

Causalidad, derechos humanos y justicia social en la Comisión de Determinantes Sociales en Salud

Causation, human rights and social justice in the Commission of Social Determinants of Health

Diana C. Rubio L.¹

¹ Psicóloga, Msc. en psicología, estudiante de Doctorado en Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: dcrubiol@unal.edu.co

Recibido: 22 de noviembre de 2012. Aprobado: 13 de abril de 2013.

Rubio DC. Causalidad, Derechos Humanos y Justicia Social en la Comisión de Determinantes Sociales en Salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S87-S90.

Resumen

Se presenta la reseña crítica del artículo de Venkatapuram, Bell y Marmot, titulado: “El derecho a las suturas: epidemiología social, derechos humanos y justicia social”, el cual presenta los planteamientos de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud-CDSS, acerca de las relaciones causales entre las condiciones de vida y los resultados en salud, apelando a la justicia social y a la consideración de tales determinantes como parte de los derechos humanos. Se aportan elementos para su

análisis crítico respecto de la apuesta por la causalidad y acerca de su concepción sobre justicia social y los determinantes de la enfermedad como violación a los derechos humanos. Se señalan puntos para el debate y se concluye con una invitación a tomar parte en el mismo.

-----*Palabras clave:* determinantes sociales de la salud, causalidad, derechos humanos, justicia social.

Abstract

It presents a critical review of the article Venkatapuram, Bell and Marmot, entitled: “The right to sutures: social epidemiology, human rights and social justice,” which presents the proposals of the Commission on Social Determinants of Health-CDSS, about causal relationships between living conditions and health outcomes, appealing to social justice and consideration of such determinants as part of human rights. Provides elements

for critical analysis of causality and committed about their conception of social justice and determinants of disease as a human rights violation. Points are identified for discussion and concludes with an invitation to take part in it.

-----*Key words:* social determinants of health, causality, human rights, social justice.

Introducción

El texto de Venkatapuram, Bell y Marmot [1] presenta la línea de análisis de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) a dos años de la escritura de su reporte final, ejemplifica la forma en que son abordados los problemas de salud y examina el rol de los derechos humanos en el trabajo de la Comisión. Reseñar este texto resulta interesante en cuanto permite entrever el tipo de acercamiento de la CDSS a cuestiones como la explicación del proceso salud – enfermedad, la justicia social, los derechos humanos y el acercamiento a la medicina social, definida como la consideración de factores sociales en el acto clínico, y a la epidemiología social, en su versión anglosajona.

El texto presenta las metas y el trabajo de la Comisión [1], cuyas motivaciones fueron la búsqueda de justicia social, el respeto por la evidencia científica y la necesidad de implementar acciones que disminuyeran la brecha en salud. La Comisión hizo un análisis causal basado en la evidencia científica revisada por las distintas subcomisiones, como resultado postuló la existencia de múltiples factores sociales como determinantes de la salud y los organizó en tres niveles: las condiciones de la vida diaria en las que la gente nace, crece vive, trabaja y envejece; los determinantes proximales relativos a la exposición a sustancias nocivas, la disponibilidad de recursos para satisfacer las necesidades básicas, los ambientes sociales y las conductas saludables; y, como determinantes de los dos anteriores, o causas de las causas, se propusieron los factores económicos, sociales, culturales y políticos.

El reporte final [2] incluyó tres recomendaciones: a) la mejoría de las condiciones de la vida diaria, b) el abordaje de las condiciones estructurales, y c) medir el problema, evaluar las acciones, expandir el conocimiento, capacitar personal y concientizar sobre el tema [3]. Con el logro de la justicia social como prioridad, las recomendaciones pretendían disminuir la inequidades en salud, expresadas en injusticias manifiestas, aquellas donde medidas razonables podrían ser desplegadas para aliviar la brecha en salud. La meta de cerrar la brecha en una generación, podría lograrse mediante acciones sociales que nivelaran el gradiente social en salud para igualar a las personas con los más saludables [1].

Los autores apelaron al ejemplo de Paul Farmer [4] de las suturas como medida razonable que reduce la mortalidad materna [1], para afirmar que los determinantes sociales que ocasionan enfermedad y muerte pueden ser considerados violaciones a los derechos humanos, y que, como materia de la justicia social, no se resuelven exclusivamente en las intervenciones médicas ni en la inversión en salud para el crecimiento económico. La justicia social fue entendida por la CDSS según la propuesta de Sen [5], como la expansión de las libertades.

Reformular los determinantes sociales en términos de los derechos humanos podría conducir a la pregunta de cómo enmarcar el derecho a una intervención en salud si éste no es explícito en la normatividad, frente a lo cual la vía elegida por la Comisión se aleja de la legislación sobre derechos humanos para ocuparse del análisis de las causas y la distribución de las enfermedades y la mortalidad en el contexto del razonamiento ético sobre la justicia social [1]. En este camino, la epidemiología social converge con los derechos humanos al evidenciar la forma en que las condiciones sociales y económicas, materia de los derechos económicos, sociales y culturales, hacen parte de los determinantes distales que afectan la salud de las personas. De manera que la garantía de la aplicación de estos derechos solucionaría las necesidades de cuidado de la salud, al mejorar las condiciones sociales y el acceso a bienes materiales.

La relación causal entre los determinantes sociales y la salud

Según los autores, la CDSS tuvo como objetivo recolectar y sintetizar evidencia global acerca de los determinantes sociales de la salud y de su impacto en las inequidades en salud para posteriormente hacer recomendaciones que permitieran superarlas [1], esta tarea fue realizada a partir de la evidencia considerada como científica. La aproximación teórica que adoptó la Comisión tuvo su origen en el marco analítico de la causalidad, donde se asume que las brechas o inequidades en salud son causadas a la interacción multinivel que tienen múltiples factores, y que se expresan en el gradiente socioeconómico de la salud [3].

La cadena causal inicia con las condiciones en que las personas viven diariamente, condiciones que a su vez son determinadas por la posición en la jerarquía social según ocupación, educación, ingreso, género, raza/etnia, y esos factores causales son determinados por condiciones políticas, económicas, sociales y culturales [1-3], estas son las causas de las causas, que no operan sobre los individuos concretos sino sobre los grupos sociales, y que para su modificación requieren que el conocimiento acumulado en la salud pública se convierta en acciones políticas orientadas a mejorar las condiciones en que las personas viven.

Al asumir un modelo determinista [6], la Comisión asume también que la salud es resultado de la operación de factores causales representados en factores de riesgo [7]. Los determinantes sociales son incluidos en los modelos de análisis en la forma de variables, donde su correlación estadística se asume como evidencia de la existencia de nexos causales naturales entre fenómenos concretos, de manera que el mundo es constituido por conexiones constantes, causales y por asociaciones externas [8]. Mecanismo que es explicado bajo los mode

los unicastales y multicaustales de la epidemiología [9], campos de conocimiento que resultan bastante útiles para informar sobre los determinantes de la salud [10] y cuyos hallazgos pasan sin mayor problema por el filtro de lo que se considera como evidencia científica. Examinar la cuestión acerca de lo que se considera como evidencia científica para tomar decisiones en salud excede los objetivos de este texto, pero es importante mencionar que ya con anterioridad se ha cuestionado la información que organizaciones como la OMS asumen como válida [11].

La apuesta por la causalidad, donde el nexo causal se valora como una conexión lineal, no compleja, unívoca y por ello dimensionable [12], impide a la CDSS comprender el carácter dialéctico, dinámico, dialógico y relacional del mundo. Mientras que desde la epidemiología crítica, desarrollo de la medicina social latinoamericana, se propone analizar estas relaciones desde la perspectiva de la determinación [8]. Ésta se entiende como un proceso en el que un objeto social deviene y adquiere sus propiedades en el contexto de sistemas dinámicos irregulares y caóticos, de los cuales ya no se puede predicar la objetividad de la medición sino que, dada la mutación de sus procesos, evidencian la contradicción y la incertidumbre. Tal vez la perspectiva de la determinación sería una buena forma de analizar la paradoja de que incluso dentro de los Estados de Bienestar, donde se supone que los determinantes distales de la salud se han dispuesto adecuadamente, se mantienen inequidades en salud [13].

Inequidades en salud, derechos humanos y justicia social

Para la CDSS reducir las brechas en salud es un asunto de justicia social, que se resuelve nivelando los resultados en salud a lo largo de las distintas posiciones en la jerarquía social [1]. Se plantearon recomendaciones en 12 áreas de trabajo con la idea de que los principios generales de tales directrices eran relevantes y aplicables en todos los contextos. La CDSS prescribió que sus recomendaciones debían ser traducirlas según las circunstancias nacionales y regionales, sin una consideración de los contextos, de su devenir histórico particular, ni de su configuración específica en el terreno de múltiples intereses siempre en conflicto.

La Comisión apela a la justicia social sin una discusión previa a cerca de lo que se entendería por ella. Plantea una búsqueda de acciones efectivas para reducir la brecha de la inequidad, para lo cual propone un análisis de las acciones concretas que deberían emprenderse, al tiempo que oculta las causas estructurales que generan y mantienen las desigualdades en salud. Como en el caso de la mortalidad materna, más que analizar las condiciones estructurales que la generan y mantienen o

de indagar por el modo de vida de las mujeres, el análisis se basa en la implementación de medidas razonables, suturas, como forma de intervención y es desde tal acción concreta que propone aproximarse a los determinantes sociales como derechos humanos [1].

La justicia social fue acogida como un ideal, bajo la forma de un imperativo, cuya meta era la disminución de la brecha de las desigualdades sociales que generan desigualdades en salud [14], lo que se planeaba sucedería en la siguiente generación gracias a que la salud de la población es susceptible a las acciones políticas y sociales. Se apeló a la voluntad política de los distintos actores y tomadores de decisión [2], sin que fueran explícitos los mecanismos para convocarlos.

Para la CDSS el avance en la salud y en la equidad en salud como parte de la justicia social implica por un lado el ejercicio de acciones políticas y sociales para disminuir la brecha de la inequidad y por otro promover, proteger y enfatizar en los derechos humanos, incluida la salud dentro de los derechos económicos, culturales y sociales [1].

Lo anterior fue enfatizado con la re-lectura de Sen [5], se planteó el concepto de empoderamiento de individuos, comunidades y naciones en torno a las necesidades materiales, los factores psicosociales y la voz política [15]. Acá es importante notar que se apela a un ideal donde el individuo es libre, controla su propia vida, se reconoce como sujeto político y además lo hace con una orientación positiva frente al cuidado de su salud.

Para enfatizar la relación entre los determinantes sociales, la justicia social y los derechos humanos, los autores citan el trabajo de Farmer [4], de donde interpretan que una mayor observancia de tales derechos implica en primer lugar el acceso a diversos productos y servicios de salud y en segundo lugar, promover que los individuos sean ciudadanos más activos y participativos al interior de las instituciones democráticas, planteamiento que amerita dos consideraciones. Poner en el centro de las inequidades al acceso a los productos y servicios de salud, es citado por los autores [1] como la forma perfecta en la que se hace evidente la convergencia entre la medicina social y la perspectiva de los derechos humanos. Lo cual resulta controvertible en tanto hay una comprensión limitada de lo que es la medicina social, al tiempo que el derecho a la salud es limitado al acceso a los servicios suministrados por un sistema de salud organizado que acoge a todos los ciudadanos. Este es un razonamiento insuficiente ya que la cobertura de los servicios de salud no resuelve las inequidades, ni implica necesariamente una mejoría de la salud y el bienestar de los grupos sociales. La comprensión de la equidad y lo que es justo en salud debe ser complejizada [16].

En segundo lugar, resulta bastante adecuado en cuanto a lo referente a la ciudadanía y, específicamente, a la ciudadanía en salud para pensar específicamente sobre el tema que acá nos convoca, sin embargo habría que

revisar su plausibilidad en el contexto de la negación de oportunidades para satisfacer necesidades básicas que son anteriores a la constitución de sujetos políticos.

Consideraciones finales para la discusión

Más que concluir resultaría interesante dejar abierto el espacio para un análisis crítico de los elementos presentados por los autores en un intento para legitimar la pertinencia del trabajo de la CDSS al dar cuenta de cuestiones como la justicia social, la inequidad y los derechos humanos. Si bien una lectura superficial de este texto, así como de otros que se han escrito al respecto e inspirados en la misma intencionalidad, podría dejar la sensación de regocijo de que finalmente se resolvieron cuestiones tan fundamentales que orientarán las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones, es necesario que quienes estamos interesados en investigar y pensar sobre este tema adoptemos una actitud crítica frente a los autores, incluso si estos hacen parte de las corrientes hegemónicas e incuestionadas. A lo largo del texto se han mencionado algunos elementos que serían útiles para el análisis, lo cual no se hizo con el intento de agotar la cuestión, sino de enunciar puntos donde ameritaría una mayor revisión. La discusión sigue abierta.

Referencias

- 1 Venkatapuram S, Bel IR, Marmot M. The Right to Sutures: Social Epidemiology, Human Rights, and Social Justice. *Health and Human Rights Journal*. 2010;12(2):3-16.
- 2 Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria Actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud: Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Buenos Aires: Ediciones Journal S. A.; 2009.
- 3 Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Health CoS-Do. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008; 372(9650): 1661-1669.
- 4 Farmer P. Challenging orthodoxies: The road ahead for health and human rights. *Health and Human Rights: An International Journal* 2008; 10(1): 5-19.
- 5 Sen A. Desarrollo como Libertad. Madrid: Editorial Planeta; 2000.
- 6 World Health Organization, Commission on the Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2007.
- 7 Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 19-25; 365(9464): 1099-1104.
- 8 Breilh J. Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
- 9 Diez A. Hacia la recuperación del contexto en epidemiología: variables y falacias en el análisis multinivel. En: Spinelli H, editor. *Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p. 83-100.
- 10 Braveman PA, Egerter SA, Woolf SH, Marks JS. When do we know enough to recommend action on the social determinants of health? *Am J Prev Med* 2011;40(Suppl 1):S58-S66.
- 11 Musgrove P. Judging health systems: reflections on WHO's methods. *Lancet* 2003; 361(9371): 1817-1820.
- 12 De Almeida, Filho N. Hacia una crítica teórica de la epidemiología. En: De Almeida, Filho N, editores. *La Ciencia Tímida*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000. p. 23-58.
- 13 Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med* 2012; 75(4): 761-769.
- 14 Venkatapuram S, Marmot M. Epidemiology and social justice in light of social determinants of health research. *Bioethics* 2009; 23(2): 79-89.
- 15 Venkatapuram S. Health, vital goals, and central human capabilities. *Bioethics* 2012:1-9.
- 16 Hernández M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Revista de salud Pública*. 2008; 10(1):72-82.