

# Los estudios sobre desigualdades en salud pensados a partir de Stavenhagen

**Adriana Dawidowski**

Doctoranda en Ciencias Sociales UNGS / IDES. Investigadora del Hospital Italiano de Buenos Aires.

## Las clases sociales y la estratificación social en la agenda de investigación en salud

El interés por estudiar las desigualdades en salud, entendidas como la distribución diferencial de los patrones de morbi-mortalidad asociados a la clase o la pertenencia social comenzó en los años 80, cuando concitó el interés de los organismos internacionales que la definieron como "*desigualdad injusta y evitable*" (OPS, 2004). Este interés continuó creciendo de manera sostenida y actualmente la identificación y reducción de las desigualdades en el estado de salud de la población constituye un objetivo central de las políticas de salud de los países desarrollados (Harper, 2008).

Uno de los objetivos que se han planteado la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS y OPS) es demostrar y medir las desigualdades en salud existentes, como parte de la estrategia de identificación y definición de los problemas: "*La búsqueda de la equidad debe comenzar con una demostración de las desigualdades existentes, y esto solo se puede lograr si se dispone de información.*" (Alleyne, 2002). Es por esto que hasta la fecha se han realizado innumerables estudios que analizan la distribución de diferentes condiciones de salud en función de lo que hoy se denomina

"Determinantes sociales de la salud" (González Guzmán, 2009).

Es posible decir de manera general que todos los estudios de distribución de la enfermedad según variables sociodemográficas muestran de manera consistente e irrefutable que cuanto más ventajoso en términos sociales es el estrato considerado, mejor es el estado de salud, y esto es así para cualquier aspecto del proceso de salud-enfermedad-atención que se estudie: mortalidad, enfermedades cardiovasculares, enfermedades infecciosas agudas, enfermedades infecciosas crónicas, utilización de servicios de salud, etc., y para cualquier segmento social estudiado: salud materno-infantil, ancianidad, discapacidad, etc. (Gabrysch, 2009).

Este punto es sin duda problemático, porque podría llevar a concluir que, si siempre se verifica la existencia de desigualdades en salud entre los grupos desaventajados respecto de los más favorecidos de cualquier sociedad, en cualquier orden de escala macro o micro estudiadas, sería muy difícil pensar que las desigualdades en salud son "evitables". Más bien solamente podrían ser consideradas como consecuencias secundarias de las buenas o malas condiciones de vida y por lo tanto objeto de las políticas de reducción de la pobreza. En cambio perderían sustento lógico y

epistemológico los programas que se proponen reducir las desigualdades en salud específicamente.

Efectivamente la pregunta por la relación entre "condiciones de vida" y "situaciones de salud" no es una pregunta menor ni banal, ya que, como señala el epistemólogo de la salud Juan Samaja: *...por momentos se tiene la impresión de que existe una contaminación irremediable entre ambas variables, de modo que la respuesta daría lugar a una pura tautología. En efecto ¿no es obvio que los hechos de salud-enfermedad-atención son parte integrante de las condiciones de vida? Siendo así, no es nada sorprendente que las "malas condiciones de vida" aparezcan asociadas a "situaciones deprimidas de salud". Se trataría, en este caso, ante una mera tautología: el concepto "malas condiciones de vida" ya contiene en su semántica la noción de "mala situación de salud"* (Samaja, 2007: 50).

Es decir, si los estudios continúan demostrando que la relación entre condiciones de vida y situaciones de salud es constante y unívoca, y la relación entre ambas parezca naturalmente tautológica, se podría eludir pensar de qué manera las políticas, los sistemas y los servicios de salud contribuyen a generar o a profundizar las desigualdades de salud, y por lo tanto las condiciones de vida de las poblaciones.

## Repensar el abordaje de las desigualdades en salud a partir de Stavenhagen

El diseño de la mayoría de los estudios sobre desigualdades en salud correlaciona un indicador de nivel social que se asume como variable independiente (nivel educativo, ingresos, nivel socioeconómico, etnicidad, etc.) con algún indicador de estado de salud que se asume como variable dependiente (mortalidad, morbilidad, accesibilidad, etc.). Lo que se determina es la relación relativa o absoluta entre el indicador de estado de salud

de los grupos desfavorecidos respecto de un grupo social aventajado que se considera de referencia, por ejemplo el grupo de mayor nivel socioeconómico. Es decir lo que se evalúa es la brecha en términos de estado de salud entre grupos sociales (Health Inequalities Unit, 2008).

En base a este tipo de mediciones se identifican las principales brechas en salud de una sociedad y se proponen acciones específicas para reducirlas. Sin embargo hay una disconformidad extendida tanto sobre los resultados de las políticas para reducir las desigualdades en salud como con la medición de las mismas. Por ejemplo, el sistema nacional de salud del Reino Unido reconoce que la idea de que reducir las desigualdades en salud es difícilmente concebida como un objetivo realista y alcanzable, en parte por la dificultad de identificar claramente qué hacer, cómo hacerlo y quién debe hacerlo (Health Inequalities Unit, 2008). Es decir, se reconoce que medir las desigualdades en salud no aporta información relevante para orientar las políticas de reducción de estas desigualdades. Esas reflexiones adquieren un mayor valor si se tiene en cuenta que el Reino Unido es el que lleva la delantera mundial en políticas y acciones concretas de abordaje de las desigualdades de salud.

Una desilusión semejante respecto de productividad de los estudios sobre desigualdades en salud lo plantea la escuela de Medicina Social Latinoamericana<sup>1</sup>. Este movimiento desde sus comienzos se ha enfocado en el carácter dinámico de la salud-enfermedad, conceptualizándola como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica. Es decir consideran que el perfil epidemiológico de un colectivo social o

---

<sup>1</sup> En América Latina a mediados de los 70 se inició en algunos centros académicos, en especial de México, Ecuador y Brasil, un movimiento que intentaba diferenciarse de las posiciones hasta entonces hegemónicas de la salud pública y de la medicina preventiva, buscando recuperar las nociones de causalidad social del proceso de salud-enfermedad-atención, relegadas durante la era bacteriológica. Esta escuela latinoamericana que se denomina Medicina Social promueve una reinterpretación de la epidemiología dentro del marco teórico del materialismo histórico, y sostiene que la epidemiología tradicional no considera adecuadamente la dialéctica social del proceso salud-enfermedad (Iriart et al. 2002).

institucional requiere un análisis más complejo para lograr comprender por qué y cómo las condiciones sociales se organizan históricamente en distintos modos de vida según la posición respecto de las estructuras de poder, y determinan un acceso diferencial a condiciones favorables o desfavorables, lo que en definitiva configura para cada sociedad la dinámica del proceso salud-enfermedad (Iriart, 2002).

Algunos autores del movimiento de Medicina Social que se volcaron a estudiar las desigualdades en salud entre las clases sociales plantean, citando a Stavenhagen, que es fundamental un abordaje teórico basado en el concepto de clases sociales de la teoría marxista, incluyendo la concepción dialéctica de la relación de clases (Barros, 1986. Barbosa da Silva, 2002).

La propuesta teórica del movimiento de Medicina Social es adoptar una perspectiva relacional, entendiendo que las clases no existen aisladas sino como parte de un sistema de clases, y sólo existen una en relación a la otra. Respecto de los estudios de desigualdad proponen abandonar los criterios clasificatorios de clase social y partir del análisis estructural de la sociedad evitando reducir lo social a variables asumidas como atributos de individuos (Barros, 1986).

Este es un momento histórico particular, porque se está generando consenso entre grupos de investigadores de diversas matrices ideológicas en torno a reconocer que las teorías e ideologías son las que orientan las preguntas de investigación sobre desigualdades en salud, así como el concepto de determinantes sociales que se operacionaliza en las investigaciones, los datos y las metodologías (Krieger, 2010).

Un punto interesante que plantea la Medicina Social es la limitación del instrumental metodológico para dar cuenta de las articulaciones entre los procesos sociales y los procesos de salud-enfermedad. Esta escuela de medicina lo que argumenta es que la mayoría de los estudios se refieren a estratos sociales discriminados según diferentes y variados indicadores, pero que no logran operacionalizar el concepto de clase social adecuadamente (Barros, 1986).

La referencia a Stavenhagen que hace Marilisa Barros es sugerente, porque implicaría una propuesta metodológica que debería reunir varias características:

#### Especificidad por región y tipo de sociedad:

Stavenhagen parte explícitamente de la noción que no es posible universalizar los análisis de clase. Ya desde su definición de clases sociales remarca la base fundamentalmente histórica del concepto de clase social, lo que hace que pierda sentido pretender algún tipo de generalización de los análisis de clases, ya que éstos deben hacer referencia siempre a un lugar y a un momento histórico: *"La clase social es también, y ante todo, una categoría histórica... las diversas clases existen en formaciones sociohistóricas específicas; cada época tiene clases sociales propias que la caracterizan"* (Stavenhagen, 1996: 30). Por esto no tiene sentido hablar en general, por ejemplo, de clases altas, medias y bajas. Por el mismo motivo el concepto marxista de "proletariado" tiene un contenido específico según el momento histórico considerado.

Dado que el concepto de clase parte del modo de producción de una sociedad determinada, y de cómo éste configura relaciones específicas, lo que se espera de un análisis que tenga como referencia las clases sociales es la búsqueda de la estructura de clases propia de la sociedad estudiada.

Explícitamente Stavenhagen reconoce que para hablar de clase social al menos hay que reconocer a los medios rurales y urbanos como específicos y diferentes. También parte de la base que no es posible trasladar los análisis estructurales de los países desarrollados a la de los subdesarrollados, por las condiciones de desarrollo diferentes en uno y en otro, y por la condición histórica de colonias a las que estuvieron sometidos los países subdesarrollados.

En la especificidad histórica y regional se apoya todo el análisis que Stavenhagen realiza en "Las clases sociales en las sociedades agrarias". Dicho análisis le permite distinguir dos tipos de estructuras de clase distintas en las regiones rurales de los países subdesarrollados –una semicapitalista, y la otra netamente

capitalista-, que relacionan con problemáticas específicas a las clases sociales involucradas.

### **Posición crítica respecto a la elección de la clase social como criterio para estudiar las desigualdades en salud:**

El análisis de Stavenhagen se orienta a comprender cuáles son los distintos clivajes que conforman grupos funcionales en las sociedades que él estudia. Partiendo de una perspectiva histórica, su análisis es una búsqueda por entender cómo se conformaron las relaciones étnicas en la región de Chiapas en relación al proceso de colonización, y en la época independiente, y dentro de ésta, según los diferentes modos de tenencia de tierra, los distintos tipos de agricultura, los distintos tipos de cultivos, y las diferentes tipos de relaciones comerciales.

En el recorrido histórico que hace en la historia de las comunidades de Chiapas identifica que por momentos algunas de estas relaciones son dominantes respecto de las otras para explicar la relación interétnica, al punto que, según el momento histórico, predominan las relaciones comerciales por sobre las relaciones interétnicas, y se produce un proceso de aculturación –ladinización- de los grupos indígenas. Esto depende de condiciones que imponen los mercados nacionales y globales, que a su vez determinan el tipo de cultivos y grado de industrialización de la región.

Es decir, para comprender las desigualdades estructurales en la salud en primer término sería necesario comprender y basarse en los clivajes que están dominando en cada momento las relaciones sociales.

Por lo tanto uno esperaría que los estudios se focalicen en:

**-Identificar los diferentes clivajes que atraviesan a la sociedad elegida para estudiar:** Partiendo en primer término de comprender el modo de producción de la sociedad estudiada, para a partir de ahí entender los segmentos que conforman la sociedad, y cuáles de estos pueden considerarse relaciones de clase.

**-Analizar y comprender el rol de las relaciones de clase en relación a los diferentes clivajes que atraviesan la sociedad:** Es decir, entender el rol que tienen las relaciones de clase en la sociedad estudiada, para comprender si el concepto de clase social es el marco teórico adecuado para el análisis de desigualdades en salud de la sociedad que se desea estudiar. Stavenhagen muestra cómo el peso y el significado de los distintos tipos de relaciones –étnicas, coloniales, de clase- van cambiando según las condiciones económicas regionales, en función de las relaciones en las que está inmersa la sociedad nacional. En cada uno de estos momentos la dinámica de los grupos que entran en relación cambian, y cambian también los procesos de asimilación cultural de los grupos –aculturación o latinización en el caso de la sociedad de Chiapas: *"las relaciones coloniales tendían a segregar al indio, en tanto que las de clase a incorporarlo a la sociedad por mestizaje y disolución del indio"* (Stavenhagen, 1996: 246)

**-Elegir una perspectiva analítica que de sustento al estudio de las desigualdades en los procesos de salud-enfermedad-atención en relación con la clase social:** Dado que los procesos de salud-enfermedad-atención forman parte sustantiva de la cultura de los grupos sociales y de las relaciones estructurantes y estructurales, lo que se espera de los análisis sobre desigualdades en salud es partir de una perspectiva que tenga en cuenta el rol de los procesos de asimilación cultural en la estructura social, en el sentido de reforzar / debilitar los distintos tipos de relaciones de las que forman parte los grupos de la sociedad estudiada, incluyendo las relaciones de clase.

Esto necesariamente implica una puesta en cuestión del concepto de desigualdades en salud, ya que obliga a pensar el sentido que tiene para la sociedad estudiada organizarse en planos de igualdad. Es decir, implica situarse nuevamente en la especificidad de cada sociedad, y por lo tanto una deconstrucción del concepto de desigualdades en salud como noción global.

**Análisis del rol que los procesos de salud-enfermedad-atención tienen en la segmentación social, ya sea como**

### consecuencia o como parte del proceso de configuración de dicha segmentación:

Una perspectiva analítica principalmente histórica, que se base en analizar el modo en que los procesos de salud-enfermedad-atención refuerzan / debilitan las relaciones complementariedad, antagonismos y contradicciones entre los segmentos sociales identificados. En otros términos, es un enfoque que no asume *a priori* que pueda existir un estado salud superior o mejor que otro, sin antes analizar el significado de la noción de salud y el rol de los procesos de salud-enfermedad-atención en el marco de las relaciones dialécticas sociales. Es decir, para este tipo de análisis no tiene lugar la pregunta sobre si existe o no relación entre la salud y la clase social, sino que obliga a pensar el mecanismo en que estos dos niveles se interrelacionan.

En suma, el marco de Stavenhagen tiene la posibilidad de aportar al análisis de desigualdades en salud la posibilidad de superar la contradicción tautológica señalada anteriormente, porque pondría la pregunta de investigación en el nivel descriptivo del mecanismo entre dos niveles analíticos distintos: clase social y estado de salud.

### Utilización de los conceptos de clase social y de estratificación social en los estudios de desigualdades en salud

A partir de este marco teórico es posible preguntarse la mayor o menor distancia al mismo de los diferentes abordajes de los estudios sobre desigualdades en salud.

Dado que la escuela de Medicina Social (Iriart, 2002) y las corrientes críticas actuales (Krieger, 2010) plantean que la principal dificultad de los estudios sobre desigualdades en salud es la noción de clase social habría que preguntarse si las investigaciones que se basan en diferentes marcos teóricos logran algún nivel explicativo y comprensivo de la relación entre clase social y salud, que vaya más allá de la tautología señalada por Samaja.

Como vimos anteriormente, los estudios que se basan en la metodología clásica de la epidemiología en general no especifican ningún marco teórico del concepto de clase social, y parten de algún indicador de

status o prestigio social como la educación, el nivel de ingresos, la ocupación, etc. (Cabrera de León, 2009. Raleigh, 2010). En este tipo de estudios se utilizan varios indicadores de posición social, algunos de ellos como variables continuas (por ejemplo ingresos o años de educación), lo que implica un modelo subyacente de continuidad entre los grupos sociales. Es decir, en términos de Stavenhagen, no distinguen la noción de clase social de la estatificación social o de las posiciones de prestigio social, lo que indica la ausencia tanto de una reflexión sobre cuáles son los clivajes que conforman a la sociedad estudiada, como de la búsqueda de los mecanismos relacionales entre los distintos segmentos sociales.

Entre los artículos que explicitan el marco teórico de clase social, se encuentran investigaciones que citan como base a Weber y otros a Marx<sup>2</sup>. Entre los primeros se puede citar a una investigación cuyo objetivo es adaptar la escala desarrollada en el Reino Unido de clase social de Goldthorpe de base Weberiana para medir clase social en España (Regidor, 2001). Para el caso de los estudios con base teórica marxista se tomó como ejemplo una investigación que utiliza la clasificación de Wright (Borrel, 2004).

Esta última investigación forma parte de la Encuesta de Salud 2000 que se lleva a cabo en Barcelona cada 5 años, y lo que se analiza es la relación entre clase social y salud autopercebida, según diferentes condiciones de trabajo, condiciones de vivienda y trabajo doméstico. Para la autora de esta investigación el uso de una escala de clase social de base marxista es una alternativa mejor que las escalas de estratificación social para estudiar inequidades en salud, por su capacidad para dar cuenta de las relaciones de propiedad y control sobre los medios de producción (Borrel, 2004).

Sin embargo, ambas investigaciones arriban a conclusiones que en el nivel de interés de este análisis son semejantes: el primero

---

<sup>2</sup> Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline (National Library of Medicine de Estados Unidos) y Scielo (base de datos brasileña con alcance latinoamericano) de los artículos más recientes indexados con el término "Clase social". También se incluyó en la búsqueda un artículo clásico sobre inequidad en salud de la Escuela de Medicina Social (Noriega & Laurell 2000).

encuentra una relación lineal entre la clase social y la salud, el segundo que la salud autopercibida es peor en los segmentos más desfavorecidos de la población.

No deja de resultar llamativo para una investigación con marco teórico marxista (y contradictorio con el desarrollo de Stavenhagen) que se utilice una escala global para ser aplicada en un país o una región para la cual no fue desarrollada, porque estas escalas asumen los atributos que caracterizan a las clases sociales de las sociedades en las que se desarrollaron dichas escalas. De este modo, extender su uso a otras sociedades lleva implicada la noción que las clases sociales son semejantes en distintos tipos de sociedades. Esta noción es completamente contradictoria con el planteo de Stavenhagen y con el esfuerzo que invierte en su análisis de comprender cuáles son los contenidos específicos de la relación de clases sociales en la sociedad que él se aboca a estudiar.

También el uso de escalas implica desconocer otro punto central de la teoría de Stavenhagen: que los individuos participan en una sociedad de múltiples relaciones. Por lo tanto tienen por objetivo determinar el status de cada individuo en un *continuum* de nivel socioeconómico, pero no sirven para captar los aspectos específicos de un grupo social cuya definición es teórica, y a la que posiblemente no se ajuste exactamente ninguna de las personas que forman parte de ese grupo. De hecho algunos autores de la escuela de Medicina Social se oponen al uso de escalas porque consideran que los indicadores tradicionales de estratificación, como la escolaridad, ingresos, etc. configuran grupos humanos que no necesariamente comparten la misma situación de clase, y por lo tanto representan cortes arbitrarios de los investigadores que no reflejan la complejidad de la estructura social (Lombardi, 1988).

En la investigación de Borrell la encuesta es impactante en cuanto a la cantidad de personas encuestadas, y la contundencia de los resultados. Por ejemplo se determina que para los hombres existen varios "factores mediadores" entre la relación laboral y los malos resultados de salud:

inseguridad en el trabajo y las malas condiciones laborales<sup>3</sup>. Sin embargo el mismo hecho de identificar que la inseguridad laboral es uno de los principales factores que determinan la mala salud de las clases sociales más desfavorecidas, por la obviedad que implica, muestra que el alcance de este tipo de investigaciones no permite comprender los mecanismos por los que se produce esa desigualdad. Es decir, en términos de Stavenhagen no puede considerarse un análisis que permita identificar cuáles son los mecanismos relacionales que se ponen en juego y que configuran este tipo de relaciones de desigualdad.

En último término se analizó la investigación clásica de inequidad en salud del movimiento de Medicina Social de Cristina Assa Laurell que es una de las fundadoras del movimiento de Medicina Social Latinoamericana. En esta investigación se analizan los trastornos mentales, los psicosomáticos y la fatiga en un grupo de trabajadores varones de una empresa siderúrgica, en función de los distintos tipos de actividad; áreas de trabajo, antigüedad en el trabajo y exigencias laborales (Noriega y Laurell, 2000).

Desde el punto de vista teórico, lo que plantean los autores es que los procesos de trabajos son una categoría explicativa y determinante de la salud de los trabajadores, en el cual los riesgos y exigencias laborales actúan como mediadores entre el trabajo y la salud mental, entendida como trastornos mentales, psicosomáticos y fatiga.

El estudio se lleva a cabo en una empresa siderúrgica y lo que comparan son grupos con diferente inserción en el proceso laboral (trabajadores vinculados directamente a la producción y trabajadores que realizan actividades administrativas) y trabajadores con distinto grado de exposición a las exigencias laborales.

La investigación determina que los trastornos psicosomáticos cardiovasculares, las

---

<sup>3</sup> En el caso de las mujeres encuentran una baja asociación entre los resultados en salud y los mediadores de la salud. Esto lo atribuyen al modo en el que miden la clase social en las mujeres.

cefaleas y los trastornos de sueño son tres veces más frecuentes en los trabajadores que se desempeñan en el área de producción. Los trabajadores del área de Aceración presentan mayor probabilidad de trastornos mentales y psicosomáticos que los trabajadores administrativos. También identifican que a mayor exigencia laboral, mayor es la probabilidad de tener enfermedades mentales y psicosomáticas.

Finalmente encuentran que hay variables que se asocian aditivamente entre sí: cuando interactúan la rotación de turnos con demasiado trabajo, se aumenta la aparición de trastornos digestivos y la fatiga.

Para los autores este análisis plantea la necesidad de reducir la cantidad de trabajo, o el ritmo intenso, o la prolongación de la jornada de trabajo (doble turno) que realizan aquéllos quienes rotan turnos, como parte de su actividad laboral.

## Conclusiones y nuevas perspectivas

Todos estos trabajos demuestran que cuanto más desfavorecida es la condición social peor es el estado de salud, independientemente del modo en que se operacionaliza el concepto de clase social. Aún las investigaciones cuyo objetivo es validar escalas para medir clase social, el criterio de validación que utilizan es la existencia de una relación directa entre jerarquía social y nivel de salud.

Esta relación lineal encontrada es independiente del modo en que se evalúa la posición social, sea estratificación, clase social o posición laboral, por lo tanto pierde sentido discutir cuál es el mejor criterio para medir clase social o si el indicador de clase social puede reemplazarse por la posición laboral.

Esto mismo concluyen también otros autores que han revisado las distintas metodologías de estudio de desigualdades en salud, y coinciden en que la tautología señalada por Samaja todavía no ha podido ser resuelta (Yazlle Rocha, 1997). En este sentido es posible afirmar que: "*Los estudios y/o*

*publicaciones se suceden, con más o menos detalles, basados en relatos y/o en números, que bajo distintos tratamientos metodológicos demuestran "el horror" y/o "la injusticia"... Nadie duda que ser pobre no representa ninguna ventaja para un modo de vida digno"* (Spinelli, 2008).

Tampoco los estudios realizados por autores marxistas se apartan de este patrón, al menos en este grupo de estudios analizados, y a pesar que se fundamentan en la definición de clase social de Stavenhagen, no hacen alusión a las relaciones de complementariedad, contradicción y oposición, centrales en el análisis de este autor. Mas bien, es llamativa esta referencia a Stavenhagen por la ausencia de intentos de perspectiva relacional, histórica o regional.

Para Stavenhagen claramente un análisis de clase no implica separar la sociedad en segmentos y determinar las propiedades de esos segmentos, sino entender el modo en que se producen esos clivajes a causa de los modos de producción característicos de esa sociedad, y entender los vínculos recíprocos que se establecen entre estos grupos justamente por ese modo de producción, adoptando la perspectiva de que estos grupos forman parte de un conjunto.

La principal debilidad de las investigaciones analizadas en este trabajo es que, al no profundizar sobre los mecanismos relacionales de las desigualdades en salud, no permiten visualizar en qué medida estas desigualdades son configurantes o se derivan de las relaciones de clase: es evidente que si no se llega a comprender en qué medida las desigualdades son parte de los mecanismos estructurales y estructurantes de las relaciones de clase, no hay forma de saber si son evitables, o cuáles son los marcos en los que se pueden pensar posibilidades de cambio. En este sentido es llamativa la ausencia de estudios de tipo cualitativo, antropológicos o históricos.

Otra debilidad, ligada íntimamente a la ausencia recién mencionada, es que no arrojan ningún tipo de luz sobre qué significa un mejor estado de salud para un determinado grupo social: el concepto de desigualdad en salud, tal como lo entienden la OMS y la OPS implica un diferencial en el estado de salud entre grupos de diferente nivel en una sociedad. Por ejemplo,

se considera desigualdad en salud a la mayor prevalencia de obesidad entre las clases trabajadoras que en las clases altas de la misma sociedad. Pero ¿desde qué punto de vista se puede considerar que la obesidad implica un peor estado de salud? Si no se tiene una perspectiva analítica relacional, la única forma de afirmar que la obesidad es una desventaja en salud es desde el punto de vista de las clases dominantes de la sociedad occidental.

Al respecto es interesante citar un ejemplo que arroja luz sobre la falacia de esta perspectiva: es el caso de una médica argentina que en 1991 intentó desarrollar un programa de procreación responsable en una comunidad mapuche de Neuquén. El siguiente es el relato de su experiencia:

*"...La promoción por mí realizada comenzó a dar sus frutos. A los pocos meses, las "mujeres" ya estaban incluidas en el plan. Como es de suponer, nos empeñábamos más con aquellas cuyas familias eran más numerosas, que eran, para dar un ejemplo, la del portero de la escuela y la del cacique de la comunidad, cosa que no había tomado en cuenta en aquel momento. Tiempo después, al llegar al paraje en una de las visitas periódicas, me encontré con que la maestra me solicitaba que me hiciera presente en la Dirección, pues habían concurrido los "hombres" de la comunidad para hablar conmigo.*

*Confieso que tragué saliva con mucha dificultad y hubiese deseado estar a miles de kilómetros de distancia del lugar; no obstante, asumí mi posición como "doctora" del sistema y encaré la situación.*

*El encuentro fue molesto para ambas partes, pero podía percibirse que "los hombres" tenían muy claro para qué estaban en ese incómodo lugar, cosa que no ocurría conmigo.*

*Quien conoce al pueblo mapuche (yo iniciaba mis escasos conocimientos en aquellos tiempos)*

*sabe que son "gente de pocas palabras", pero puedo asegurar que estas, aunque pocas, fueron muy precisas, y si bien pueden no ser textuales, ya que no fueron escritas por mí en aquel momento, el sentido de las expresiones me quedaron bien grabadas: "Doctora, necesitamos que nos explique por qué nuestras mujeres no se enferman desde que usted está viniendo a verlas" (enfermar debe leerse como quedar embarazada, al igual que aliviar se refiere a parir).*

*El que hablaba era el portero de la escuela, quien me recibía en todas las visitas, sistemáticamente, con mate y tortas fritas, y era padre, en aquel entonces, de once hijos. Su mujer estaba en mi lista de "procreación responsable".*

*Es necesario agregar, también, que en la reunión, entre los ocho hombres, no estaba presente el cacique (luego aprendí que por más médica que fuera, yo era una mujer, y él no me dirigiría la palabra), su prole era también de once hijos, aunque aventajaba al portero por varios varones, evento valioso si los hay en esta historia, y cuya esposa también me visitaba mensualmente.*

*Volviendo a la pregunta que me formularan, intenté explicar que yo no había forzado a nadie, que las mujeres habían "participado" en la elección del método, que yo sólo entregaba anticonceptivos a quienes lo solicitaban. Que era para que no siguieran naciendo tantos niños, los cuales (según mis valores), no iban a tener "todas las posibilidades" de alimento y educación necesarias, etc., etc., etc. tras lo cual me contestaron: "usted, doctora, debió consultarnos sobre el tema, pues usted no comprende el valor que representan los hijos para nosotros" y concluyeron: "doctora, esto se terminó aquí".*

*Regresé al hospital y llamé a reunión al "consejo asesor", en aquel momento mis dos compañeros médicos*



*generales, una mujer y un varón, a quienes relaté el episodio. Lamiendo la herida inferida a nuestro orgullo profesional, lejos de replantearnos a fondo nuestra actitud, pero comprendiendo que la norma iba más allá de los límites tolerables por esta comunidad, decidimos realizar una reunión con "las mujeres" del Mallín, reproduciendo ante ellas la reunión que yo había mantenido en la escuela. Escucharon en silencio, y no se expresaron con palabras, pero no solicitaron más métodos anticonceptivos. El portero va por 14 hijos. El cacique sigue ostentando su cargo, gracias al voto de los hombres de su familia" (Feltri, 2006).*

El análisis que realiza el antropólogo en salud argentino Francisco Maglio sobre este ejemplo es el siguiente:

*"Desde nuestro sociocentrismo asociamos frecuente y equivocadamente la multiparidad como sinónimo de ignorancia y causa del subdesarrollo, cuando en realidad es al revés: no es la causa sino el producto del mismo, ya que es una estrategia de supervivencia. En situaciones de extrema pobreza, un chico produce más de lo que consume. Por otra parte, como surge del texto que nos ocupa, la multiparidad en esa comunidad es una estrategia cultural de defensa y subsistencia frente al avasallamiento del "huinca", que no solamente los limita a una "reserva" en términos de territorio, sino también en la limitación de un desarrollo demográfico." (Feltri, 2006).*

Es decir, para la comunidad mapuche la multiparidad es una estrategia de supervivencia y una respuesta a la situación social de sometimiento, que a la vez los expone a altos índices de mortalidad materno-infantil. Pero estas tasas de mortalidad no pueden entenderse sólo desde la noción de cultura, sino que es necesario recurrir a la comprensión de la dialéctica de la segmentación social. Este ejemplo muestra a las claras que no alcanza con identificar la desigualdad en términos de mortalidad materno-infantil entre esta etnia y el resto de la sociedad argentina, ni tampoco alcanza con

comprender la cosmovisión de los mapuches, sino que es necesario dilucidar el mecanismo relacional que da cuenta de la multiparidad, y entender las tensiones (internas al grupo, y en relación al resto de la sociedad) a la que se enfrentaría este grupo social al cambiar esta conducta, antes que tomar decisiones sobre cualquier tipo de política social o de salud.

No cabe duda, a partir de la lectura de Stavenhagen, que abordar esta temática de la manera unidimensional solamente puede llevar a una mala comprensión del problema, y por lo tanto a proponer soluciones inapropiadas. Como afirma uno de los miembros del grupo de Medicina Social: *"limitar la cuestión de las desigualdades a un problema de carácter distributivo no tiene capacidad explicativa, por lo que sólo se puede llegar a recomendaciones abstractas"* (González Guzmán, 2009).

En otros términos, comprender los mecanismos dialécticos de las relaciones de clases es también un tipo de análisis que evita caer en la trampa de elegir entre los valores de uno u otro grupo social. En este sentido Stavenhagen es terminante: *"no se trata de distinguir, por ejemplo, a los que poseen los medios de producción de los que no los poseen, o a los que trabajan de los que no trabajan, etc. Estas distinciones ... no constituyen más que una parte de la concepción general de la clase social. Lo que importa es que estas distinciones y otras, ocurren dentro de un sistema socioeconómico determinado, en el que las clases en oposición (dominantes-dominadas) son también complementarias y están dialécticamente ligadas entre sí, ya que son parte integral del funcionamiento de un todo (explotadores-explotados)"* (Stavenhagen, 1996: 33).

No se trata, entonces, que el recurso de estudiar el estado de salud de patrones y empleados sea equivocado (de hecho, puede ser parte de un estudio más global), pero sólo puede formar parte de un análisis de clases en la medida en que permita comprender las relaciones de oposición y complementariedad que ligan a patrones y a empleados como parte de un sistema. De esto es lo que adolecen estos estudios: la aspiración a comprender cómo las relaciones que vinculan dialécticamente a estos dos grupos están determinando el estado de salud de cada uno de ellos. Y también cómo el

estado de salud (ya sea el aspecto físico, el acceso a algún tipo de cobertura, el estilo de vida, etc) forma parte de los mecanismos que configuran las relaciones tal cual son.

Una posible explicación de estos resultados es que el concepto de clase social es interpretado por diversos actores de distintas maneras: Stavenhagen mismo da cuenta de las diversas acepciones que alcanza el concepto de clase social en distintos autores; al punto que para él muchos análisis de estructura social son en realidad estudios sobre estratificación de la sociedad: "*en la casi totalidad de la literatura sociológica contemporánea, el concepto de clases sociales tiene esta significación: agrupamientos discretos jerarquizados en un sistema de estratificación*" (Stavenhagen, 1996: 24). Para Stavenhagen todos estos enfoques ignoran el aspecto estructural-funcional dinámico que implica el concepto de clases sociales marxista.

En epidemiología el uso de escalas del tipo de las de nivel socioeconómico tienen el sentido de controlar las relaciones de causalidad que se hipotetizan para otras variables. Por ejemplo si se está analizando la asociación entre la mortalidad y tabaquismo, es necesario controlar la asociación, ya que la prevalencia de tabaquismo es más alta en las clases sociales más bajas (Regidor, 2001). Pero es posible que las diferentes interpretaciones que existen sobre el concepto de clase social haya generalizado acríticamente el uso de este tipo de herramientas para medirlas. Como concluye el autor que adapta la escala de Goldthorpe para usos epidemiológicos en España: "*estas clasificaciones de clase social constituyen la operacionalización de teorías que intentan explicar la estructura social, es decir, su elaboración constituye un fin en sí mismo y no están pensadas para servir de variables explicativas de otras variables dependientes. Por ello, cuando se encuentra una relación entre la clase social y una variable dependiente en el análisis empírico, es difícil determinar qué aspecto de la conceptualización teórica es el principal*

*responsable de esa asociación*" (Regidor, 2001).

En realidad estos estudios sobre desigualdades en salud parecerían haber sido desarrollados con un objetivo principalmente argumentativo a modo de denuncia, y de hecho varios grupos de investigación han comenzado a plantear que las desigualdades sociales en salud ya han sido suficientemente documentadas y que es el momento de buscar enfoques diferente para esta problemática (Krieger, 2010).

Desde el movimiento de Medicina Social se tiene conciencia de estas falencias, y por ejemplo uno de sus principales mentores, Jaime Breilh, plantea que en estos estudios "*están ausentes las categorías definitorias del conjunto y su lógica (acumulación, propiedad, relaciones sociales). En segundo lugar, en el nivel de las clases sociales, hay un versión lineal de sus componentes (educación – ocupación – ingreso) y sesgada más bien hacia la dimensión del consumo, sin llegar a comprender la configuración, dinámica y momento del desarrollo capitalistas*" (González Guzmán, 2009).

Lo que resta plantearse es la posibilidad de arribar a algún tipo de análisis que supere la tautología señalada por Samaja. Una cuestión que plantea este autor es que es necesario pensar si los conceptos "salud", "condiciones de vida" y "reproducción social" son nociones que pertenecen o no al mismo tipo lógico. En este sentido formula una hipótesis que resulta crítica a la lectura: "*convendría considerarlos como tres "campos conceptuales", que se relacionan como fases de un lenguaje que avanza en su capacidad de significación mediante un proceso constructivo de un significado concreto, es decir, complejo. Este cambio de perspectiva implica quitarles a los términos "salud", "condiciones de vida" y "reproducción social" una insidiosa orientación sustancialista, es decir, una velada referencia a tres "entidades" que interactúan entre sí, de modo que la "salud" sea "algo" que está afectado y afecta otro "algo", las "condiciones de vida", y estas dos, a su vez, sean "dos algos" que estuvieran afectados y afectan a una tercera entidad (otro "algo") que sería la "reproducción social"*". (Samaja, 2007: 51).

Este oscuro postulado parece aclararse frente al análisis que realiza Stavenhagen, cuando por ejemplo explica de qué manera la etnia maya se asimila a la cultura ladina, y cuáles son las condiciones económicas locales y globales que hacen posible esa asimilación, y cuál es el impacto en términos de configuración de la estructura social (el equilibrio entre relaciones étnicas, relaciones coloniales y relaciones de clase). Específicamente lo que muestra es que los atributos culturales (las fiestas, la distribución de la riqueza, etc) forman parte de los procesos de estructuración social. En otros términos, su abordaje permite pensar la relación entre las prácticas culturales y la estructura social en relaciones no de causalidad, sino colocando a los conceptos salud-enfermedad-atención como intervinientes en los procesos de estructuración social. Por lo tanto este tipo de análisis tiene la posibilidad de colocar a los conceptos de salud y condiciones de vida en niveles diferentes, vinculados por relaciones que no son de causalidad.

El caso mapuche, a la luz de la interpretación de Francisco Maglio, es un claro

ejemplo que los abordajes relacionales son posibles, y también la riqueza del mismo en términos de comprensión y en términos de programas y políticas de salud. Queda pendiente determinar cómo trasladar este tipo de análisis al escenario de los sistemas y servicios de salud que dan cobertura a las complejas sociedades urbanas actuales.

En resumen, el análisis que realiza Stavenhagen es un buen marco para pensar las inequidades en salud. Es evidente que no siempre es posible desarrollar análisis de estas características, ya que se trata de desarrollos teóricos para los cuales se requiere contar con mucha información contextual y perspectiva histórica, que no siempre está disponible, sobre la sociedad bajo análisis. Sin embargo tal vez lo importante sea no perder de vista la perspectiva analítica, y centrarse en entender cuáles son los clivajes sociales dominantes, de qué manera los procesos de salud-enfermedad-atención refuerzan o se contraponen al juego relacional entre los grupos sociales, y los significados que la salud y la enfermedad adquieren en ese complejo contexto.

## Bibliografía

- Alleyne, George (2002), "Herramientas para la búsqueda de la equidad y la justicia social para todos" en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 12, n°6, pp. i-ii
- Cabrera de León, Antonio; Rodríguez Pérez, María C; Domínguez Coello, Santiago; Rodríguez Díaz, Concepción; Rodríguez Álvarez, Cristobalina; Aguirre Jaime, Armando y el grupo CDC (2009), "Validación del modelo REI para medir la clase social en población adulta" en *Revista Española de Salud Pública*, vol 83, pp. 231-242.
- Barbosa da Silva, Jarbas y Berti Azevedo Barros, Marilisa (2002). "Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história" en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol 12, n° 6, pp. 375-83.
- Berti Azevedo Barros, Marilisa (1986), "A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta.", *Revista de Saúde Pública, S. Paulo*, vol 20, pp. 269-73.
- Borrell, Carme ; Muntaner, Carles; Benach, Joan y Artazcoz, Lucía (2004). "Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour?", in *Social Science & Medicine*, vol 58, pp. 1869–87.
- Feltri, Adriana; Arakaki, Jorge; Justo, Luis; Maglio, Francisco; Pichún, Florentino; Rosenberg, Marta; Spinelli, Hubo; Testa, Mario; Torres Secchi, Alicia y Ynoub Roxana (2006), "Salud Reproductiva e Interculturalidad" en *Salud Colectiva*, vol 2, n° 3, pp. 299-316.
- Gabrysch, Sabine y Campbell, Oona (2009), "Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use" *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol 9, n° 34.

González Guzmán, Rafael (2009), "La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud" en *Medicina Social*, vol 4, n° 2, pp. 135-43.

Harper, Sam; Lynch, John; Meersman, Stephen; Breen, Nancy; Davis, William y Reichman, Marsha E (2008), "An overview of methods for monitoring social disparities in cancer with an example using trends in lung cancer incidence by area-socioeconomic position and race-ethnicity, 1992–2004" *American Journal of Epidemiology*, vol 167, pp. 889–899.

Health Inequalities Unit (2008). "Tackling Health Inequalities: Status Report 2007 on the Programme for Action". London, Department of Health UK. disponible en [www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/DH\\_083471](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/DH_083471)

Iriart, Celia; Waitzkin, Howard; Breilh, Jaime; Estrada, Alfredo y Merhy, Emerson Elías (2002) "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos" en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol 12, n° 2, pp. 128-36.

Krieger, Nancy; Alegría, Margarita; Almeida-Filho, Naomar; Barbosa da Silva, Jarbas; Barreto Mauricio; Beckfield, Jason; Berkman Lisa; Birn, Anne-Emanuelle; Duncan, Bruce; Franco, Saul; Acevedo Garcia, Dolores; Gruskin, Sofia; James, Sherman; Laurell, Assa Cristina; Schmidt, Maria Ines y Walters, Karina (2010) "Who, and what, causes health inequities? Reflections on emerging debates from an exploratory Latin American/North American workshop" en *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol Junio.

Lombardi, Cintia; Bronfman, Mario; Facchini, Luiz; Victora, Cesar; Barros, Fernando, Béria, Jorge y Teixeira, Ana (1988) "Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos." en *Revista de Saúde Pública, S. Paulo*, vol 22, pp. 253-65.

Noriega, Mariano; Laurell, Assa Cristina; Martínez, Susana; Méndez, Ignacio y Villegas, Jorge (2000) "Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental" *Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro*, vol 16, n° 4, pp. 1011-1019.

OPS (2004). "Desigualdades en salud" en *Boletín Epidemiológico / OPS*, vol 25, n° 4, pp. 9-12. disponible en: [www.paho.org/Spanish/DD/AIS/EB\\_v25n4.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/EB_v25n4.pdf)

Raleigh, VS; Hussey, D; Seccombe, I y Hallt, K. (2010). "Ethnic and social inequalities in women's experience of maternity care in England: results of a national survey" en *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol 103, pp. 188–198.

Regidor, Enrique (2001). "La clasificación de clase social de Goldthorpe: Marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología" en *Revista Española de Salud Pública*, vol 75, pp. 13-22.

Samaja, Juan. (2007). *La reproducción social y las relaciones entre salud y condiciones de vida. Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Spinelli, Hugo (2008). "La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina" en "Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud" Eds. ALAMES, Mexico DF. disponible en: [www.alames.org/documentos/ponencias.pdf](http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf).

Stavenhagen, Rodolfo (1996) *Las clases sociales en las sociedades agrarias*. Siglo XXI, Mexico.

-Yazlle Rocha, Juan Stuardo; Guanais Sim es, Breno José y Moreira Guedes, Geraldo Luiz (1997). "Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social" en *Revista de Saúde Pública, S. Paulo*, vol 31, n° 5, pp. 479-87.