para caracterizar a la economía peruana como una economía periférica, subordinada y dependiente en extremo de las fluctuaciones del ciclo económico mundial.

El mercado interno nunca logró, salvo coyunturas excepcionales inducidas por una acción fiscal proactiva a veces inflacionaria, convertirse en el motor del desarrollo y basar el crecimiento sostenido en fuerzas endógenas. Esto no pudo ocurrir ni siquiera en el periodo de transformaciones estructurales, como fueron los años de 1968 a 1975, donde se impulsó un radical intento de replantear la dependencia y avanzar en la estrategia de sustitución de importaciones liderada por el Estado. Por el contrario, este patrón primario exportador de la economía peruana se ha reforzado en los últimos quince años, en particular desde 1994, acelerándose claramente a partir de 2003.

b) Limitantes del estilo de crecimiento económico vigente

El nivel y tipo de desarrollo de las fuerzas productivas, la productividad y competitividad de la economía así como el volumen del mercado interno, son factores determinantes de las capacidades de generación del excedente económico. Si el patrón de acumulación de capital condiciona las posibilidades del crecimiento de la economía, a su vez, éste es determinante en cuanto al volumen y calidad de la generación de empleo. El acceso al empleo es el principal mecanismo de inclusión económico y social pues posibilita la obtención de trabajo remunerado, base fundamental de la calidad de vida de las personas. El tipo de crecimiento económico es, por ello, un factor explicativo primario de la desigualdad y la pobreza existentes en la sociedad peruana

La evolución de la economía peruana en los últimos años, a pesar de su relativa modernización y mayor diversidad productiva, no ha logrado modificar el carácter fundamentalmente primario exportador y dependiente del ahorro externo de su patrón

de acumulación. Este fue una de sus características definitorias hasta mediados de la década del cincuenta del siglo pasado, donde se inició una estrategia de industrialización sustitutiva de exportaciones que colapsó en la segunda mitad de los ochenta.

La imagen del Perú como país minero es una herencia que se arrastra desde la Colonia y que sigue, más allá de sus avances y retrocesos, estando presente hasta nuestros días. El guano de las islas, el salitre, el caucho, las plantaciones costeñas (azúcar y algodón) y los grandes yacimientos mineros (cobre, plomo, zinc, plata y oro) han marcado cada época de la historia económica nacional durante el último siglo y medio.

El retorno a la primarización del excedente, así como el estancamiento y retroceso relativo del desarrollo industrial, ha creado una nueva economía exportadora de enclave, con escasos eslabonamientos productivos internos. Esto se acompaña desde fines de los ochenta de un importante y acelerado desarrollo de los servicios no personales en las zonas urbanas, donde ha crecido desmesuradamente el peso y la importancia de Lima Metropolitana como polo de concentración demográfico y económico. La importancia del sector servicios ha crecido sostenidamente hasta representar 39.2% del total del PBI en 2002, más que la minería, la agricultura, la pesca y la industria juntas. En el área de Lima Metropolitana y Callao se concentra 30% de la población nacional, 45% del PBI, 55% de la producción industrial y 83% de las colocaciones bancarias.

Este carácter primario exportador y de servicios (reprimarización más terciarización) en el marco de una economía abierta ha determinado también el tipo de inserción del país en el mercado internacional. También ha determinado el patrón de ocupación del territorio, donde el despoblamiento relativo de la sierra ha dado lugar a un explosiva migración hacia la costa y, en menor medida, hacia la ceja de selva. La producción de la minería y otros recursos naturales representa en la actualidad 24% del PIB y 70% del total de exportaciones, es decir, mantiene casi la misma importancia que hace medio siglo. Sólo la minería representa más de la mitad del total de las exportaciones actuales del país, porcentaje algo superior que hace treinta años.

El estilo de crecimiento del Perú ha estado determinado, en particular en la última década, por dos variables fundamentales que han hecho que el funcionamiento de la economía sea dependiente de la entrada neta de capitales externos para lograr el equilibrios de las cuentas externas e internas. Estas son:

- a) La evolución de la economía internacional en tanto afecta a los precios de las materias primas y el volumen de pago de los intereses del pago de la deuda externa. Los términos de intercambio de la oferta exportable peruana no han tenido una evolución favorable en la última década y han sido altamente volátiles. Después de haber caído a la mitad durante la década del ochenta la relación de precios del intercambio promedió 90.6 en el periodo 1993-2001, teniendo como base 100 en 1995 (alcanzando 77.5 en 2001, su nivel más bajo). Por su parte, el pago de los servicios intereses y comisiones de la deuda alcanza a cifras por encima de los 2 mil millones de dólares por año, esto es, representa entre el cuarto y la quinta parte del gasto público total y entre un quinto y cerca de un tercio del total de exportaciones. Cada peruano nace debiendo mil dólares, es decir, poco más de la mitad del valor total de la producción que genera durante una año.
- b) La afluencia de capital externo, sea a través de inversión directa extranjera o acceso a endeudamiento externo. Este factor ha sido clave en la década pasada

para financiar el déficit crónico de la balanza comercial que ha promediado el 5.3% del PIB. La Inversión Extranjera Directa (IED) ha tenido un notable crecimiento durante la década del noventa llegando a su punto más alto en 1997, fecha a partir de la cual empieza a descender como parte de un fenómeno que afecta al conjunto de la región latinoamericana. El flujo neto de capital externo se redujo de 5,621 millones de dólares en 1997 a 1,024 millones en 1999. Con la inversión del proyecto minero de Antamina esta situación se revierte ligeramente a partir del periodo 2000-2001.

El manejo de la política económica ha actuado —con independencia de su enfoque y su mejor o peor calidad técnica— dentro de los márgenes de acción y restricciones determinadas por las variables del sector externo. En esto la experiencia peruana es excepcional ya que ha sido uno de los países de América Latina que ha adoptado, si bien de manera pendular, prácticamente todas las opciones disponibles de política económica, desde los enfoques heterodoxos hasta el liberalismo extremo, el proteccionismo como el libre cambio.

En sólo una década ha pasado por procesos de hiperinflación, radicales políticas de ajuste tipo shock, apertura externa acelerada, así como venta masiva e indiscriminada de empresas públicas. Todo ello en un contexto de gran inestabilidad, como consecuencia de la violencia política y social, el colapso del sistema de partidos, la precariedad institucional y el advenimiento de un régimen político crecientemente autoritario y corrupto en las más altas esferas del poder.

Con casi un cuarto de siglo de aplicación de cláusulas de condicionalidad establecidas por las políticas de estabilización y ajuste económico la vulnerabilidad externa de la economía nacional lejos de disminuir se ha acentuado. Esto ha ocurrido en un contexto donde la globalización por sí misma aumenta la interdependencia asimétrica de las economías nacionales de la periferia a la evolución del ciclo económico de los centros hegemónicos de la economía mundial. La consecuencia de ello ha sido una larga e inestable etapa de débil crecimiento, con crisis recesivas cada vez más profundas y largas junto a periodos de recuperación más cortos y menos pronunciados.

Como se ha visto, la inestabilidad del crecimiento económico está asociada a las características del mismo: combinación de economía primario exportadora y de sustitución de importaciones poco exitosa luego desmantelada. Desde los inicios de los noventa, a esta situación se sobrepuso una nueva tendencia caracterizada por un drástico programa de estabilización económica seguido por un conjunto de reformas estructurales orientadas por los lineamientos del consenso de Washington que permitió controlar con éxito la inflación, incrementar los niveles de recaudación y gasto fiscal y reinsertar al Perú en la comunidad financiera internacional.

Las reformas se vieron favorecidas por la abundancia internacional de capitales y por la lucha exitosa contra el terrorismo y la subversión. El modelo seguido no generó el empleo esperado y rápidamente se revertieron las mejoras logradas en cuanto al ingreso de los más pobres, que el gobierno buscó contrarrestar con una masiva política social de carácter focalizado. De esta manera, la gobernabilidad tuvo dos soportes: de un lado, una política macroeconómica que mantuvo la estabilidad y favoreció negocios y del otro, un asistencialismo centralista dirigido a los sectores más pobres.

Un balance del resultado en la estructura económica mostrado por el IDH señala como factores negativos del modelo adoptado los siguientes: la reprimarización y terciarización de la economía, la dependencia de la economía con la entrada de capitales

del exterior, la generación de un conjunto de precios relativos que no promueven el desarrollo de largo plazo y hacen difícil la competitividad internacional, el alto nivel de desempleo y subempleo y, la incapacidad de enfrentar de manera sostenida la desigualdad distributiva y la pobreza. El factor positivo es el establecimiento de una disciplina macroeconómica, sobre todo fiscal que es muy apreciada.

*“Dicho de otro modo:
conocer es negociar,
trabajar, discutir,
pelearse con lo
desconocido que se
reconstituye sin cesar,
pues toda solución a un
problema produce una
nueva pregunta”*

Edgard Morin
en **Ciencia con Conciencia**

TERCERA PARTE

Conclusiones y recomendaciones

1. Una somera revisión del devenir de la historia de la medicina de la civilización occidental evidencia la recurrente pugna, que se remonta a la antigua Grecia, entre diversas perspectivas de análisis e interpretación de los problemas de la enfermedad y la muerte, la salud y la vida. No obstante sus diferencias y matices, a veces de cierta importancia, todas las perspectivas han girado alrededor de dos grandes paradigmas explicativos de lo que ahora se conoce como proceso “salud – enfermedad”: el naturalista biológico y el social histórico.

El origen de esta vieja como recurrente disputa parte de la manera cómo se responde a las siguientes interrogantes primarias, estrechamente relacionadas entre sí: ¿Es la causa de la enfermedad o de la buena salud un fenómeno exclusivamente biológico o también, y fundamentalmente, un fenómeno social? ¿Pertenece la medicina –o más estrictamente, las ciencias de la salud– al ámbito de las ciencias naturales o al de las ciencias sociales? ¿O es que la medicina incluye tanto a las ciencias naturales como a las ciencias sociales, en tanto que su problemática se encuentra en la intersección entre ambas? ¿Son las causas sociales tan importantes como las biológicas o es que las causas biológicas también responden a las condiciones sociales?

2. Los intentos de respuesta a las interrogantes planteadas tienen varias dimensiones. Una primera dimensión, más general y abstracta, está vinculada a los problemas de la teoría del conocimiento y a las cuestiones epistemológicas que suscita la naturaleza de la relación entre lo biológico y lo social. En otras palabras, al viejo tema de la relación entre la naturaleza y la sociedad que se expresa, en el ámbito del conocimiento científico, en las similitudes y diferencias entre las ciencias naturales y las ciencias sociales. ¿Cuál es la adecuada definición de sus objetos de estudio? ¿Son las reglas del método científico aplicables por igual a ambos o la especificidad de sus objetos de estudio requiere de abordajes metodológicos también diferenciados?

Si la relación entre lo biológico y lo social es ya un problema en sí mismo difícil de abordar, los nuevos avances conceptuales de la física han abierto una nueva y más amplia visión del mundo: la teoría de la complejidad. La nueva perspectiva emergente ha empezado a poner de manifiesto las graves limitaciones de la llamada ciencia moderna, atrapada por la herencia filosófica del positivismo con su idea reduccionista de las conexiones entre los fenómenos y el marcado individualismo metodológico en su manera de abordar y entender los problemas de la realidad. La idea misma de la causalidad lineal, unidireccional y mecanicista ha entrado en cuestión, del mismo modo que la pertinencia de la descomposición analítica de los problemas de la realidad, al

margen de su contexto y con independencia de la totalidad de los que forma parte constitutiva e indesligable.

Lo cierto es que la pesada herencia cartesiana y mecanicista que predomina en las ciencias actuales, cuya expresión más difundida es el positivismo, ha demostrado su estrechez conceptual intrínseca para entender las relaciones, nexos y conexiones entre lo biológico y lo social. Pero también ha supuesto límites muy precisos para el propio desarrollo de las ciencias biológicas y, ni que decir, respecto de las capacidades interpretativas de las ciencias sociales.

Respecto de las ciencias sociales, el influjo positivista tiene como punto de partida la separación artificial entre el ser individual y el ser social, entre la persona y la sociedad de la cual forma parte. La lógica consecuencia de esta radical separación es la idea de la sociedad como suma de individuos, donde cada uno busca maximizar sus decisiones racionales. El ejemplo por excelencia de esta visión es el *homo economicus*, egoísta, racional e individualista al mismo tiempo.

En el caso de la medicina, el paradigma naturalista biológico ha sido el sustento, por mucho tiempo, del predominio de la unicausalidad mecánica y lineal, que concibe la enfermedad como un fenómeno específico que cobra entidad en sí misma en cada persona por separado, aislada de su colectividad social. De ahí el principal sustento intelectual de la salud individual.

Bibliografía

Andrain, Charles F. **Public Health Policies and Social Inequality**. MacMillan Press Ltd. London, 1998.

Banco Mundial. **Oportunidades para todos. Por un Perú menos pobre y más incluyente**. Lima – Perú, 2006.

Banco Mundial. **Perú: la oportunidad de un país diferente. Próspero, equitativo y gobernable**. Lima – Perú, 2006.

Banco Mundial. **Protección social en el Perú. ¿Cómo mejorar los resultados para los pobres?** Lima – Perú, octubre de 2007.

Banco Mundial. **Un nuevo contrato social para el Perú. ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario?** Lima – Perú, 2006.

Beattie, Alan; Gott, Marjorie; Jones, Linda y Sidell, Mayra (editors). **Health and Wellbeing: a reader**. MacMillan Press Ltd/The Open University. London, 1993.

Berlinguer, Giovanni. *Determinantes sociales de las enfermedades*. **Revista Cubana de Salud Pública**. Volumen 37, número 1, 2007.

Castro, Augusto. **El desafío de las diferencias. Reflexiones sobre el Estado moderno en el Perú**. *Serie ética y Desarrollo*. Edición conjunta Centros de Estudios y Publicaciones (CEP), Instituto Bartolomé de las Casas y el Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Lima, noviembre de 2008.

Coburn D. *Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neoliberalism*. **Social Science and Medicine**. Número 51: p. 135-46, 2000.

Deaton, Angus. *Income, aging, health and wellbeing around the world: Evidence from the Gallup World Poll*. **Center for Health and Wellbeing Research Program in Development Studies**. Princeton University y National Bureau of Economic Research. Versión de julio, 2007.

ECLAC. **Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean, 2005**. Santiago de Chile, 2005.

Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (editors). **Challenging inequities in health**. Oxford University Press. New York, 2001.

Evans, Robert G.; Barer, Morris L. y Marmor, Theodore R. **¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones.** Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1996.

Figuroa, Adolfo **Crisis distributiva en el Perú.** Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). *Primera edición.* Lima, marzo de 1993.

Figuroa, Adolfo **La sociedad sigma: una teoría del desarrollo económico.** Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) – Fondo de Cultura Económica (FCE). Lima, 2003.

Figuroa, Adolfo **Nuestro mundo social. Introducción a la ciencia económica.** Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). *Primera edición.* Lima, marzo de 2008.

Figuroa, Adolfo **Reformas en sociedades desiguales. La experiencia peruana.** Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). *Primera edición.* Lima, febrero de 2008.

Gamero, Julio. “*La desigualdad en el Perú: una mirada desde la economía (y desde el trabajo)*” En Toche, Eduardo (compilador). **Perú Hoy. La desigualdad en el Perú: situación y perspectivas.** DESCO. Lima, 2005.

Gwatkin, Davidson; Rutstein, Shea; Johnson, Kiersten; Abdalla Suliman, Eldaw; Wagstaff, Adam y Amouzou, Agbessi. **Socioeconomic differences in Health, Nutrition and Population in Peru.** Segunda edición. Washington D.C. Banco Mundial, 2007.

Hiriart C., Waitzkin H., Breihl J., Estrada A. y Merhy E. *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos.* **Revista Panamericana de Salud Pública**, vol. 12, no. 2. Washington, agosto 2002.

Health Canada. **Salud de la Población: conceptos y estrategias para políticas públicas saludables; “La perspectiva canadiense”.** Traducido por OPS, División Salud y Desarrollo Humano – Washington, D.C.: OPS, 2000.

Homedes N. y Ugalde A. *Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso.* **Revista Panamericana de Salud Pública**, vol. 17, no. 3. Washington, marzo de 2005.

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). **Compendio Estadístico 2008.** Lima, 2009.

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). **Condiciones de vida en el Perú: Evolución 1997-2004.** Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Lima, mayo de 2006.

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). **Informe económico mensual de agosto 2009**. Dirección Técnica de Indicadores Económicos. Lima, noviembre de 2009.

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). **Oferta y demanda global 1991 – 2008. Año base 1994**. Dirección Nacional de Cuentas Nacionales. Lima, junio de 2009.

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). **Perfil socio-demográfico del Perú**. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Lima, agosto de 2008.

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). **Perú: Mortalidad Infantil y sus Diferenciales por Departamento, Provincia y Distrito 2007**. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Lima, marzo de 2009.

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). **Perú: Perfil de la Pobreza por departamentos, 2005-2007**. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Lima, septiembre de 2008.

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). **Producto Bruto Interno por departamentos 2001 – 2008. Año base 1994**. Dirección Nacional de Cuentas Nacionales. Lima, agosto de 2009.

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). **Situación del mercado laboral en Lima Metropolitana**. Informe Técnico N° 11. Lima, noviembre de 2009.

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). **Situación de la pobreza en el 2008**. Informe Técnico. Lima, 2009.

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). **Situación del Mercado Laboral en Lima Metropolitana**. Informe Técnico N° 11. Lima, noviembre de 2009.

Frenk, Julio. **La salud de la población. Hacia una Nueva Salud Pública**. Fondo de Cultura Económica. *Primera reimposición*. México, 1994.

Katz, Alison. “La nueva salud global”. *La reversión de lógica, historia y principios*. **Medicina Social**. Volumen 3, número 1: p. 1-4, enero 2008.

Kawachi, Ichiro; Kennedy, Bruce P. y Wilkinson, Richard G. (editors). 1999. **The Society and Population Health Reader**. *Volumen I: Income inequality and health*. The New Press. New York, 1999.

Krieger, Nancy. *Theories for social epidemiology in the 21st century: an eco-social perspective*. **International Journal of Epidemiology**; Número 30: p. 668-677, 2001.

Laurell, Asa Cristina. *Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad* en Rodríguez, María Isabel (coord.) **Lo biológico y lo social**. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101. OPS/OMS, Washington, 1994.

- Linares-Pérez, Nivaldo y López Arellano, Oliva. *La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva*. **Medicina Social**. Volumen 3, número 3: p. 247-259, septiembre 2008.
- Londoño, Juan Luis. *Comercio, recursos y desigualdad en América Latina*. **Revista de la CEPAL No. 78**; p. 25-37. CEPAL, diciembre 2002.
- López-Arellano, Oliva; Escudero, José Carlos y Carmona Luz Dary. *Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES*. **Medicina Social**. Volumen 3, número 4: p. 323-3, noviembre 2008.
- MacMahon B, Pugh T F, Ipsen J. **Epidemiologic Methods**.. Little Brown and Company. Boston – Toronto, 1960.
- Marmot, Michael y Wilkinson, Richard editores. **Social determinants of health**. Oxford University Press. New York, 1999.
- Marmot, Michael. *Health in an unequal world*. The Harveian Oration, delivered before the Fellows of **The Royal College of Physicians of London** on Wednesday 18 October 2006
- Navarro, Vicente. *What we mean by Social Determinants of Health*. **International Journal of Health Services**. Volumen 39, número 3: p. 423-441, 2009.
- Murillo, Juan Pablo. *Hipólito Unanue y el proceso de construcción del discurso epidemiológico peruano*. **Anales de la Facultad de Medicina**, UNMSM, Volumen 66, número 4: p. 344-356, 2005.
- Observatorio Global de Salud Italiano. *De Alma Ata al Fondo Global. La historia de las políticas internacionales de salud*. **Medicina Social**. Volumen 3, número 1: p. 37-52, enero 2008.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). VV.AA. **Lo biológico y lo social – su articulación en la formación del personal de salud**. (Serie *Desarrollo de Recursos Humanos No. 101*), OPS. Washington, D. C., diciembre de 1994.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Lip, César y Rocabado, Fernando. **Determinantes sociales de la salud en el Perú**. *Cuadernos de Promoción de la Salud No. 17*. MINSA-OPS-Universidad Norbert Wiener. Lima - Perú, 2005.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Tejada Pardo, David. **Derechos humanos y derechos la salud: marco conceptual, aspectos metodológicos y alcances operativos**. *Cuadernos de Promoción de la Salud No. 16*. MINSA-OPS. Lima, 2005.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Tejada Pardo, David. **¿Qué hacer desde los gobiernos locales para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio?** *Cuadernos de Promoción de la Salud No. 20*. MINSA- Red de Municipios y Comunidades Saludables – Perú, OPS. Lima, 2006.

Pásara, Luis (editor). **Perú en el siglo XXI**. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). *Primera edición*. Lima, diciembre de 2008.

Pascó Font, Alberto y Saavedra, Jaime. **Reformas Estructurales y Bienestar. Una mirada al Perú de los noventa**. Grupo de Análisis para el Desarrollo – GRADE y CEPAL. Lima, 2001.0’

Plaza, Orlando (coordinador). **Cambios sociales en el Perú 1968 – 2008. En homenaje a Denis Sulmont**. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Ciencias Sociales, Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas (CISEPA). Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). *Primera edición*. Lima, octubre de 2009.

Plaza, Orlando (coordinador). **Clases sociales en el Perú: visiones y trayectorias**. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Ciencias Sociales, Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas (CISEPA). Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). *Primera edición*. Lima, diciembre de 2007.

Raphael, Dennis (editor). **Social determinants of health: Canadian perspectives**. Canadian Scholars Press Inc. *Second Edition*, Toronto - Canada, 2008.

Raphael, Dennis. **Maintaining Population Health in a Period of Welfare State Decline: Political Economy as the Missing Dimension in Health Promotion Theory and Practice**. Health Promotion International. Canada, 2003.

Saavedra Chanduví, Jaime y Díaz, Juan José. **Desigualdad del ingreso y del gasto en el Perú antes y después de las reformas estructurales**. *Serie: Reformas Económicas 34*, GRADE. Lima, 1999.

Schuldt, Jurgen. **Bonanza macroeconómica y malestar microeconómico: apuntes para el estudio del caso peruano, 1988 – 2004**. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, 2004.

Székely, Miguel. **The 1990s in Latin America: another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty**. (*Research Department Working Paper Series ; 454*), Inter-American Development Bank – AIDB, June 2001.

World Health Organization (WHO/OMS). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. (Borrador de informe preparado para la primera reunión de la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud**). Ginebra, abril de 2007.

World Health Organization (WHO/OMS). *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences*. (Background paper preparado para la primera reunión de la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud**). Ginebra, marzo de 2005.

World Health Organization (WHO/OMS). *Civil Society report*. (Primer borrador preparado para la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud**). Ginebra, junio de 2007.

World Health Organization (WHO/OMS). *Employment Conditions and health inequalities*. Informe final presentado a la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud**. Ginebra, 20 de septiembre de 2007.

World Health Organization (WHO/OMS). **Intersectoral action for health**. Geneva, 1986.

World Health Organization (WHO/OMS). *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action*. Declaración Provisional de la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud**). Ginebra, octubre de 2007.

World Health Organization (WHO/OMS). *Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos*. Declaración Provisional de la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud**). Ginebra, noviembre de 2007.

World Health Organization (WHO/OMS). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Resumen analítico del Informe Final de la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud**). Ginebra, 2008.

