

Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES*

Oliva López Arellano,^a José Carlos Escudero^b y Luz Dary Carmona^c

Introducción

El debate sobre los determinantes sociales de la salud, recientemente propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ para el análisis de las condiciones de salud en el mundo, no es un tema ni nuevo, ni ajeno en la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas. De hecho, estas corrientes de pensamiento en salud, parten de los planteamientos de la medicina social europea del siglo XIX, que postulan que “la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que las condiciones sociales y económicas tiene relación en la salud y la enfermedad y que esta relación debería ser motivo de investigación científica (Rosen, 1985:81).

Las particularidades socio-históricas de América Latina posibilitaron en los años setentas del siglo

XX, el desarrollo de un pensamiento innovador, crítico y con base social en salud (Cohn, 2003), que se refleja en la conformación de una corriente teórica, con raíces sociales profundas. Esta corriente reivindica un quehacer científico comprometido con la transformación de las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones y con la solución de los problemas de salud de las clases populares (Waitzkin y col. 2001; Iriart y col. 2002).

Desde sus inicios, esa corriente de pensamiento médico-social, reconoce dos grandes objetos en el estudio de la salud colectiva: 1) la distribución y los determinantes de la salud/enfermedad y 2) las interpretaciones, los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte. Se propone entender a la salud y a la enfermedad (s/e) como momentos diferenciados del proceso vital humano, en constante cambio y

^aDra. Oliva López Arellano. Médica, maestra en medicina social y doctora en epidemiología; profesora-investigadora, Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco; ALAMES Región México, A.C.

Correo-e: oli@correo.xoc.uam.mx

^bDr. José Carlos Escudero. Maestro en salud pública, diplomado en estadísticas de salud, máster en sociología. Ex jefe de Estadísticas de Salud de Argentina, ex investigador en la OMS, ex profesor en la UAM-X; profesor titular en las Universidades de Lujan y La Plata, Argentina; ALAMES, Región Cono Sur.

^cLuz Dary Carmona Moreno. Directora de participación social y atención al usuario, Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá; ALAMES, Región Andina.

*Este texto es resultado de un acuerdo del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud de ALAMES, 29 de septiembre - 2 de octubre del 2008, ciudad de México, para llevar un documento de discusión del Taller a la reunión de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Londres, 7 - 9 de noviembre. Fue preparado con base en las ponencias: “Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia”, del grupo de la Maestría en Medicina Social (UAM-Xochimilco, México) y “Los determinantes sociales de la salud y la acción política” de Mauricio Torres Tovar (Coordinador de la Región Andina de ALAMES).

Envío de comentarios: oli@correo.xoc.uam.mx

expresión en la corporeidad humana del modo específico de apropiación de la naturaleza, bajo una determinada forma de relaciones y organización social y abre tempranamente la discusión en torno a la causalidad y la determinación (Breilh y Granda, 1982; Laurell, 1982). Se desarrolla una posición crítica frente a las visiones biomédicas y epidemiológicas convencionales que desarticulan a la s/e de los procesos sociales, naturalizan lo social e individualizan los fenómenos y cuyo proceder metodológico es propio de las ciencias naturales (Laurell, 1994).

Al postular que la s/e se expresa en la corporeidad y la psique humana, que la gran mayoría de sus orígenes se ubican en procesos sociales y que tanto éstos, como las expresiones biológicas y psíquicas son históricas, construye un objeto de conocimiento propio, que requiere comprender la relación entre los seres humanos, de éstos con la naturaleza humanizada; es decir, la construcción de los individuos como seres sociales y a partir de ahí, reconocer diferentes planos de análisis y procesos que configuran sistemas jerárquicos multidimensionales. Los procesos de determinación social no actúan como agentes biológicos-físicos-químicos en la generación de la enfermedad, no tienen especificidad etiológica, ni obedecen a una mecánica de dosis-respuesta (Laurell, 1994).

Los determinantes sociales de la salud

El análisis del proceso salud/enfermedad y de otros procesos vitales (p.ej. nutrición, sexualidad, reproducción), al tener una *dimensión material*, manifestada en su expresión orgánica, biológica y social y una *dimensión subjetiva* que se refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva, debe elaborar teóricamente las dimensiones biológica y social, así como lo material y lo subjetivo (Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, 2002).

Se requiere pues, de enfoques analíticos capaces de ahondar en diferentes planos de interpretación, que den cuenta de las relaciones,

especificidades y formas de articulación entre las dimensiones señaladas (Granda y col. 1995). Por otra parte, reconocer que la s/e está determinada socialmente, implica un posicionamiento sobre la configuración de la sociedad y una elección teórica para explicar su dinámica. La decisión sobre la perspectiva teórica es crucial, pues desde ahí se reconstruye e interpreta la totalidad social, se hacen visibles los procesos sociales esenciales y en el terreno metodológico, se desarrollan aproximaciones que permiten descifrar la realidad y reconstruir los grupos humanos en los que se expresaría con mayor claridad la dimensión social de la s/e y la historicidad de la biología ((Blanco, López y Rivera, 2007).

La plataforma de esta perspectiva es de base materialista histórica y gramsciana, y reconoce que las formas de producción, consumo y su lógica distributiva -en donde el Estado² tiene una tarea esencial- son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales. En las formaciones capitalistas, estos procesos esenciales de la reproducción social expresan la contradicción histórica entre: propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza, que deviene en relaciones económicas de explotación y exclusión, en relaciones de poder profundamente asimétricas y opresivas (López y Blanco, 2003). Las desigualdades sociales sintetizan estas relaciones, antagonismos y contradicciones económico-políticas e ideológicas, que se expresan en ejes de explotación, dominación, subordinación y exclusión múltiple: de clase, género, etnia/origen y generación, entre otros.

En todas las formaciones capitalistas se expresan estas desigualdades, más o menos exacerbadas dependiendo del momento de desarrollo del capitalismo en cuestión. Sin embargo, la actual fase de desarrollo capitalista deteriora en forma

² El estado entendido como un espacio de condensación de una relación de fuerzas, como regulador de las relaciones sociales y factor de cohesión en una formación social (Belmartino, 1992: 123).

acelerada la calidad de vida de las mayorías e impacta sobre cuatro procesos diferentes pero interrelacionados: el incremento de la pobreza, la profundización de las desigualdades económico-políticas, el deterioro ecológico y sus consecuencias en la salud y la ampliación de brechas sociosanitarias, que conforman sociedades crecientemente polarizadas.

En esta fase, conocida como globalización, el capital impulsa proyectos de reordenamiento mundial basados en los preceptos de la economía neoclásica y de la ideología neoliberal, tiene entre sus características la primacía y movilidad irrestricta del capital financiero, la transnacionalización de las economías, en donde un grupo reducido de empresas definen la producción y el comercio mundial. El acelerado y desigual desarrollo científico-técnico posibilita la transformación y deslocalización de procesos productivos, impone nuevos modos de uso y exclusión de la fuerza de trabajo y la hiperconcentración de recursos planetarios (naturales, económicos, financieros, político-militares, de conocimiento e información), con la exclusión masiva de poblaciones de los satisfactores esenciales para la vida (López y Blanco, 2007).

La reorganización mundial, consolida un bloque de superpotencias, que erosiona los estados-nación e impone a la mayoría de los países un papel subordinado en lo económico, lo político y lo social, cuya esencia es la global-subordinación a un orden planetario basado en las fuerzas del mercado. Se fortalecen los espacios supranacionales de decisiones económicas y políticas, se redefine la soberanía de los países y se imponen megaproyectos sociales que cuestionan la funcionalidad de los regímenes de bienestar, limitan el ejercicio de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, reducen lo público, se apropian privadamente de lo público-rentable y transforman los satisfactores esenciales para la vida, en mercancías. (López y Blanco, 2007). Como parte de estos reacomodos se ha observado un retorno a formas de conducta internacional que se creían superadas: guerras preventivas, guerras que se traducen en

ocupación de países soberanos, el uso de masacres y torturas como armas en esas guerras.

En este proceso, la discusión sobre los determinantes sociales de la salud y las posibilidades de articular proyectos de transformación, pasan por comprender, cuestionar y modificar las relaciones capitalistas de global-subordinación mundial que amplían a todo el planeta su capacidad de explotar, despojar, excluir y exterminar.

La perspectiva de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud

La formación de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), su exhaustivo trabajo para reunir evidencias sobre los determinantes y las desigualdades en salud (CDSS, 2008) y sus diversos informes temáticos (CDSS, 2008), representan un avance en la tarea de hacer visibles las relaciones entre desigualdades sociales y desigualdades en salud. El trabajo de dar visibilidad e importancia a lo social, en la producción de las condiciones de enfermedad, muerte y atención a la salud es esencial, en momentos en que existe un predominio de las visiones gerenciales y tecnocráticas para abordar y resolver los problemas colectivos de salud enfermedad en el mundo (OMS, 2000; OMS, 2001).

Asimismo, su interés por generar recomendaciones que contribuyan a la reducción de las desigualdades en salud y su insistencia en políticas que garanticen servicios esenciales con independencia de la capacidad de pago de las personas, constituye un contrapeso a las propuestas que promueven la privatización de bienes, recursos, servicios y de la vida misma (BM, 1993; BM, 1994; BM, 2004).

El informe final de la CDSS presenta una notable descripción de las desigualdades sociales y de salud, y posiciona en el debate mundial sobre la salud, el tema de los determinantes sociales, que con frecuencia es soslayado por la perspectiva de la “nueva salud pública” o trivializado por las visiones ancladas en el

modelo biomédico (Jarillo, López y Mendoza, 2005). A decir de la CDSS:

“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, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. 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” (CDSS, 2008:14)

La CDSS formula un conjunto de intervenciones para garantizar que se lleven a cabo las tres principales recomendaciones que hace para subsanar las desigualdades en salud en una generación (CDSS, 2007).

Con relación a la primera recomendación referida a mejorar las condiciones de vida cotidianas propone: a) equidad desde el comienzo de la vida; b) entornos salubres para una población sana; acceso a una vivienda de calidad, acceso a agua salubre y a servicios de saneamiento, como derecho de todo ser humano; c) prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno; d) protección social a lo largo de la vida, en una perspectiva universal; y e) atención de salud universal.

Con relación a la segunda recomendación de luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, las estrategias más relevantes que plantea son que la equidad

sanitaria sea un criterio de evaluación de la actuación de los gobiernos; que se cree capacidad nacional para aplicar un régimen impositivo progresivo; que se cumplan los compromisos adquiridos aumentando la ayuda mundial hasta el 0,7% del PIB; que se evalúen las consecuencias de los principales acuerdos económicos mundiales, regionales y bilaterales en la equidad sanitaria; que se refuerce el liderazgo del sector público en la prestación de bienes y servicios básicos esenciales para la salud y en el control de artículos que dañan la salud; que se aprueben y apliquen leyes que promuevan la equidad de género; que se garantice la representación justa de todos los grupos de la sociedad en la toma de decisiones; que las Naciones Unidas hagan de la equidad social un objetivo fundamental de los programas de desarrollo mundial y utilicen un marco basado en indicadores de los determinantes sociales para medir los progresos realizados.

Con relación a la tercera recomendación de hacer medición y análisis del problema, se propone que haya sistemas de datos de inequidades 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 y que haya sensibilización y formación en materia de determinantes sociales de la salud.

Entre los actores que la CDSS convoca para poner en operación estas estrategias, están como los principales actores los gobiernos y el sector público; también se reconocen otros actores como las instituciones y organismos de ámbito mundial, las autoridades nacionales y locales, la sociedad civil, las comunidades académicas, de investigación y el sector privado; que deben intervenir y prestar apoyo para que se concreten las acciones (CDSS, 2007).

A los organismos multilaterales la CDSS les pide coherencia intersectorial en la elaboración de las políticas y la ejecución de las intervenciones para lograr que aumente la equidad sanitaria; a la OMS que potencie su función directriz a través del programa de acción sobre los determinantes sociales de la salud y la

equidad sanitaria mundial; a las autoridades nacionales y locales les pide coherencia en las políticas gubernamentales, intensificación de las medidas que promuevan la equidad y el financiamiento; así como la medición, evaluación y formación; a la sociedad civil le pide intervenciones referidas a la participación en las políticas, la planificación y los programas, evaluación y seguimiento del desempeño; al sector privado le propone aumente su responsabilidad, sus inversiones e investigación; y a las instituciones de investigación les pide generar conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud y difundirlo.

Esta mirada de acción de y entre los actores que puede tener aspectos valiosos, tiene dos inconvenientes que se expresaron en la experiencia de tres años de trabajo desde las organizaciones de la sociedad civil en la CDSS: 1) Las dificultades para generar objetivos comunes y acciones concertadas entre diversos actores, pues la participación de los gobiernos frente al tema fue insuficiente y en América Latina se logró básicamente el compromiso de gobiernos progresistas. (ALAMES, CLOC, RSST, 2006) y 2) que la CDSS desconoce a un actor central con gran capacidad política para incidir en las decisiones nacionales e internacionales en el marco del proceso de globalización: las empresas transnacionales. Nunca como antes el capital a través de estas empresas había logrado ejercer un poder tan amplio. Nunca como antes el capital había podido imponer tan abrumadoramente sus políticas, sus intereses y sus dogmas en el mundo (Benach y Muntaner, 2005). Por lo cual, no definir estrategias frente a este poderoso actor, resta enormes posibilidades a una acción que transforme los determinantes de las inequidades sanitarias e impacte la concentración de poder económico, político y de conocimiento que generan estas empresas.

A partir de estas reflexiones, en el informe de la CDSS se destacan un conjunto de problemas que desde nuestra perspectiva y a la luz de lo expuesto en los apartados anteriores, deben ser discutidos:

- Está ausente una elaboración teórica explícita sobre la sociedad, por lo que la definición de determinantes es relativamente ambigua, pues hace referencia a los determinantes estructurales sin desarrollarlos suficientemente y a las condiciones de vida, que en conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud.
- Limita el problema de las desigualdades sociales a un problema distributivo, en donde la distribución injusta de bienes, ingresos, servicios y poder, afecta la vida de las personas. Su crítica al orden social se reduce a señalar que la mala distribución es tolerada e incluso favorecida por normas, políticas y prácticas sociales.
- La postura de reunir evidencia sobre los *factores sociales* que generan desigualdades en salud, reproduce las limitaciones del paradigma dominante en la epidemiología y la salud pública (Almeida, 2000; Breilh, 2003), pues fragmenta la realidad en factores, suponiendo que aislados mantienen su capacidad explicativa y son susceptibles de ser modificados.
- Los determinantes sociales, al ser convertidos en factores pierden su dimensión de procesos socio-históricos, expresión de formas específicas de las relaciones entre los hombres y de ellos con la naturaleza y, facilita su simplificación al ser entendidos y expresados como factores de riesgo, elecciones inadecuadas de estilos de vida, etc.
- Expresa una visión limitada de la configuración, dinámica y momento de desarrollo de las sociedades capitalistas, por lo que genera recomendaciones políticas abstractas para reducir las desigualdades sociales, limitándose al plano de “mejorar las condiciones de vida” y “repartir recursos”. Recomendaciones sin contexto, reducidas a resolver problemas de gerencia.
- Están ausentes las reflexiones críticas y el análisis sobre la fase actual de desarrollo capitalista, sobre la globalización

neoliberal y la recomposición geoestratégica del mundo, que impone un orden depredador y lesivo para la vida y la salud de los pueblos e impulsa procesos que ponen en riesgo la viabilidad del planeta (el cambio climático global, las guerras por recursos renovables y no renovables y más recientemente las crisis alimentaria y financiera)

- Existen silencios sobre problemas que provocan destrucción, muertes masivas y enorme sufrimiento a las poblaciones. Las guerras imperiales, el genocidio y la manipulación de las transnacionales farmacéuticas y agroalimentarias, entre otros.
- No se problematiza que la reducción de las desigualdades sociales y de las desigualdades en salud tiene los límites del capitalismo en general y de las formaciones capitalistas particulares. Es decir, no se discuten las contradicciones entre lo “políticamente correcto” como preocuparse de la pobreza, proponer la reducción de brechas sociales y sanitarias y simultáneamente defender ferozmente la economía de mercado.
- Se plantea la reducción de las desigualdades en salud como un imperativo ético, sin embargo no hay una discusión explícita sobre los principios y valores de una ética de la salud y de la vida, que trascienda la perspectiva bioética, cuestione la tanatopolítica que impera en el mundo globalizado y que coloque el debate en el plano de la biopolítica.
- Presenta la actividad de los diversos actores como un asunto de voluntades y desconoce las relaciones de poder y las desigualdades entre ellos, e invisibiliza el papel de actores transnacionales con mucho peso sobre la salud y la alimentación.
- En síntesis, el informe de la CDSS cumple con amplitud su propósito de reunir evidencias sobre las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en salud y en destacar la importancia de los determinantes

sociales, pero es insuficiente para avanzar en la comprensión del origen de los problemas, lo que Benach y Muntaner señalan como “las causas, de las causas, de las causas” (Benach y Muntaner, 2008).

La acción política

Un elemento central que caracteriza a la corriente de la Medicina Social-Salud Colectiva Latinoamericana (MS-SC) (Granda, 2003) es entender a la salud como un asunto de orden político, postura proveniente de los postulados de Virchow en el siglo XIX que comprendió la medicina como una ciencia social (Rosen, 1985) y que muchos latinoamericanos retomaron y profundizaron en la segunda mitad del siglo XX, llegando a sostener que “*la medicina es una acción social y no existen acciones sociales que puedan ser apolíticas*” (Fergusson, 1983).

En este sentido desde la MS-SC se asume que los asuntos de la salud están vinculados con los asuntos políticos, es decir con las decisiones colectivas e individuales y por ende con las relaciones de poder, que definen los cursos de vida de los grupos sociales y sus procesos de salud, bienestar, enfermedad y muerte. Asunto de biopolítica (Berlinguer, 2007), en tanto es la política en relación con la vida, que para la MS-SC debe propiciar decisiones y acciones sociales que estén a favor de la dignidad, el bienestar, la salud y la justicia.

La MS-SC reconoce que la noción de determinantes sociales de la salud (DSS), posee una doble connotación en términos de lo político. Por una parte, se incluye dentro de los determinantes de la salud a la dimensión política y por otra se asume que la modificación del conjunto de determinantes de la salud exige la acción política.

La MS-SC postula que la política actúa como determinante al definir la manera como se distribuye el poder económico y social, al definir aspectos macro que dan curso a políticas económicas, sociales y de salud tanto en ámbitos internacionales como nacionales y locales, que

inciden directamente en la salud, la enfermedad y la atención de las poblaciones.

Según la MS-SC la política actúa para enfrentar y transformar los DSS, en tanto se requieren acciones y decisiones políticas que permitan superar las desiguales distribuciones de poder económico y social, determinantes de las inequitativas condiciones de salud de los pueblos (Benach y Muntaner, 2005).

De esta manera, la perspectiva de los DSS, según lo entiende la MS-SC se convierte en una herramienta útil para hacer visibles los aspectos estructurales que tienen que ver con la realización de la salud y dota de mayor contenido político al discurso sobre derecho a la salud (como parte del conjunto de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales), dejando claro que su garantía pasa por cambios estructurales en las formas como se organizan las sociedades para producir y consumir; así como, por una distribución equitativa de los recursos económicos, de poder y conocimiento para y entre los pueblos.

Para la MS-SC, el vínculo entre los aspectos estructurales y la perspectiva de derechos aporta herramientas a los procesos organizativos de exigibilidad de las obligaciones del Estado para transformar los DSS y garantizar el derecho a la salud. Sin embargo, el alcance del informe de la CDSS es limitado, más aún en el contexto internacional actual, donde el papel preponderante en la toma de decisiones es de las empresas transnacionales y de los organismos supranacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Mundial del Comercio) que tienen enorme poder sobre el curso de las políticas públicas de salud.

En este contexto adverso, la utilidad política de lo impulsado por la OMS radica en que el informe de la CDSS se constituye en una oportunidad para denunciar globalmente el conjunto de inequidades en salud que hoy día persisten y posicionar en el debate mundial las desigualdades en la distribución de la riqueza, el poder y el conocimiento como determinantes

fundamentales de estas inequidades y a la vez proponer e impulsar acciones políticas que las modifiquen, pero no más que esto. Las estrategias que propone la CDSS para mejorar la calidad de vida son limitadas, aunque se reconoce un conjunto de propuestas que pueden atemperar el sufrimiento de las personas y contribuir a disminuir las inequidades en salud.

La CDSS apunta en gran medida a hacer evidentes las inequidades en salud en el mundo, asunto importante y que se constituye en un punto de interés común con el campo de la MS-SC; sin embargo, para la MS-SC y especialmente desde la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) como expresión político-organizativa, la apuesta está en generar procesos políticos con diversos actores entre ellos: las poblaciones que se expresan a través de organizaciones y movimientos sociales, los gobiernos progresistas y antineoliberales, los espacios académicos, para contribuir a fortalecer sus recursos de poder y las capacidades políticas para incidir en la distribución de los recursos de la sociedad.

Para la MS-SC, los actores centrales del cambio son los pueblos del mundo, a través de sus organizaciones, movimientos y redes sociales y políticas, en donde la perspectiva de los DSS se considera una herramienta que permite ampliar la comprensión de las causas de las desigualdades injustas y enfrentar el actual modelo de globalización neoliberal, configurando nuevas formas de desarrollo económico y social, que no estén centradas en la acumulación de capital, en el consumo, el individualismo y la destrucción de la solidaridad, y que efectivamente garanticen los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales al modificar las estructuras productivas y la distribución inequitativa de la riqueza y el poder.

Los retos

El agotamiento de esta fase capitalista de globalización neoclásica y neoliberal, como modelo de sociedad, es también una crisis política y teórica que requiere prácticas políticas nuevas y capacidades renovadas de elaboración

teórica. Un quehacer teórico y político que posibilite el desarrollo de propuestas orientadas para la construcción de un mundo sin explotación, sin dominación, sin discriminación y sin alienación (Sader, 2003). Es decir, las directrices de nuestro quehacer, deben inscribirse en una perspectiva anticapitalista y de emancipación.

Entre los retos que se consideran esenciales para nuestro accionar político, se identifican los siguientes:

- Fortalecer la reflexión crítica en los espacios académicos y formar profesionales (mediadores estratégicos) con capacidades teóricas, competencias técnicas, comprometidos con la transformación de las condiciones colectivas de salud, enfermedad y atención, capaces de sumarse e impulsar procesos de cambio (Granda, 2000).
- Solidez teórica para caracterizar e interpretar no sólo las contradicciones de esta fase capitalista y sus consecuencias negativas sobre la calidad de vida y la salud de las poblaciones (ALAMES, 2007), sino las claves para comprender las nuevas formas de lucha antiimperialista en América Latina, el auge de movimientos sociales y políticos, el ascenso de gobiernos antineoliberales y en algunos casos abiertamente anticapitalistas y los contenidos de las propuestas que prefiguren otro orden social.
- Articular el quehacer de diversos actores políticos, institucionales, académicos y sociales, con agendas comunes en la defensa y ampliación de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.
- Contribuir al desarrollo de propuestas que respondan a las necesidades colectivas en el corto plazo y que simultáneamente contribuyan a la transformación social y a la construcción de nuevas relaciones (Bustelo y Minujin, 1998).

En esta perspectiva, enunciamos desde la MS-SC un conjunto de ejes de acción (teórica y práctica), cuyo avance depende de la movilización de múltiples actores y de una correlación de fuerzas favorable, en donde el pensamiento y la práctica de la MS-SC debe darles contenido, para impulsar procesos que prefiguren y fortalezcan otras formas de organización social e institucional :

- Defensa del derecho a la salud
- Defensa y ampliación de los derechos económicos, sociales y culturales (No regresividad, exigibilidad y justiciabilidad)
- Garantía de los satisfactores esenciales para la vida con independencia de la capacidad de pago
- Políticas justas de protección al empleo y trabajo digno
- Modificación equitativa de acuerdos comerciales
- Políticas fiscales progresivas y redistributivas
- Políticas sociales universalistas
- Protección social a lo largo de la vida
- Sistemas universales de salud de base pública.
- Políticas ecológicas que sean sustentables

Desde la MS-SC y ALAMES se apunta a un cambio estructural en tanto el problema de las inequidades sociales y sanitarias está en la esencia misma de la sociedad capitalista. Se apuesta a fortalecer un movimiento continental y global por la equidad en salud, inscrito en el marco amplio de las luchas regionales y mundiales por el derecho a la salud, con formas de desarrollo justo, en donde haya una distribución equitativa de la riqueza material, del poder político, del conocimiento, sin destrucción de la naturaleza. Sociedades que rompan con el modelo hegemónico de la concentración de la riqueza y el énfasis en el consumo de mercancías, como sinónimo de felicidad y éxito.

Lograr una modificación real sobre los determinantes sociales de las inequidades en salud demanda la acción de múltiples actores, que logren colocar la balanza de las fuerzas políticas a favor de la vida, el bienestar y la salud y se oponga a las fuerzas a favor de la acumulación, la exclusión, la enfermedad y la muerte. Demanda animar los valores de la solidaridad, la cooperación, la protección de la vida y el ambiente, en las agendas de la luchas de los movimientos sociales y culturales, del movimiento de las mujeres, de las organizaciones de los grupos originarios del continente, de las organizaciones de trabajadores y profesionales; de los partidos políticos democráticos y progresistas y en la acción pública de gobiernos progresistas locales y nacionales.

Las agendas

La medicina social y la salud colectiva surgen del reconocimiento de que los procesos de salud/enfermedad, las representaciones de éstos y las respuestas sociales para enfrentarlos, expresan hechos histórico-sociales que atañen a los colectivos humanos y que, por tanto, es necesario explicar su determinación y distribución de estos procesos más allá de su causalidad próxima y del ámbito de la biología (Granda, 2003). A pesar del considerable avance en la explicación de diversas formas de manifestación de la s/e, en el marco de los procesos particulares de reproducción social, no se ha resuelto suficientemente la trama teórico-metodológica que fundamenta su propuesta (López y Peña, 2007).

Entre sus retos está el continuar avanzando en descifrar los procesos de articulación/subsunción entre lo social, lo ecológico y lo psico-biológico, distanciándose de los modelos que explican la s/e desde una plataforma biológica-natural o epidemiológica-probabilística y resolver la discusión entre historia y naturaleza, biología y sociedad, reconociendo que se trata de relaciones insuficientemente comprendidas en el plano epistemológico (Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, 2002).

Esto significa, que los desafíos teóricos y metodológicos no solo implican el abordaje de las relaciones entre lo biológico, lo psíquico y lo social, sino también los límites e insuficiencias en la teoría social para comprender la relación entre individuo-colectividad; así como, la delimitación mas precisa de su campo y a las formas de aproximación a sus objetos (Almeida, 2001).

La ampliación del campo y la reformulación particular de los objetos de estudio es un ámbito de quehacer inacabado. Para enfrentarlo, es necesario trascender la visión medicalizada y forzar el “corrimiento” del campo hacia la salud y a los momentos intermedios del proceso s/e; articular a la perspectiva de la determinación social, los planteamientos que rescatan la importancia de la acción humana en la construcción de lo social y, redimensionan la importancia de lo subjetivo.

En los ámbitos de formación de personal de salud y de investigación en salud, constituyen espacios para actualizar y renovar los múltiples aspectos y criterios con los que se asume la formación de profesionales de la salud; así como, las bases con la que se plantea, realiza y valida la investigación.

Actuar bajo la lógica de los determinantes sociales de la salud, requiere la confluencia de distintos cuerpos disciplinarios, por la complejidad de los objetos de estudio, que no sólo atañen a la interpretación, sino que también tienen un sentido instrumental y de acción transformadora en las intervenciones políticas y prácticas en salud, por lo que se requiere el impulso a campos comprehensivos, más que disciplinas. Se requiere transitar a propuestas de formación e investigación, donde se abandone el modelo de cuerpos disciplinarios estáticos y rígidos, a campos de conocimiento, al menos, multidisciplinarios y en el mejor de los casos interdisciplinarios (Jarillo, López y Chapela, 2007).

Desde nuestra visión, es urgente desarrollar una perspectiva ética que permita guiar la toma de decisiones en salud colectiva e iniciar un análisis

riguroso de los principios potencialmente aplicables a un campo de pensamiento y práctica en salud que no elude su carácter esencialmente político. En este sentido, es deseable iniciar con el examen de aquellos principios reconocidos como fundamentales en materia de análisis de la ética política, como es el caso de los principios de: a) solidaridad, b) responsabilidad, c) precaución, d) protección y e) participación (López y Tetelboin, 2006)

La corriente MS-SC, como campo de conocimiento y práctica, pretenden comprender y transformar los procesos de salud, enfermedad, atención, cuidado. Sin embargo, no se trata de proponer un modelo interpretativo acabado, inamovible y extrapolable a todo momento, espacio y población. Se trata de una mirada crítica e innovadora ligada a un modo de entender la historicidad de las expresiones bio-psíquicas humanas como síntesis de procesos sociales e históricos más generales, recuperar sus múltiples dimensiones y formas de articulación y apoyar procesos de transformación social.

Entre las tareas para la MS-SC y ALAMES se propone:

- Hacer un balance en relación a cómo la MS-SC ha utilizado políticamente los DSS en la región de América Latina y hasta donde ha logrado permear la gestión de los servicios de salud y los espacios de gobierno locales y nacionales, con el propósito de reconocer aciertos y desaciertos en las estrategias de operación de la perspectiva de DSS;
- Contribuir a traducir el discurso de los DSS a un lenguaje sencillo y a establecer claramente la relación entre DSS y derecho a la salud, lo que debe permitir que la agenda mundial y continental de los movimientos sociales en salud se amplíe y fortalezca, al introducir elementos de análisis y de estrategias de orden estructural, pero a la vez también tácticos;
- Fortalecer los procesos académicos, de socialización del conocimiento y de profundización de la investigación-acción que sigan develando como se expresan las inequidades en salud en el continente, sus

causas estructurales y las posibles vías de superación;

- Contribuir a la acción de las organizaciones y movimientos sociales de salud retomando, profundizando y fortaleciendo sus propuestas de sistemas de salud universales e interculturales, que protejan los derechos de los trabajadores de la salud, La defensa de la salud en el trabajo como un derecho; los medicamentos como bienes públicos y el acceso universal a los medicamentos esenciales; reconocimiento del agua como un bien público y su disfrute como un derecho humano; defensa de la soberanía y la seguridad alimentaria de los pueblos; oposición a la guerra y a la militarización de los pueblos (Representantes de la sociedad civil a la CDSS-OMS, 2007);
- Trabajar con los gestores/trabajadores de la salud para que entiendan, acojan e impulsen la perspectiva de los DSS, bajo el entendido que son actores principales para la puesta en operación de cualquier cambio en las políticas de salud;
- Incidir en las plataformas programáticas de los partidos políticos democráticos y progresistas, que posibilite incorporar esta perspectiva y dar contenido a los ejercicios de gobierno que desarrollen acciones integrales transectoriales;
- Trabajar con los gobiernos progresistas tanto locales como nacionales, para que el diseño de las políticas públicas aborde la transformación de los determinantes sociales;
- Demandar que la OMS y OPS retomen el protagonismo mundial del campo de la salud, confronten a los organismos financieros internacionales por las políticas privatizadoras de salud que imponen e impulsan la orientación del diseño de las políticas de salud desde la perspectiva de los DSS y denuncien enérgicamente las crecientes violaciones éticas que se cometen en la verificación de eficacia de medicamentos, elementos de diagnóstico y tecnología médica.

Para finalizar, es esclarecedor para la labor política que se propone, el consenso que un

conjunto amplio de organizaciones sociales del continente americano logró y que quedó expresado en la denominada Carta de Brasilia. (Movimientos y organizaciones sociales y populares de las Américas, 2007)

“Es claro para los movimientos y organizaciones de la sociedad civil presentes en la reunión, que la salud es un derecho humano universal, deber del Estado, cuya realización precisa un conjunto de determinantes como la alimentación sana y segura; derecho al trabajo digno y valoración del trabajo reproductivo; ingresos adecuados; acceso, uso y permanencia en la tierra; manejo sustentable de los recursos naturales y renovables; vivienda digna con saneamiento ambiental, participación ciudadana democrática, acceso universal a los servicios de educación y salud oportunos, humanizados, de calidad y pertinentes culturalmente, políticas públicas sociales inclusivas y relaciones sociales no sexistas ni racistas, con tolerancia cultural y religiosa, lo que a su vez expresa que tanto los determinantes de la salud como el derecho a la salud son indivisibles e interdependientes.

En este contexto, se hace evidente que para avanzar en la superación de las inequidades en salud se requiere de manera fundamental configurar modelos de desarrollo social y económicos sustentables, garantes de los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, sexuales y reproductivos; un modelo de Estado que garantice dichos derechos; impulso a la soberanía y seguridad alimentaria, que erradique el hambre del continente, promoviendo reformas agrarias que aseguren el acceso, uso y propiedad de la tierra, posibilite procesos agrícolas sustentables y que preserven la propiedad de las semillas ancestrales en el marco de una propuesta de agricultura familiar y campesina adecuada a la diversidad climática de la región; reformas urbanas que promuevan una mejor distribución del suelo urbano y la construcción de ciudades socialmente justas y ambientalmente sustentables; democratización del capital cultural de la humanidad a través del acceso universal a la educación; concreción de la democracia participativa; y desarrollo de

políticas públicas intersectoriales universales, integrales, equitativas y participativas”.

Este es el horizonte común trazado, llegar a él requiere ganar capacidad política de los sectores progresistas y democráticos del continente para disputar el poder con quienes perpetúan las distribuciones inequitativas.

Es claro que el poder desigual produce inequidad de salud. Bajo esa premisa, la tarea central de la MS-SC esta en relación en seguir haciendo evidente donde están las raíces estructurales de la producción y distribución desigual del poder, la riqueza y los recursos culturales, de conocimiento y ambientales, que generan múltiples inequidades de clase, de género, de etnia/origen, generación y que afectan la salud y plantear estrategias para enfrentarlas y transformarlas. Uno de los retos y deberes políticos de la MS-SC y de ALAMES es aportar en esta dirección.

Referencias.

ALAMES, Declaración de Salvador de Bahía, Congresos IV Brasileño de Ciencias Sociales y Humanas en Salud, XIV de IAHP y X de ALAMES, 18 de julio, 2007, Brasil.

ALAMES, CLOC, RSST (2006). Informe final primera fase participación de la sociedad civil de América Latina en la dinámica de la CDSS. www.alamesgeneral.es.tl

Almeida, Naomar (2000) *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología* (Argentina: Lugar Editorial/Universidad Nacional de Lanus).

Almeida, Naomar (2001) “For a general theory of health: Preliminary epistemological and anthropological notes”, en *Cadernos de Saúde Pública* (Río de Janeiro) Vol. 17, N° 4

Banco Mundial (1993) “Informe sobre el desarrollo mundial 1993”. *Invertir en Salud* (Washington: Banco Mundial).

Banco Mundial (1994) “Informe sobre el desarrollo mundial 2004”. *Envejecimiento sin crisis. Políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento* (Washington: Banco Mundial)

Banco Mundial (2004) “Informe sobre el desarrollo mundial 2004”. *Servicios para los pobres* (Washington: Banco Mundial).

Belmartino, Susana (1992), “Políticas de salud: ¿Formulación de una teoría o construcción de un problema para investigar?”, en Fleury, S. (org), *Estado y políticas sociales en América Latina*, (UAM/FIOCRUZ/ENSP: México)

Benach, Joan y Muntaner, Carles. Desigualdades en salud: una epidemia que podemos evitar. Entrevista por Salvador López Arnal, Rebelión 31 de agosto de 2008,

Benach, Joan y Muntaner, Carles (2005). Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad daña nuestra salud? Carabobo: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”.

Berlinguer, Giovanni (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. Rev. Cubana Salud Pública, vol. 37, No. 1.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Blanco, José, López, Oliva y Rivera, José Alberto (2007). Módulo II: Distribución y Determinantes de la Salud Enfermedad. Maestría en Medicina Social, (México: UAM-Xochimilco)

Breilh, Jaime (2003) *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad* (Buenos Aires: Lugar Editorial)

Breilh, Jaime y Granda, Edmundo (1982) *Investigación de salud en la sociedad* (Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud).

Bustelo, Eduardo y Minunjin, Alberto (1998) *Todos Entran. Propuesta para sociedades incluyentes* (Bogotá: Santillana).

Cohn, Gabriel (2003) “Renovando os problemas nas Ciências Sociais” en Goldenberg, Paulete, Marsiglia, Regina y Gomes, Mara Helena (Orgs.) *O Clássico e o Novo. Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde* (Rio de Janeiro: FIOCRUZ).

Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (2008) “Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando

sobre los determinantes sociales de la salud”. Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, OMS

Comisión de Determinantes Sociales de la Salud - CDSS (2007). Documento de referencia 2: Subsanar las desigualdades en una generación - ¿Cómo? www.who.int/social_determinants

Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (DCSC) (2002) *Plan de Estudios. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco* (México).

Fergusson, Guillermo (1983). Esquema critico de la medicina en Colombia. Bogotá: Fondo Editorial CIEC.

Granda, Edmundo (2000) “Formación de salubristas: Algunas reflexiones” en *La salud colectiva a las puertas del siglo XXI* (Medellín: Universidad Nacional de Colombia/Universidad de Antioquia).

Granda, Edmundo (2003) “¿A qué cosa llamamos salud colectiva, hoy?” Ponencia presentada en el VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva (Brasilia).

Granda, Edmundo, Artunduaga, Luz Angela, Castillo, Humberto, Herdoíza, Amira, Merino Ma. Cristina y Tamayo, Cecilia (1995) Salud Pública: Hacia la ampliación de la razón. En: Mercado, Francisco y Robles Leticia (Comp.) *La medicina al final del milenio. Realidades y proyectos en la sociedad occidental* (Guadalajara: Universidad de Guadalajara/ALAMES

Iriart, Celia, Waitzkin, Howard, Breilh, Jaime, Estrada, Alfredo y Merhy, Emerson (2002) “Medicina Social latinoamericana: aportes y desafíos”, en *Revista Panamericana de Salud Pública* (Washington), Vol. 12, N° 2.

Jarillo, Edgar, López Sergio y Chapela Ma. Consuelo (2007) “La perspectiva de los determinantes sociales en salud en la formación del personal de salud e investigación” Ponencia presentada en el Taller sobre Determinantes Sociales de la Salud, Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública, San Luis Potosí, (México)

Jarillo, Edgar, López, Oliva y Mendoza, Juan Manuel (2005) La formación de recursos humanos en salud pública en México. En: Vásquez D., Cuevas L. y Crocker R. (Coords.) *La formación de personal de*

salud en México. (México: OPS/PROCORHUS), pp. 239-265

Laurell, Asa Cristina (1982) "La salud-enfermedad como proceso social", en *Revista Latinoamericana de Salud* (México) N° 2.

Laurell, Asa Cristina (1994) "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 (Washington, OPS/OMS).

López, Oliva y Blanco, José (2007) Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal, en: Jarillo E. y Ginsberg E. (Coords.) *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*, (Argentina: Lugar Editorial), pp. 21-48.

López, Oliva y Peña, Florencia (2006) "Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano", en: De la Garza Enrique (Coord.) *Tratado Latinoamericano de Sociología*, (España: Anthropol/UAM)

López, Oliva y Blanco, José (2003) "Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones", en: *Salud Problema, Nueva Época*, (México) Vol. 8 N° 14-15

López, Sergio y Tetelboin, Carolina (2006) "Más allá de la bioética: hacia una ética de la salud" en: Eibenschutz, Catalina y col. (Eds.) *¿Hacia donde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de*

salud y propuestas para la acción (México: UAM-X, OPS, UNAM, IPN, FES-Zaragoza)

Movimientos y Organizaciones Sociales y Populares de las Américas (2007). Carta de Brasilia. Minga para reducir las inequidades en salud en la región de la Américas. Reunión Regional de Consulta con la Sociedad Civil sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Brasilia 12 - 14 de abril (inédito).

OMS (2000) *Informe sobre la situación de salud en el mundo*. (Ginebra: Organización Mundial de la Salud)

OMS (2001) *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development* Report of the Commission on Macroeconomics and Health (Canadá: Organización Mundial de la Salud)

Representantes de la Sociedad Civil a la CDSS-OMS (2007). Informe de la sociedad civil de la comisión sobre los determinantes sociales de la salud, OMS. *Journal Medicina Social*, vol 2, No. 4: 212-233 www.medicinasocial.info

Rosen, George (1985) *De la policía médica a la medicina social*, (México: Siglo XXI editores)

Sader, Emir (2006) La venganza de la historia. Hegemonía y contrahegemonía en la construcción de un nuevo mundo posible, (México: Ed. Era)

Waitzkin, Howard, Iriart, Celia, Estrada, Alfredo y Lamadrid, Silvia (2001) "Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups", en *The Lancet* (London), N° 358



Medicina Social
Salud Para Todos