

# La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud

*Rafael González Guzmán<sup>1</sup>*

---

En octubre de 2008, se realizó el Taller Internacional “Determinantes Sociales de la Salud”, organizado por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), con la participación de representantes de todas sus regiones. En él se discutió una caracterización de los reportes global y de los grupos de trabajo de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como la postura a adoptar ante ellos. En este trabajo se presentan algunas de las ideas centrales del documento base de la discusión,<sup>i</sup> elaborado por el Comité Organizador, así como un resumen de lo que fueron los principales aportes de los ponentes que de cada una de las mesas del Taller.

## **a) Algunos elementos contextuales a ser considerados**

Pocos años después de la Declaración de Alma Ata, los principales gobiernos y, por tanto, los organismos internacionales (como la OMS y la UNICEF) fueron tomados por la llamada “nueva derecha”. Los planteamientos de “Salud Para Todos en el año 2000” (SPT) y la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), ya de por sí bastante laxos y poco exigentes para garantizar el derecho a la salud (que llevan, por ejemplo, a Mario Testa a preguntarse si se trata de una atención primaria o primitiva de salud),<sup>ii</sup> fueron hechos de lado por una postura francamente neoliberal, de la cual surgieron, en contraparte, la

Atención Primaria de Salud Selectiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.<sup>iii</sup> En 1985, la Fundación Rockefeller habló de “Buena Salud a Bajo Costo”, la UNICEF chocó con las ideas de APS, y en EUA surgió la propuesta de APS selectiva, misma que “fue diseñada para mejorar las estadísticas de salud, pero abandonó el enfoque de Alma Ata, centrado en la equidad social y el desarrollo de sistemas de salud” (p.17).<sup>iii</sup>

La APS selectiva, que inicialmente se planteó como una estrategia interina en la perspectiva de avanzar en el largo plazo en la APS integral, se transformó en una tendencia distinta, orientada a fortalecer el papel del sector privado en la atención a la salud, la separación de funciones de financiamiento y prestación de servicios, la descentralización, el enfoque en la eficiencia y no en la equidad y, más recientemente, el impulso de campañas verticales financiadas directamente y de manera “etiquetada” por los grandes empresarios mundiales. Lejos de caminar hacia la SPT, “En los 80’s, en los 37 países más pobre del mundo, el gasto público en educación cayó 25%, mientras que el gasto público en salud cayó 50%.” (p. 20)<sup>iii</sup>. Así, la OMS fue siendo desplazada en la dirección de políticas de salud por el Banco Mundial, quien influyó fuertemente en imponer las conclusiones de sus informes de 1982 y 1993, a través del condicionamiento de los créditos. A su vez, en 1998, Gro Harlem Bruntland, nueva directora de la OMS, desplazó a aquéllos que seguían insistiendo en la APS a partir de una comisión de Determinantes Sociales formada en 1997, e impulsó, en contraparte, la Comisión de Macroeconomía, dirigida por Jeffrey Sachs, un abierto neoliberal.

---

<sup>1</sup> Médico y maestro en medicina social, profesor de tiempo completo, Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correo-e: [rgcs@servidor.unam.mx](mailto:rgcs@servidor.unam.mx)

En el año 2003, el Dr. Lee fue electo como Director de la OMS y retomó algunos de los planteamientos de Alma Ata.<sup>iv</sup> Así, propuso en 2004 la formación de una Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud que pusiera en el centro la búsqueda de la equidad. A la cabeza de la CDSS se nombró a Michael Marmot, un representante de la epidemiología social europea, más cercano a las posturas de Halfdan T. Malher, a la cabeza de la OMS cuando se llevó a cabo la Declaración de Alma Ata, que al credo neoliberal. Durante tres años, siete grupos de trabajo se dieron a la tarea de recoger los puntos de vista de gobiernos, organizaciones académicas y de la sociedad civil sobre igual número de campos (trabajo, ciudades, desarrollo del niño, género, globalización, exclusión y sistemas de salud). El resultado fue un reporte general y siete reportes parciales que, como veremos, representan una oposición al planteamiento neoliberal, mismo que, aunque reivindicable frente a la ofensiva de la nueva derecha, presenta importantes diferencias con el planteamiento de la medicina social (MS) y la salud colectiva (SC) latinoamericanas, las que a lo largo de muchos años ya, han desarrollado un planteamiento más profundo, radical y comprometido con las luchas de los pueblos.

## **b) El problema de la determinación social de la salud**

La CDSS ha llamado la atención sobre la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales de la salud con la finalidad de mejorar la situación global y combatir la inequidad con la que ésta se distribuye. La Comisión parte, en mucho, del enfoque de la epidemiología social europea, según el cual hay dos tipos de determinantes sociales que actúan sobre la salud: los del primer tipo son los determinantes estructurales, que incluyen a) el contexto socioeconómico y político (conformado por la gobernanza, las políticas macroeconómicas, la posición social, las políticas públicas y la cultura y valores sociales) y b) la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social, mismas que definen la situación de educación, ocupación e ingreso, en medio de determinaciones de género y étnicas. El segundo tipo de determinantes, llamados **intermediarios**, vincula a los anteriores (los estructurales) con los resultados en salud,

están constituidos por circunstancias materiales (como condiciones de vida y trabajo), elementos conductuales y biológicos, factores psicosociales y el sistema de salud. Este tipo de determinantes actuará sobre la equidad en la salud y sobre el bienestar.

Ante esta forma de ver la relación entre salud y sociedad, la medicina social latinoamericana ha hecho una crítica tanto epistemológica como teórica, de la cual se desprenden también corolarios políticos y éticos. Desde el punto de vista epistemológico, en el Taller de Determinantes Sociales, Jaime Breilh<sup>v</sup> presentó un documento en el que se argumenta cómo la CDSS adoptó una postura neo-causalista porque los determinantes sociales son vistos por ella como factores de riesgo, con conexiones externas entre sí, dejándose de lado el análisis de la determinación como procesos y modos históricos estructurados (cosa a la que Carolina Martínez<sup>vi</sup> se refiere como portafolios de riesgos, propios de cada forma de vida social). Con esto, se llega a una postura que busca más influir sobre esos factores aislados, que sobre los procesos estructurales. Breilh<sup>v</sup> señala que la MS y la SC latinoamericanas han avanzado en superar este enfoque por varias vías: contextualizando la exposición dentro de modos de vida, estudiando la dialéctica entre lo individual y lo colectivo y a la salud como objeto complejo multidimensional. En una dirección semejante, Carolina Martínez<sup>vi</sup> planteó que el enfoque de la CDSS se mueve bajo la idea de la epidemiología del riesgo, que ésta debe abrirse a otras miradas (social, antropológica, económica) y que debe considerar que los objetos que estudia la epidemiología son sujetos que llevan a cabo sus propias observaciones y son intérpretes de su campos de acción.

Desde el punto de vista teórico, el informe global y los parciales de la CDSS presentan un conjunto de denuncias sobre las gigantescas inequidades en salud existentes en el mundo. Resulta de gran importancia que en estas épocas de crisis se difundan dichas denuncias, pues son en parte producto de más de 20 años de neoliberalismo y deben contraponerse a quienes desde el Banco Mundial y la propia OMS han impulsado dichas políticas. Sin embargo, el marco teórico dentro del cual se plantean estas denuncias resulta muy

estrecho para ubicar aquellos elementos del modo de organización social del cual se derivan las inequidades denunciadas.

Así, en continuidad con las críticas anteriores, en el documento base del Taller,<sup>i</sup> se planteó que los marcos conceptuales de la CDSS y de la epidemiología social europea:

[...] prestan muy poca atención a lo que la sociedad actual es, centrándose en lo que produce en términos del modelo educación – ocupación – ingreso. Se basan fundamentalmente en la sociología funcionalista,<sup>vii</sup> de acuerdo a la cual, de la estratificación socioeconómica deriva la relación entre escolaridad, ocupación e ingreso. Así, para ellos, uno de los puntos centrales de lo que definiría la justicia o injusticia social es el hecho de que la sociedad brinde por igual una buena educación que les garantice mejores empleos y mayores ingresos, que a su vez permitan contar con mejores condiciones materiales y por tanto mejor salud. Así, las transformaciones que logran verse desde esta óptica, son sólo las mejoras posibles dentro de una sociedad inherentemente inequitativa, a la que se le han limado sus aristas más agresivas y letales (como, por ejemplo, el trabajo forzado, el trabajo infantil, el trabajo peligroso, etc.) (p. 7).

En continuidad con su crítica epistemológica, Jaime Breilh<sup>v</sup> plantea que en el marco teórico de la CDSS están ausentes las categorías definitorias del conjunto y su lógica (acumulación, propiedad, relaciones sociales), el énfasis está en lo que se llama gobernanza y políticas. 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. Los compañeros de la Maestría de Medicina Social y del Doctorado en Ciencias en

Salud Colectiva<sup>viii</sup> (Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México), a su vez, señalan las siguientes limitaciones del enfoque de la CDSS: limita el problema de las desigualdades a un carácter distributivo, de forma que su crítica al orden social se reduce a que tolera la mala distribución; fragmenta la realidad en factores, que aislados pierden su capacidad explicativa al diluirse la dimensión de procesos socio históricos de los cuales, en todo caso, forman parte; no comprenden la configuración, dinámica y momento del desarrollo capitalistas, por lo que llega a recomendaciones abstractas, y, finalmente, que no problematiza que la reducción de las desigualdades sociales y en salud tiene los límites del capitalismo y de las formaciones capitalistas particulares.

En contraparte a este enfoque, y es muy importante no perderlo de vista, la MS y la SC latinoamericanas han desarrollado un marco teórico que conduce a una forma muy distinta de entender pero, sobre todo, de actuar, ante las desigualdades sociales en salud. En este marco, se busca establecer lo que es inherente a la sociedad capitalista en términos de sus formas de división del trabajo, de propiedad y de poder, así como sus formas de reproducción, para de ahí explicar cómo es que se producen las abismales diferencias en la calidad de vida de distintas clases sociales, géneros y de etnias. A su vez, se busca explicar las formas a través de las cuales los individuos y las colectividades crean un conjunto de sentidos y significados de la salud y de la vida, que se materializan en prácticas en salud, que al interactuar con las condiciones de vida determinadas por las formas de organización social, conforman modos de vida. La salud, así, es un campo de confrontación en la que surgen diversas luchas y movimientos sociales, dirigidos central o parcialmente, a eliminar aquellas restricciones para vivir una vida saludable, lo cual pasa por abrir espacios para decidir en libertad las formas de vivir, de disfrutar y ¿Por qué no? de gastar la vida de individuos y comunidades en equidad y democráticamente. Finalmente, otro punto central del marco teórico de la MS y SC latinoamericanas, que es bien distinto al de la CDSS, es que la distribución de la salud y la enfermedad, así como la respuesta social organizada ante las mismas, es producto de los

conflictos que se dan en el interior de las sociedades, y que estos conflictos forman parte de la pugna por el poder entre las clases dominantes que despliegan distintas estrategias para mantener su hegemonía y dominación y con los diferentes sujetos en lucha, como sindicatos, movimientos sociales, etc.

En las construcciones teóricas de la MS Y SC latinoamericanas, entonces, se establece una articulación entre la crítica de lo que la sociedad es, las formas en las que produce o anula la salud y las formas en las que le brota desde dentro la defensa de la salud y la lucha por una sociedad mejor, sin la explotación y el despojo propios de la sociedad capitalista.

### **c) El problema de la desigualdad, la inequidad y la injusticia**

El reporte de la CDSS tiene en primer plano un componente ético: su objetivo explícito e inicial es reducir la brecha de inequidades en salud en el curso de una generación.<sup>1</sup> La CDSS se ha basado, en mucho, en los desarrollos conceptuales de Margaret Whitehead y Göran Dahlgren sobre esta problemática.<sup>ix</sup> Resumidamente, la CDSS parte del concepto de que una parte importante de las desigualdades epidemiológicas tienen un origen social. A estas desigualdades, cuyo origen está en los diferentes lugares que ocupan las personas en el orden social, que son sistemáticas y evitables, se les designa bajo el concepto de **inequidades en salud** y, en la medida en que atentan contra el derecho humano a la salud, la CDSS establece que las inequidades en salud son injustas.

En el enfoque de la CDSS, el origen de las inequidades en salud está en una distribución desigual de la riqueza y del poder entre grupos de individuos en la sociedad. De esta forma, la CDSS se plantea que para lograr la equidad en salud se necesitan políticas sociales que empoderen a individuos, comunidades y países y la redistribución de la riqueza social, a fin de promover una vida saludable y próspera. Las

<sup>1</sup> Cosa que, por cierto, no fue retomada en una muy mala traducción del título del Informe Ejecutivo de la CDSS Closing the gap in one generation como Subsanar las desigualdades en una generación.

medidas propuestas, entonces, se dirigen a recomendar políticas que reduzcan las desigualdades en salud, como decíamos al principio, cerrando la brecha en salud en el curso de una generación.

Más allá de que pueda darse una extensa discusión ética respecto al planteamiento de Whitehead y Dahlgren,<sup>viii</sup> base del trabajo de la CDSS y de muchos organismos internacionales de salud, es importante señalar aquí el aporte de Mario Hernández<sup>x</sup> distingue tres grandes posturas éticas en salud: la liberal, la liberal redistributiva (que incluye posturas socialdemócratas) y una posición de igualitarismo social, donde ubica a la medicina social latinoamericana. Frente a las posturas neo liberales que aceptan sólo la igualdad de oportunidades y que tienden a dar por válidas las diferencias sociales, en tanto que, supuestamente, objetivan esfuerzos y méritos. Las posturas de Whitehead y Dahlgren<sup>viii</sup> de la CDSS se aproximarían más al planteamiento liberal redistributivo, que ve como injustas las desigualdades en salud (o en alimentación y vivienda), pues se trata de derechos sociales. Sin embargo, no proponen alterar las formas de división social del trabajo y de propiedad, según las cuales la inmensa mayoría de la humanidad desposeída tiene que trabajar al servicio de una minoría propietaria, esta postura propone, dentro de esas relaciones, una redistribución de la riqueza como forma de reducir la inequidad, dicen. En esta perspectiva, por válidas y defendibles que puedan ser muchas de las demandas (por ejemplo, educación y salud universales y gratuitas, a cargo del Estado), no se parte de erradicar la inequidad, sino acaso de disminuir sus consecuencias.

Desde la MS y SC latinoamericanas, se ha desarrollado un enfoque distinto que se acerca más al planteamiento de igualitarismo social definido por Hernández.<sup>x</sup> Jaime Breilh, en su conocido libro *Epidemiología Crítica*<sup>xi</sup> plantea las cosas en los siguientes términos: “Las sociedades inequitativas son aquellas donde existe un proceso de distribución desigual del poder. No sólo del poder que controla la propiedad y el uso de las riquezas materiales, sino del que se requiere para definir y expandir la identidad, los proyectos y las aspiraciones de utopías” (p. 215).

La inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que la genera. La inequidad alude al carácter y modo de ser de una sociedad que determina el reparto y acceso desiguales (desigualdad social), que es su consecuencia. Esta distinción es muy importante porque si nuestro análisis estratégico se queda en el nivel de la desigualdad, estaríamos reduciendo o desviando nuestra mirada a los efectos, en lugar de enfocar sus determinantes. La inequidad da cuenta de la esencia del problema, es lo que está en el fondo o en la raíz, mientras que la desigualdad es una evidencia empírica que se hace ostensible en los agregados estadísticos.

La desigualdad es una injusticia en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute, una disparidad en la calidad de vida, mientras que la inequidad es la falta de equidad, es decir la característica inherente a una sociedad que impide el bien común. La inequidad es la injusticia produciendo desigualdades.

Entonces, para la comprensión de la desigualdad es necesario desentrañar la inequidad que la produce. La desigualdad es, más bien, una expresión observable típica y grupal de la inequidad. Expresa un contraste de una característica o medida producida por la inequidad. La categoría desigualdad es la expresión observable de una inequidad social. Las desigualdades se miden, las inequidades se juzgan.

Cuando aparece históricamente la inequidad, es decir, la apropiación de poder y la concentración del mismo en determinadas clases, en uno de los géneros o en algunas etnias, entonces, la diversidad, en lugar de ser fuente de avance humano, pasa a ser un vehículo de explotación y de subordinación. La fuente primigenia de toda inequidad es la apropiación de poder: la apropiación privada de la riqueza que dio origen a las clases sociales, la apropiación patriarcal del poder y la subordinación de grupos étnicos. Esta es la triple inequidad que produce nuestras desigualdades sociales en salud. Las desigualdades en salud en la sociedad actual son producto de esa triple inequidad que las genera y que acompaña inevitablemente a una sociedad como la capitalista, que está regida por la acumulación de la riqueza en un polo y la

explotación, el despojo y la exclusión en el otro polo de la sociedad.

Entonces, para la MS y la SC no se trata de centrarse o limitarse a las desigualdades sociales en salud (que la CDSS equipara con inequidades), sino que examina la inequidad que les da origen, misma que deberá de ser juzgada a partir de la apropiación de poder y de la riqueza que la genera y las formas en las que se manifiesta. Así, la MS y la SC, si bien apoyan el impulso de políticas sociales que reduzcan la desigualdad en salud, y en eso coincide con la CDSS, no limitará su acción a esto, sino que buscará la superación social de la inequidad que las produjo.

No se trata aquí de diferencias menores, si la acción sanitaria es presentada por las clases dominantes como un “igualador” dentro de una sociedad marcada por relaciones sociales explotadoras y opresivas, resulta importante definir si las demandas se sitúan dentro de programa que va a la raíz, es decir, a las formas de opresión capitalista, o bien, es un recurso para mantener la hegemonía de las clases que concentran la riqueza y el poder.

#### **d) El problema de la acción política**

El tercer punto de debate con los planteamientos de la CDSS es el de la acción política ante ellos. Como podrá ya imaginarse, este punto está entrelazado de manera muy intensa con los dos anteriores, pues según la caracterización que se haga de la determinación social y de cómo es que se juzguen las inequidades e injusticias en éste, podrá derivarse el tipo de acción política, así como procesos y sujetos sociales del cambio.

Asa Cristina Laurell<sup>xii</sup> inició su participación señalando que la medicina social en sus inicios centró su actividad política en propuestas dirigidas a cambios profundos en las relaciones sociales en la perspectiva de la revolución social. Posteriormente, dice, empezó a darle peso también a la actividad desde los sistemas de salud (ya sea tras revoluciones, como en Nicaragua, o en procesos de reforma, como el de Brasil). Como sea, desde la MS y la SC latinoamericanas, la perspectiva ha sido la de favorecer aquellas tendencias dentro de los procesos sociales que

tienden a la transformación en las relaciones sociales en la dirección de superar, es decir, dejar en el pasado, todas aquellas formas de explotación y opresión que conducen a modos de vida llenos de enfermedad evitable, inequidad e injusticia, así como a las inequidades en la atención a la salud y la enfermedad.

En el Taller se señaló por varios compañeros que aquellas diferencias con la CDSS observadas en los dos puntos anteriores, tomarán forma en una diferencia en la acción política.

Carolina Martínez<sup>vi</sup> planteó que todas las propuestas de la CDSS están pensadas para realizarse dentro del marco de la situación vigente, es decir, dentro de los límites de una modalidad de organización social que, esencialmente, no permitirá soluciones de fondo. Por lo demás, agregó, probablemente así habría que entender la tarea de este tipo de organismos internacionales: emitir recomendaciones que procuren disminuir lo más oneroso de los efectos nocivos del modo de vida de nuestras sociedades.

En una dirección semejante, Francisco Rojas Ochoa<sup>xiii</sup> señaló que: “No se trata de esperar que la Comisión, por su naturaleza y bajo el auspicio de la OMS, proponga la revolución política, económica y social, sólo propone ‘paños tibios’ para el tratamiento del ‘absceso’, hace denuncia, pero sin encontrar el culpable. El propio término ‘subsana’, que encabeza el título del *Informe Analítico (Subsanar las desigualdades en una sola generación)*, dejaría todo igual si lo aplicamos según la primera acepción que da el Diccionario de la Real Academia Española: ‘subsana. Disculpar o excusar un desacerto o delito’ (p. 112).

En una dirección semejante, Mauricio Torres<sup>xiv</sup> planteó que: “Esta mirada que plantea la CDSS, aunque destaca las causas de las inequidades en determinantes políticos, sociales y económicos, no ahonda en el tipo de modelo de producción y reproducción social que sería la base de esta determinación y, por lo tanto, a la hora de plantear alternativas, no toca la naturaleza de fondo de la sociedad capitalista” (p. 123).

Francisco Rojas Ochoa<sup>xiii</sup> hizo otro señalamiento muy importante: la CDSS dejó de lado un conjunto de problemáticas sociales muy importantes “como la desregulación laboral, la privatización de los servicios públicos y la seguridad social, la explotación de los migrantes, la discriminación según color de piel, etnia, género, la orientación sexual o religión. Los derechos de propiedad intelectual, la subvención a la producción agrícola en los países ricos, la escasa y condicionada ayuda al desarrollo, el calentamiento global y los cambios climáticos y otros muchos componentes de la sociedad capitalista contemporánea que, de modo más específico, incluyen la guerra, el terrorismo en su forma más dañina de terrorismo de estado, la violencia, que se incorpora a la cultura de los pueblos como violencia contra niños y niñas, ancianos y mujeres. Todo lo mencionado guarda relación con los determinantes sociales “¿Por qué no denunciarlos y combatirlos?” (p. 113). Líneas abajo, incluye en su trabajo también otro aspecto no tocado por la CDSS, el de los medicamentos y se pregunta: “¿Por qué no se trata el tema? ¿Llegará el poder de la industria a conseguir que no se hable de ‘sus asuntos’, la iniquidad en materia de acceso a medicamentos es proverbial” (p. 115). En una dirección semejante, José Carlos Escudero<sup>xv</sup> cuestionó: “¿Por qué la CDSS no menciona para nada el más de un millón de muertes evitables producidas por la agresión imperial a Irak?”

Mario Hernández,<sup>x</sup> agregó a los elementos anteriores el siguiente: la CDSS, si bien convoca a un movimiento global y amplio de transformación social, las propuestas y recomendaciones tienden a centrarse en el papel del Estado y en una responsabilidad social del capital, que bien podría traducirse en la tradicional filantropía. De forma que “la propuesta podría desarrollar mecanismos redistributivos que efectivamente disminuyan algunas inequidades, sin tocar las estructuras y procesos que determinan realmente la producción y la reproducción de las inequidades” (p. 94).

Finalmente, en el documento base del Taller<sup>i</sup> se estableció otro elemento a ser considerado: “La MS y la SC no ponen en el centro que los gobiernos de los de ‘arriba’ tomen tales o cuales políticas, ni se conciben como sus posibles

asesores. Demandas tales como el aumento al presupuesto destinado a la salud, la creación de un sistema universal de salud, más escuelas o trabajos más seguros, deberán entonces ubicarse dentro del proceso de lucha entre la hegemonía de las clases dominantes y de creación de contra-hegemonía por las clases subalternas” (p. 13).

Esto nos conduce, entonces, a resumir aquellos elementos que definen la alternativa propia de ALAMES. Carolina Martínez<sup>vi</sup> planteó un rasgo muy general que caracteriza al pensamiento crítico en salud: “los pensadores críticos no pueden contentarse con encontrar medidas que atenúen los efectos de este modo de vida sobre los integrantes más desfavorecidos de la sociedad, sino que están abocados a trabajar en la construcción de un mundo mejor para todos” (p. 37).

En una dirección muy semejante, en la ponencia presentada por varios compañeros de la Maestría de Medicina Social y del Doctorado de Salud Colectiva,<sup>viii</sup> se planteó que: “las directrices de nuestro quehacer académico y político, deben inscribirse en una perspectiva anticapitalista y de emancipación” (p. 150).

Dentro de este enfoque emancipador, la MS y la SC latinoamericanas, entonces, ubican demandas particulares al régimen, pero en la perspectiva no de “subsana” inequidades dentro de un mundo profundamente inequitativo, sino como parte de un proceso de construcción de contra hegemonía de los de abajo. En esta dirección, en el trabajo de compañeros de la MMS y del DCSC<sup>viii</sup> se delineó una plataforma de demandas inmediatas a ser levantadas.

Con una argumentación semejante, Mauricio Torres<sup>xiv</sup> planteó que la lucha por el derecho a la salud puede ser un elemento que articule la defensa ante problemas inmediatos con la lucha por la transformación de las estructuras sociales, en la medida en que la exigibilidad de esos derechos conlleva procesos organizativos. Para él, entonces: “Los actores centrales del cambio son los pueblos del mundo, a través de sus organizaciones, movimientos y redes sociales y

políticas” (p. 122), de forma que una parte de los elementos denunciados por la CDSS puede y debe difundirse en lenguaje adecuado a los pueblos, a fin de promover la lucha por el derecho a la salud y la organización popular alrededor de ella.

Así, de frente a la postura neoliberal que ha tratado en todo momento de esconder las desigualdades sociales y diluirlas en “desigualdades sanitarias”, la CDSS ha realizado un trabajo de síntesis de los “determinantes sociales” de la salud, del cual ha emergido una vasta denuncia de las gigantescas desigualdades sociales en salud que existen en el mundo. A su vez, ha llamado la atención sobre la inequidad que representan y la importancia de actuar ya ante esta situación. ALAMES, entonces, se dijo, debe de saludar el hecho de que se hagan estas denuncias y este llamado a la acción en contra de la determinación social. Sin embargo, a la vez, es necesario no diluirse en los planteamientos de la CDSS pues tienden a reducir la determinación al enfoque de factores de riesgo, aislados de los procesos sociales, dejan fuera del análisis la injusticia de dichos procesos y estructuras sociales y, por tanto, delimitan una acción política que no cuestiona ni se orienta contra el régimen capitalista opresor que da origen a las inequidades y desigualdades sociales en salud.

En un plano más amplio, el compañero Rojas Ochoa<sup>xiii</sup> ubicó la necesidad de que ALAMES transite hacia formas más amplias de participación en las luchas sociales actuales en contra el régimen. Nos dice: “ALAMES no puede olvidar su historia, no puede abandonar lo que he llamado trabajo académico, éste debe continuar. Pero no deberá ser la prioridad. Es necesario volcarse a las trincheras de lucha de los movimientos sociales y políticos. Convertirse ella misma en un movimiento, hacer alianzas con otros movimientos de los que hoy combaten por un mundo mejor que SÍ es posible. Así sucede día a día en nuestra América, dónde se pasa de la palabra a los hechos. Hay necesidad de vivir comprometidos. Va siendo hora de que los ciudadanos digan: ¡Basta! ALAMES debe decir ¡Basta!

## Referencias

- i Comité Organizador del Taller Internacional de Determinantes Sociales de la Salud (2008), “Documento Base para la Discusión”, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, ALAMES, México, D.F.  
<http://www.alames.org/eventos/materiales-taller-determinantes-sociales/>
- ii Mario Testa (1997), *Pensar en salud*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- iii Alec, Irwin y Elena Scali (2005), “Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences. A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health”, World Health Organization, Secretariat of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, [http://www.determinants.fiocruz.br/pdf/texto/IN\\_texto1.pdf](http://www.determinants.fiocruz.br/pdf/texto/IN_texto1.pdf)
- iv El Dr. Lee dice: “Una parte crucial de la justicia en las relaciones humanas es la promoción de un acceso equitativo de las condiciones facilitadores de la salud... La meta de Alma Ata de “Salud para Todos” era correcta. Como lo eran también los principios básicos de la atención primaria: acceso equitativo, participación comunitaria y enfoques intersectoriales para mejorar la salud. Estos principios deben adaptarse al contexto actual” (Alec Irwin y Elena Scali<sup>iii</sup>, p. 31).
- v Jaime Breilh (2008), “Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud”, ponencia, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, ALAMES, México, D.F.  
<http://www.alames.org/eventos/materiales-taller-determinantes-sociales/>
- vi Carolina Martínez Salgado (2008), “Abrir la Epidemiología”, ponencia, Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES, octubre 2008, México, D.F.  
<http://www.alames.org/eventos/materiales-taller-determinantes-sociales/>
- vii Krieger Nancy, Williams DR, Moss NE (1997), “Measuring social class in US public health research,” *Annu Rev Public Health* 18:341-78.
- viii López, Oliva, José Blanco, María de los Ángeles Garduño, José Arturo Granados, Edgar Jarillo, Sergio López, José Alberto Rivera, Carolina Tetelboin (2008), “Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia”, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, ALAMES, México, D.F.  
<http://www.alames.org/eventos/materiales-taller-determinantes-sociales/>
- ix Whitehead, Margaret and Göran Dahlgren (2006), *Levelling up (part 1). A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*, WHO Europe, Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool, UK, Denmark,  
[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/levelling\\_up\\_part1.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/levelling_up_part1.pdf)
- x Hernández, Mario (2008), “Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones”, ponencia, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, ALAMES, México, D.F.  
<http://www.alames.org/eventos/materiales-taller-determinantes-sociales/>
- xi Dahlgren, Göran and Margaret Whitehead (2006), *Levelling up (part 2). A discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health* *Studies on social and economic determinants of population health*, WHO Europe, Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool, UK, Denmark,  
[http://www.dssp.uniroma1.it/convegni/Documentazione\\_Corso\\_ADE\\_Salute\\_Globale\\_ed\\_Equit%C3%A0\\_in\\_Salute/19\\_gennaio\\_2008/Whitehead\\_06\\_1.pdf](http://www.dssp.uniroma1.it/convegni/Documentazione_Corso_ADE_Salute_Globale_ed_Equit%C3%A0_in_Salute/19_gennaio_2008/Whitehead_06_1.pdf)
- xii Jaime Breilh, *Epidemiología Crítica*, Editorial Lugar, Buenos Aires –Quito, 2003.
- xiii Laurell, Asa Cristina (2008), “Los determinantes sociales de la salud y la acción política”, ponencia, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, ALAMES, México, D.F.  
<http://www.alames.org/eventos/materiales-taller-determinantes-sociales/>
- xiv Rojas Ochoa, Francisco (2008), “Los determinantes sociales de la salud y la acción política”, ponencia, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, ALAMES, México, D.F.  
<http://www.alames.org/eventos/materiales-taller-determinantes-sociales/>
- xv Torres, Mauricio (2008), “Los determinantes sociales de la salud y la acción política”, ponencia, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, ALAMES,

México, D.F.

<http://www.alames.org/eventos/materiales-taller-determinantes-sociales/>

xv Escudero, José Carlos (2008), comentario, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, ALAMES, México, D.F.



# Medicina Social

Salud Para Todos