



XI Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva ALAMES 25 años

“La salud en la agenda política y social de América Latina”
Bogotá, Colombia del 17 al 21 de noviembre de 2009

Presentación

El XI Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva es una convocatoria regional y una celebración al mismo tiempo. Es una convocatoria a construir alternativas innovadoras y audaces frente a la crisis económica, política y social profunda de la globalización neoliberal que apenas comienza. La demostración de la inconveniencia del modelo neoliberal, que propició el predominio de la especulación financiera, no puede quedarse nuevamente en un conjunto de medidas estatales de socialización de las pérdidas. Es el momento de proponer y realizar un verdadero cambio de rumbo global.

El Congreso también constituye la celebración de los 25 años de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

Mayor información en
www.alames.org

Desde la década del 60, gracias al liderazgo del médico y sociólogo argentino Juan César Gar-



ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL (ALAMES)
**XI CONGRESO LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA**

ALAMES 25 AÑOS
LA SALUD EN LA AGENDA POLÍTICA Y
SOCIAL DE AMÉRICA LATINA

BOGOTÁ - COLOMBIA
Noviembre 17 al 21 de 2009

cía, surgió la Medicina Social latinoamericana como una alter-

nativa generadora de pensamiento crítico y acción política en salud con sello propio. En los años 70 apareció la Salud Colectiva en Brasil, en el marco de un movimiento sanitario que participó decisivamente en la democratización de ese país y en la posterior creación de su sistema único de salud. En 1984 se conformó ALAMES, como un esfuerzo colectivo de organización que ha permitido producir, recoger, impulsar y divulgar esta corriente de pensamiento y acción política y social, hasta alcanzar un lugar central en el debate regional en salud. Un balance de 25 años debe permitir una valoración de logros y falencias tan sólida y suficiente, que contribuya a formular una perspectiva de proyección estratégica capaz de responder al reto histórico contemporáneo.

Con este doble propósito, el XI Congreso será un escenario de debate, más que un espacio académico tradicional. Pa-

ra ello se ha propuesto un proceso preparatorio y tres ejes de reflexión. El primer eje consiste en profundizar el análisis de la situación de la salud, de la calidad de vida y de la garantía del derecho a la salud en Latinoamérica, con especial énfasis en el impacto del neoliberalismo en esta situación. Se pretende avanzar en la comprensión de los procesos de determinación social de la salud, de producción y reproducción de las inequidades en salud, en particular, los impactos de la desregulación del mercado de trabajo, la privatización sistemática, los tratados de libre comercio, el deterioro socio-ambiental, el cambio climático y el incremento del individualismo.

El segundo eje se centra en las tendencias político-técnicas que han orientado las políticas y los sistemas de salud en América Latina. Se trata de contrastar discursos y prácticas para la garantía del derecho y la equidad en salud. El debate pasa por los fundamentos éticos y las expresiones organizativas que conducen a grandes dilemas: universalidad o focalización; integralidad o segmentación; equidad e inclusión o inequidad y exclusión; predominio público o privado; sistemas únicos de salud o de aseguramiento individual; ordenamientos desde la oferta o desde la demanda; participación institucionalizada o ciudadanía en salud. En este eje se incluirá el aporte de la Medicina Social y la Salud Colectiva en la construcción de políticas y sistemas de salud orientados por el derecho social y la equidad, desde las experiencias de gobiernos locales o municipales, departa-

mentales y nacionales orientados por este pensamiento.

El tercer eje pretende promover la discusión sobre la movilización social y política para la garantía del derecho y la equidad en salud en América Latina, a partir del desarrollo de balances y propuestas de los movimientos sociales para una agenda Latinoamericana. También en este eje se hará una valoración de la participación de la Medicina Social y la Salud Colectiva en la construcción y acompañamiento de movimientos sociales y políticos por el derecho y la equidad en salud y, desde allí, proyectar una propuesta organizativa que fortalezca y dé continuidad al aporte de ALAMES en la región.

El un décimo Congreso es un punto de llegada de un proceso de preparación. Es un escenario abierto al debate y a la construcción colectiva. Con el fin de impulsar debates preparatorios de ponencias colectivas para el Congreso, el Comité Organizador ha elaborado este documento. En él se proponen reflexiones provocadoras sobre los ejes mencionados, de manera que no constituyen una posición acabada. Son, más bien, un estímulo para la construcción colectiva de posiciones y propuestas que deberán llegar al Congreso para su discusión.

Eje 1. Situación de salud y garantía del derecho a la salud en Latinoamérica: avances, obstáculos y retos para su materialización

Con frecuencia se afirma que todos los indicadores demográficos y de salud en la región latinoame-

ricana han mejorado en las últimas tres décadas. Los promedios muestran, sin lugar a dudas, una tendencia favorable (OPS, 2007b). No obstante, las desigualdades entre países y dentro de los países son inocultables y, hoy por hoy, constituyen el principal problema de salud y de calidad de vida de la región. La imagen de la injusticia producida y reproducida en el orden global, no puede ser más elocuente en la Región: las grandes urbes entremezclan sectores ultramodernos de una riqueza exagerada con tugurios miserables; en las zonas rurales contrastan flamantes industrias agrícolas con parajes hostiles detenidos en el tiempo. De tiempo atrás se ha estimado que los ingresos del 20% más rico de la población son 20 veces mayores que los del 20% más pobre (OPS, 1994: 2), y esta desigualdad ha crecido en la última década. América Latina y el Caribe es hoy una región donde “más del 40% de la población vive en la pobreza y el 10% más rico es dueño de casi la mitad de la riqueza [...] La inequidad en el país menos desigual de América Latina – Uruguay – es mayor que el país más desigual de Europa del Este y las naciones industrializadas” (Jubany, 2005). Estas desigualdades se profundizarán con el impacto de la crisis financiera global que apenas comienza. La expresión de la desigualdad social en los resultados en salud es abrumadora: mientras Cuba presenta una tasa de mortalidad infantil de 5,3 por 1.000 nacidos vivos, Haití llega a 57; y mientras Costa Rica presenta una razón de mortalidad materna de 39,3 por 100.000 n.v., Haití tiene 630 (OPS, 2007b: 8).

El análisis de la situación incluye la re-emergencia de enfermedades antes controladas, como la malaria y el dengue, y el aumento de otras, tales como el VIH-Sida y la tuberculosis. También debe incluirse la grave crisis en curso en materia alimentaria, la cual hace prever que a la desnutrición se sumará a la malnutrición, derivada de la falta de soberanía alimentaria. Un aspecto de gran interés es el impacto en salud del deterioro socio-ambiental y del cambio climático global. La lógica desarrollista y el régimen de producción y acumulación, expresada en temas como el manejo del agua, el uso de la tierra, los macro-proyectos de explotación y de transporte y el manejo de políticas de seguridad vinculadas con el control en la producción de sustancias ilícitas, deben analizarse por su impacto en la salud de la población, más que por el cálculo económico de costo-beneficio.

Esta situación no es un producto natural, ni una interacción azarosa de factores naturales y sociales. Desde la perspectiva de la Medicina Social y la Salud Colectiva latinoamericanas se ha reconocida la salud y a la enfermedad como un proceso de naturaleza social, determinado por las relaciones de poder expresadas en la organización de las sociedades (Breilh y Granda, 1982; Laurell, 1982). La injusticia social acumulada es más que un dato estadístico expresado en las desigualdades en materia de calidad de vida, bienestar y salud. “En las formaciones capitalistas, [los] procesos esenciales de la reproducción social, expresan la contradicción histórica entre propie-

dad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza, que deviene en relaciones económicas de explotación y exclusión, y 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, de género, de etnia/origen y de generación, entre otros (López, Escudero y Carmona, 2008).

Desde esta perspectiva general, es necesario caracterizar la actual coyuntura de crisis del modelo neoliberal (cuyo impacto afectará tanto la estructura de los procesos productivos, como la organización de éstos, en términos de una mayor profundización de las tendencias de desregulación del empleo, con el consecuente impacto en las condiciones de calidad de vida de la población) para entender las oportunidades que se abren en torno a propuestas alternativas hacia el desarrollo social y la revitalización de opciones de políticas universalistas de gran impacto en las condiciones de vida de las poblaciones.

El reto de pasar de un estado de contemplación a uno de acción transformadora comienza con una mejor comprensión de los problemas, de la mano de los sujetos políticos que producen el cambio. Si bien la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido recientemente la rela-

ción entre la organización social y la producción de inequidades en salud (CDSS, 2008), las propuestas de solución seguirán siendo superficiales, mientras no afecten los procesos que generan las desigualdades de poder, en las relaciones de clase, de género y de etnia, hoy persistentes y en ampliación, gracias a las decisiones que condujeron a la globalización neoliberal, eje de la actual organización social capitalista (López, Escudero y Carmona, 2008).

Es necesario reconocer que el debate sobre equidad/inequidad es aún distante y poco comprensible, y tiende a confundirse con la tradicional lucha contra la pobreza. La clave está en desnaturalizar la desigualdad, mostrando su injusticia y su origen social. Para la Medicina Social y la Salud Colectiva latinoamericanas la inequidad es un resultado de la organización capitalista, de manera que su superación implica un compromiso profundo con la transformación de la estructura social existente, sobre la base del reconocimiento de la dignidad humana y el compromiso con la justicia y la democracia real.

Desde esta perspectiva es necesario entender la salud más allá de la atención de enfermedades, como un concepto positivo de bienestar producido y determinado socialmente. Esto implica comprender las múltiples esferas de la calidad de vida, entendida ésta como la satisfacción de las necesidades sociales y la realización de las aspiraciones individuales y colectivas, vinculadas con la dignidad humana. Y la calidad de vida exige la garantía de los dere-

chos humanos interdependientes, desde la participación política hasta el “derecho a tener derechos”, pasando por los económicos, sociales, culturales, ambientales, sexuales y reproductivos, individuales y colectivos. Sin embargo, es necesario reconocer que la perspectiva de los derechos también ha sido objeto de debates, no sólo desde los académicos y los profesionales de la salud, sino también desde los movimientos sociales. El análisis de la situación actual pasa por el debate sobre el alcance de la perspectiva de los derechos humanos en la coyuntura actual.

El Congreso deberá, en todo caso, servir de escenario para la construcción colectiva de una visión de conjunto, comprensiva y detallada, de la situación de salud en América Latina.

Eje 2. Tendencias en las políticas y sistemas de salud en América Latina: discursos y prácticas en debate para la garantía del derecho y la equidad en salud.

Los ajustes estructurales llevados a cabo a finales de los años 80s y comienzos de los 90s, con el supuesto fin de combatir la pobreza y la desigualdad social, tuvieron impactos negativos en el bienestar colectivo y en el acceso a los servicios sanitarios (Almeida, 2002; Franco *et al*, 2006). Se puede sostener, reconociendo las particularidades, que los países de la región han estado sometidos en mayor grado a las orientaciones neoliberales que preconizaron el Estado defensor del gran capital, el desmonte de las entidades públicas de atención y la desregu-

lación laboral. Esto ha puesto en entredicho la garantía efectiva del derecho ciudadano a la salud y ha consolidado la idea de un derecho individual, atado a la propiedad de las personas. La demostración de la capacidad de pago y la condición de pobre se ha convertido en la única justificación de inversión pública (PIDHDD & ALAMES, 2005).

De tiempo atrás, ALAMES ha advertido sobre el problema. La declaración política final del VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y del XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud, realizados en la Habana, Cuba, en el año 2000, denunció ante el mundo los efectos devastadores de las políticas sociales neoliberales y convocó a todas las mujeres y hombres comprometidos con la construcción de sociedades justas, equitativas y solidarias, a luchar por los derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos, entre ellos el derecho a la salud como un derecho humano fundamental y bien público. Cuatro años después se reconocieron cambios en la correlación de fuerzas entre los actores políticos y sociales de la región, con base en los avances de la resistencia a las políticas de salud neoliberales y en la construcción de alternativas a las mismas. En el período transcurrido en los últimos ocho años, se han profundizado las movilizaciones sociales y políticas y han surgido nuevos gobiernos nacionales o locales, con enfoques claramente opuestos a la perspectiva neoliberal individualista, anti solidaria y anti-intervención del estado (Laurell, 1999) en beneficio de los explotados y excluidos.

El contenido de las políticas de salud impulsadas por la nueva correlación de fuerzas merece ser identificado y analizado, para conocer su trascendencia frente al régimen de política social neoliberal prevalente. Es necesario comprender su significado y su alcance, en términos de la posibilidad de emergencia de un nuevo régimen de política social y de salud, más progresivo y en consonancia, con las necesidades y demandas de la población, de los movimientos sociales y políticos de la región, y de los propios postulados de la Medicina Social y la Salud Colectiva latinoamericanas.

Con tal propósito, es prudente incorporar al debate el análisis de las siguientes dimensiones:

- El desarrollo de políticas públicas orientadas por la visión de la salud y la seguridad social como derechos sociales de ciudadanía, en contraposición a la fórmula de la focalización excluyente, la homogenización y la fragmentación en paquetes de “beneficios” de las políticas y sistemas de corte neoliberal, hoy expresados en la “nueva protección social” derivada del enfoque del Manejo Social del Riesgo (MSR) (Holzmann & Jørgensen, 2000). Aquí tiene lugar el análisis de la idea de derecho a la salud que sustenta las opciones, los cambios constitucionales, el potencial de las políticas para generar equidad o reproducir las inequidades, los avances en universalidad y amplitud del acceso a los recursos sanitarios, los procesos de inclusión y reconocimiento, y los resultados en salud.

•La acción sobre los determinantes sociales de la salud, partiendo del enfoque del reordenamiento social y de la acción transectorial del aparato de gobierno en territorios sociales.

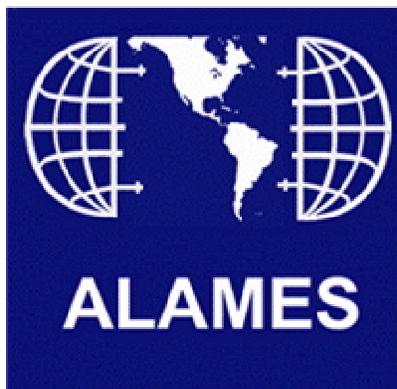
•El avance en el compromiso de los estados en la relación entre seguridad social, salud y políticas macroeconómicas, fiscales y laborales, y el tipo de estratificación social generada (Laurell, 1999).

•La transformación de los modelos de organización y gestión de los sistemas de salud y seguridad social, los avances de propuestas como la Atención Primaria Integral en Salud (APIS), la integralidad de la atención sectorial (promoción, prevención, curación y rehabilitación), la capacidad del Estado para responder a sus obligaciones, enmarcadas en la defensa de los intereses públicos (capacidad de gestión, cantidad y calidad del talento humano, capacidad de contratación, capacidad financiera).

•El grado de despliegue de la movilización y la participación social por la salud, el avance en la visión societaria de la salud como derecho. Interesa analizar la legitimidad social ganada en el marco de las propuestas alternativas, los avances en el diálogo Estado-sociedad en la toma de decisiones, los procesos de democratización del estado y de presupuestación participativa.

En síntesis, en este eje interesa contrastar, al máximo nivel de detalle, la lógica y el desarrollo

práctico de las reformas de corte neoliberal, relacionadas con el MSR, con propuestas y experiencias, tanto desde los gobiernos nacionales y locales alternativos, como desde iniciativas internacionales o desde los organismos intergubernamentales. ¿Se trata de socializar las pérdidas nuevamente? ¿Se protegerá otra vez al capital? ¿Se retomarán las banderas del keynesianismo? ¿Cuáles son las alternativas socialistas? Estas preguntas son pertinentes a la hora de examinar propuestas como la del “trabajo decente” de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2006), o de la superación de la “exclusión social en salud” de la OPS (2003), o la



de “cohesión social” de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2007) y del “universalismo básico” de sus pasados directivos (Ocampo, 2008). En ese marco es fundamental identificar el aporte hecho por la Medicina Social y la Salud Colectiva al contenido de las políticas emergentes, en especial desde el ejercicio de gobierno, precisar las enseñanzas positivas y negativas en la formulación y puesta en práctica de tales políticas y, sobre todo, identificar las perspectivas estratégicas de materialización hacia el futuro de los

postulados centrales de esta corriente de pensamiento en salud, en el nuevo contexto y la correlación de fuerzas en la Región y en el interior de los países.

Eje 3. La movilización social y política para la garantía del derecho y la equidad en salud en América Latina: balances y propuestas para una agenda Latinoamericana.

América Latina se encuentra inmersa en un proceso creciente de democratización y fortalecimiento de los movimientos sociales y partidos políticos surgidos de sectores excluidos y explotados. Esto ha permitido, entre otras cosas, erigir el derecho a la salud como bandera de lucha política y reclamo general de la sociedad. Los gobiernos que se han declarado alternativos o progresistas así lo enuncian, tanto como las organizaciones políticas y/o sociales que declaran opciones distintas de poder en los diversos países. Sin embargo, varios aspectos de esta afirmación deben ser analizados. La lucha por el derecho a la salud está marcada por su fragmentación, en el contexto del individualismo neoliberal y por su fragilidad para componer agendas políticas con peso estratégico, que ubiquen la salud como un elemento político deseable y alcanzable.

La diversidad de movimientos que reivindican la salud desde sus demandas particulares – salud de las mujeres, de los portadores de HIV, de los niños, de los adultos mayores, de los indígenas, etc. ha ocupado el espacio de la agenda política. En este contexto, ha ganado mucha importancia el rol de

las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y de redes sociales, por su vínculo con grupos poblacionales específicos. Sin embargo, con frecuencia las ONG y otros actores sociales moldean la acción social según la orientación de sus financiadores, y transmiten su perspectiva hacia los sectores sociales y populares con los cuales trabajan. La tendencia a llevar adelante luchas focalizadas, con reivindicaciones dispersas, caracteriza la mayor parte de los movimientos. Esto no sólo evade el conflicto social estructural, sino termina cooptando o corporativizando los sectores sociales y populares que dependen materialmente de los financiadores o hacen énfasis en sus intereses particulares perdiendo de vista la perspectiva general de lucha por las transformaciones profundas de la sociedad y por el derecho a la salud. De esta forma, se encuentra una tensión entre lo estratégico y lo pragmático y se percibe en la región la ausencia de estrategias y metas que viabilicen políticamente la construcción de alternativas capaces de superar las causas estructurales de los problemas de exclusión e inequidad acumulados. Esta fragilidad incluye la separación entre la dinámica de los sectores académicos e intelectuales críticos y los movimientos populares de base, afectados por la despolitización provocada por la hegemonía doctrinaria del neoliberalismo.

De otra parte, la hegemonía del pensamiento neoliberal ha entronizado la idea de la escasez de recursos y la necesidad de vincular el acceso a los servicios de salud con la capacidad de pago de las personas, a pesar de la demos-

tración del fracaso de la focalización y de la mercantilización de los servicios de salud para resolver la reproducción de la exclusión social y la fragilidad estructural de las poblaciones. Esto ha generado un empobrecimiento del alcance de las agendas políticas de los movimientos sociales, cuando las hay, y ha llevado a muchos movimientos a luchas reactivas a las violaciones de los derechos y al uso insuficiente de las ventanas de oportunidad política que, por fuerza de las contradicciones sociales, se abren cada día, por ejemplo, en los gobiernos alternativos o progresistas. También es necesario reconocer que, en ocasiones, estos gobiernos terminan adoptando la agenda neoliberal en lo social, especialmente en salud.

La inadecuada percepción de la viabilidad política de las luchas en medio de la hegemonía neoliberal ha generado un conflicto permanente entre los movimientos y opciones políticas de la región, entre un discurso-acción más politizado y transformador, el cual se tilda de “radical” y, por esto, excluido por fuerzas de un amplio espectro de la política, y un discurso más “pragmático”, “puntual” o “centrista” que se apoya en reivindicaciones específicas y se acomoda al *status quo*. De esta forma, las agendas que implican acciones de franca contradicción con las tendencias definidas por el neoliberalismo (protesta, movilización, paros que se centran en la exigencia del derecho a la salud más allá de los dictados definidos y legitimados en las actuales políticas) son rápidamente criminalizados o coopta-

dos por la burocratización de la participación social.

En este panorama complejo, adquiere relevancia la idea de entender y fortalecer mutuamente las agendas políticas, promover la solidaridad y la acción conjunta de los pueblos que buscan proyectarse internacionalmente desde una lectura radical de los derechos, desde una participación protagónica con carácter vinculante, de democracia directa y de construcción de lo público (construcción de bienes y espacios públicos) como la salida esencial al estado de “natural” desconocimiento de los derechos de las personas y de las colectividades (De Negri Filho, 2008).

En este sentido, el aporte de ALAMES tiene singular relevancia en aspectos tales como:

- El abordaje de la complejidad de la lucha social por un modelo de desarrollo sustentable, incluyente, orientado por la equidad, tanto en sus fundamentos como en su praxis política. La lucha por el derecho a la salud, en el marco de la universalidad de la seguridad social y de los derechos interdependientes, exige otra etapa de construcción del sentido y de las herramientas para la lucha social, con una visión estratégica de lo político.
- La conciencia de la hegemonía neoliberal, en medio de la mayor crisis del capitalismo en tiempos recientes, debe permitir explorar las contradicciones actuales, para construir agendas que cuestionen radicalmente lo establecido.

La tarea aquí es rescatar los elementos estructurales del pensamiento Médico Social y de la Salud Colectiva y someterlos al ejercicio de verificar dónde y cómo se ha avanzado en su aplicación. Entender, por ejemplo, las contradicciones generadas en escenarios alternativos, como en Brasil y en Venezuela, que aún no tocan los elementos estructurantes del orden hegemónico en aspectos cruciales. Por ejemplo, el maltrato de los trabajadores de la salud, la persistencia de la desregulación laboral y el financiamiento del sector privado con recursos públicos.

•Se hace necesario contribuir a una “traducción transpolítica”, en palabras de Boaventura de Sousa Santos, para avanzar en el diálogo entre las posiciones políticas diversas que se encuentran en la perspectiva de la transformación radical. Los movimientos sociales y los partidos políticos alternativos deben encontrar un centro de agenda política que, sin perder de vista la diversidad de necesidades y las aspiraciones, sea capaz de golpear la matriz de reproducción de la hegemonía actual.

•Un elemento central es el reconocimiento y la ampliación de la expresión de los excluidos, como una forma de reestructurar la agenda hoy dominante, pasando de lo posible a lo radicalmente necesario.

En síntesis, el tercer eje de discusión del undécimo Congreso debe contribuir a la consolidación de

expresiones políticas capaces de alcanzar la emancipación frente a la subyugación cultural y política, la exclusión social, la explotación económica y la precariedad material de la existencia, frente al discurso hegemónico, frente a los organismos internacionales, frente a la domesticación del pensamiento y a la reproducción de la inequidad, dando paso a la expresión más directa del sufrimiento y negación de las expectativas de la gente y de la identificación de la insuficiencia de las respuestas del establecimiento a la crisis social persistente.

El XI Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva debe ser un parteaguas. Antes y después de los 25 años de ALAMES, en medio de la crisis profunda del modelo neoliberal, que se creía intocable. Esta coyuntura es, al mismo tiempo, un reto y una oportunidad. Un reto, porque la complejidad de la situación exige propuestas atrevidas y complejas, capaces de resolver las urgencias y de avanzar estratégicamente en la transformación de estructuras e inaugurar nuevas formas de pensamiento y acción. Y una oportunidad, porque frente a la crisis, sólo la innovación y el cambio de rumbo tienen cabida. Como decía Bertolt Brecht, “criticar un río es construir un puente”.

REFERENCIAS

Almeida C (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública*, 18 (4): 905-925.

Breilh, J, Granda E. (1982) *Investigación de salud en la sociedad* (Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud) citado en ALAMES (2008) *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ciudad de México, 29 de septiembre al 2 de octubre de 2008 (En prensa)*

Comisión sobre 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*. Resumen analítico del informe final. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL (2007) *Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. CEPAL-Naciones Unidas, Agencia Española de Cooperación Internacional, Secretaría General Iberoamericana, Santiago de Chile.

De Negri Filho A, (2008) Notas para el debate en el marco de la convocatoria al III Foro Social Mundial de La Salud, Brasil. mimeo

Franco A, Palma M, Alvarez-Dardet C. (2006). Efecto del ajuste estructural sobre La situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000. *Rev. Panam. Salud Pública*, 19 (5): 291-299.

Holzmann R & Jørgensen S. (2000) *Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond*. Social Protection Discussion Paper Series No. 6. Social Protection Unit. Human Development Network. :The World Bank, Washington.

Jubany F. (2005) *El estado del debate sobre la inequidad en América Latina*. Ponencia presentada en la Conferencia “Gobernanza y Justicia Social en CUBA: Pasado, presente y futuro”. FLACSO México, 21-

22 de Abril de 2005. En: <http://www.focal.ca/pdf/inequidad.pdf>.

Laurell, Asa Cristina (1982) “La salud-enfermedad como proceso social”, *Revista Latinoamericana de Salud* (México) N° 2 citado en ALAMES (2008) *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ciudad de México, 29 de septiembre al 2 de octubre de 2008. (En prensa)*

Laurell Asa Cristina (1999) “La política de salud en el contexto de las políticas sociales”, en: *Salud, cambio social y política: Perspectivas desde América Latina*, Edamox, México, p. 239-252

López, Oliva y Blanco, José (2003) “Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones”, *Salud Problema, Nueva Época*, (México) Vol. 8 N° 14-15 citado en ALAMES (2008) *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ciudad de México, 29 de septiembre al 2 de octubre de 2008. (En prensa)*

López, Oliva, Escudero, José Carlos y Carmona, Luz Dary (2008) “Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES”, en: *Medicina Social* Vol. 3 N° 4. <http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>

Ocampo JO (2008) Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización. *Nueva Sociedad*, 215: 36-61.

Organización Internacional del Trabajo-OIT. (2006) *Trabajo decente en las Américas. Una agenda hemisférica 2006-2015*. Paris: OIT. En: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---webdev/documents/publication/wcms_081003.pdf (consultado 01-12-08)

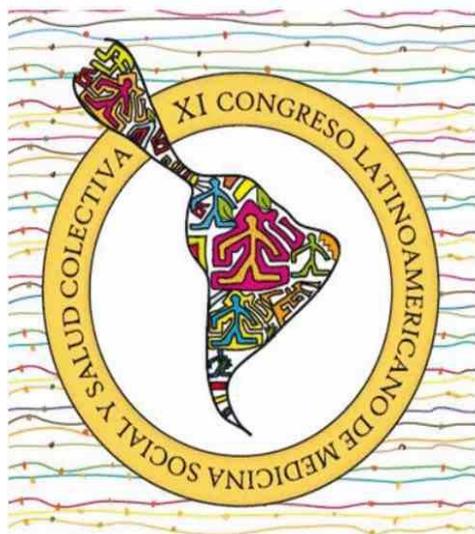
Organización Panamericana de la Salud-OPS (1994). *Las condiciones de Salud en las Américas*. Vol. 1, Publicación científica No. 549, Washington DC: OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud-OPS. (2003) *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Serie N° 1. Extensión de la Protección Social en Salud. Washington D.C.: OPS/OMS, Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI).

Organización Panamericana de la Salud-OPS (2007a). *Informe Quinquenal 2003-2007 de la directora de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Documento OD-329 (Esp.), OPS/OMS. Washington DC.

Organización Panamericana de la Salud-OPS (2007b). *Situación de la salud en las Américas. Indicadores básicos*. OPS/OMS Washington DC:

Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo –PIDHDD- & ALAMES (2005). *Derecho a la salud: situación en países de América Latina*, <http://www.alames.org/documentos/derechosal.pdf>



ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL (ALAMES)
**XI CONGRESO LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA**

ALAMES 25 AÑOS
LA SALUD EN LA AGENDA POLÍTICA Y
SOCIAL DE AMÉRICA LATINA

BOGOTÁ – COLOMBIA
Noviembre 17 al 21 de 2009