

Desigualdades en salud: Determinantes sociales o determinación social

Diana Weingast

Introducción

Recientemente, la bibliografía sociológica sobre la desigualdad (Reygadas, 2004, 2008; Kessler, 2014) plantea las limitaciones de los enfoques interaccionistas y estructurales, proponiendo marcos analíticos multidimensionales que articulen los niveles macro- y microsocial. Esto implica conjugar dichos enfoques, sosteniendo que para el análisis de la desigualdad se deben considerar aspectos económicos, políticos y simbólicos que están copresentes en los distintos tipos de relaciones en los que se expresa la desigualdad: etnia, género, edad, clase, etc.

Con esa lente, y el foco de interés puesto en cómo se aborda la desigualdad en el campo de la salud pública, este capítulo se propone recuperar el modo en que se tematizó en dos organizaciones de naturaleza distinta: la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

En el primer apartado sobre desigualdades en salud se presentan ambas perspectivas, y se destaca que mientras que la OMS ubicó el problema en el plano ético/moral y en relación a la justicia social, la perspectiva de la medicina social latinoamericana, de base materialista histórica y gramsciana, asumió una crítica de la epidemiología convencional, sosteniendo propuestas transformativas.

En el segundo apartado se analizan los lineamientos centrales del modelo de determinantes sociales de la salud (DSS), utilizado por la OMS para evaluar las desigualdades en salud de la población y orientar acciones, el cual considera que esas desigualdades constituyen una problemática de salud pública que requiere la intervención de los Estados.

En el tercer apartado se reconstruyen los planteos críticos a las dinámicas de reproducción social en las sociedades capitalistas, y su centramiento en la salud colectiva y en la lucha política. Particularmente, haremos referencia a esta corriente tal como lo viene expresando con fuerza desde 1983 la Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

El capítulo cierra con una nota final en la cual la coyuntura de la pandemia COVID 19 constituye un disparador para reflexionar sobre la determinación social de la salud.

Las desigualdades en salud

Las desigualdades en salud constituyen un problema de interés de larga data, que tiene como antecedente los planteos de la medicina social europea del siglo XIX, que, en el contexto de la tercera oleada revolucionaria acontecida en 1848, fue impulsada por algunos médicos (Guérin, Virchow, Neumann, etc.), quienes postularon que las condiciones sociales y económicas tienen relación con la salud y enfermedad de las poblaciones. Juan C. García (1984), a propósito del nacimiento del concepto de medicina social, expresó que:

a pesar de que era utilizado en una forma ambigua, trataba de señalar que la enfermedad estaba relacionada con “los problemas sociales” y que el Estado debería intervenir activamente en la solución de los problemas de salud (p. 154).

La Medicina Social Latinoamericana (MSL), cuestionadora de los efectos deteriorantes de las políticas desarrollistas de fines de los 60

en la salud pública,¹ en los años 70 del pasado siglo centró su mirada en la problematización de la enfermedad, las condiciones de vida y trabajo a partir de los aportes de J. C. García, Laurell, Breilh, Duarte Nunes, entre otros. Desde esta perspectiva, los procesos económicos, sociales y políticos son centrales a la hora de analizar la salud y enfermedad colectiva. Laurell (1982, 1986) sistematizó los planteos de esta corriente señalando el carácter histórico y social de los procesos de salud-enfermedad, como así también planteando la causalidad de los mismos en términos de *determinación*. Tal como se expresa en el informe conjunto de ALAMES y del Centro Brasileiro de Estudos de Saude (CEBES) del 2011, la determinación social, como categoría analítica, abarca los procesos estructurales que conforman los procesos de salud y enfermedad, y las diversas concepciones y respuestas en torno de las mismas, en clave histórica. De esta manera, abrió un debate respecto al análisis de la salud en términos de factores aislados de una realidad que instala visiones mono- y multicausales, o desde el enfoque de riesgo, que individualiza y responsabiliza al sujeto.

¹ Tal como expresan Iriart (*et al.*) (2002) “Con el desarrollismo se revierte esta tendencia redistributiva de la riqueza. Mientras se observaba un crecimiento de los indicadores macro-económicos en la mayoría de los países latinoamericanos, se deterioraban los indicadores sociales, entre ellos los de la salud. Hacia fines de los años sesenta, las transformaciones en la producción y en las condiciones de vida y trabajo implicaron un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas y de los accidentes de trabajo. Fue el comienzo de la coexistencia de enfermedades de la pobreza y de la riqueza. Las grandes desigualdades ante la enfermedad y la muerte se hicieron cada vez más visibles. Las relaciones entre clase social y problemas de salud se hicieron evidentes, así como las inequidades en el acceso a los servicios de salud. La capacidad de diagnosticar y tratar enfermedades creció notablemente, pero el acceso de la población a estos avances fue muy diferente. Los gastos en salud crecieron, pero sus efectos en las condiciones de salud fueron muy limitados. Esta situación mostró que la existencia de más y mejores servicios no está relacionada con el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, en especial cuando hay grandes diferencias en el acceso a estos avances” (p. 1).

Autores como Breilh (1991) centraron la mirada en la reproducción social, considerando que “las modalidades de vida, en cuyo seno cobran existencia los procesos destructivos y deteriorantes, como los patrones de enfermedad que los expresan, son característicos en cada conglomerado o clase social” (p. 204). Otros autores analizaron los procesos de trabajo, dando cuenta de los distintos tipos de desgaste de los trabajadores según su relación con el proceso productivo (Laurell y Márquez, 1983; Laurell y Noriega, 1989). En el presente siglo, en el marco de las convocatorias de ALAMES 2008 y CEBES 2010, algunos autores (Breilh, 2008, 2010; López Orellano et al., 2008; Hernández, 2008; entre otros) retomaron la problematización de la determinación social a propósito del debate generado a partir del informe de la OPS/OMS sobre los determinantes sociales de la salud.

En 2005, la OPS y la OMS conformaron la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), cuyo propósito fue “generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias” (OMS, 2009).

El interés de hacer inteligible este debate nos llevó a revisar algunos antecedentes que favorecieron, legitimándolo, que la problemática de la desigualdad en salud forme parte de la agenda pública de los organismos internacionales, en tanto agencias con injerencia en las orientaciones generales de las políticas públicas de salud a nivel mundial.

Los organismos internacionales toman como antecedente la Declaración de Alma Ata (12/9/1978), en tanto reconocimiento público de la desigualdad en el estado de salud y las condiciones de vida de la población, entre los países y dentro de los mismos, e instan a los gobiernos y organizaciones a la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Recordemos que, luego de recuperar el derecho a la salud como un derecho humano fundamental y un objetivo social

mundial, se instituye la atención primaria de salud (APS) –primer nivel de contacto de la población con el sistema nacional de salud– como la estrategia que permitiría un acceso y distribución más equitativa de los recursos para la salud. (Conferencia de Alma Ata, 1978). En este sentido, la Conferencia de Alma Ata instó a los gobiernos, y a diferentes organismos internacionales de financiamiento y asistencia técnica, a apoyar el compromiso de promover la APS, particularmente en los países considerados en desarrollo.

Sin embargo, a mediados de los años ochenta en un contexto de cuestionamiento del Estado de bienestar se pone en tela de juicio no solo la capacidad de los servicios de atención primaria para generar los beneficios esperados, sino la idea de que los gobiernos brinden prestaciones de salud; “el Fondo Monetario Internacional (FMI) exigió a los gobiernos que recortaran los gastos en los sectores sociales, entre ellos el sector salud (los llamados ajustes estructurales)” (Homedes y Ugalde, 2005, p. 210). Se trató a nivel mundial de la difusión del proyecto neoliberal, como expresa Álvarez Castaño (2009):

La hegemonía neoliberal relegó a un segundo lugar las directrices de la OMS fijadas en la declaración de Alma Ata (...) bajo el modelo neoliberal se instauraron sistemas de salud que tienen como núcleo el aseguramiento individual, la atención a la enfermedad más que la prevención y la promoción de la salud, privilegiando a los sectores de la población de mayores ingresos que acceden a pólizas de seguro más costosas y priorizando la rentabilidad de las instituciones financieras participantes de los nuevos sistemas (pp. 71-72).

En ese marco se ubica el tercer documento del Banco Mundial,²

² Noy (2013) indica que el primer documento de 1975 se vinculó al desarrollo económico y el mejoramiento de las condiciones de salud. En 1979 se creó el Departamento de Población, Salud y Nutrición; en el segundo documento de 1980 se expresó la disposición del organismo para financiar directamente al sector salud, porque su objetivo

“Financing health services in developing countries: an agenda for reform” (1987), cuyo interés recayó en los conceptos de sostenibilidad y de eficiencia, y en optimizar la relación eficacia/costo.

Es importante aclarar dos cuestiones. Por un lado, la mención a este organismo remite a que se convirtió en uno de los principales donantes de la OMS, y, paralelamente, aumentó su participación a través de préstamos en el financiamiento del sector salud (Almeida, 2006). Por otro lado, y en consonancia con lo anterior, las sugerencias propuestas para la reforma del sector se orientó a la descentralización (transferencia de servicios a provincia, distritos, municipios) y a la privatización (ya sea a través de aseguradoras privadas, modelos mixtos público-privados, con la separación de las funciones de financiación y provisión de servicios, copagos para el uso del servicio público), lo que, como expresan Homedes y Ugalde (2005), se reflejó inicialmente en algunos países latinoamericanos.³ Asimismo, promovió que las políticas sociales –incluidas las de salud– se dirigieran a los sectores más pobres de la población, lo que dio lugar a la formulación de políticas selectivas y focalizadas (Almeida, 2006).

En los años 90 del pasado siglo, la OMS colocó en la agenda la meta de alcanzar la equidad en salud, dadas las diferencias registradas tanto en el nivel y calidad de la salud como en la prestación y distribu-

era ampliar el acceso a la asistencia médica: “La estrategia se centró en la necesidad de servicios básicos de salud, especialmente en zonas rurales y en proyectos para desarrollar infraestructura básica de salud, reforzar la logística y el suministro de medicamentos esenciales, así como proporcionar servicios de salud materna e infantil, mejorar la planificación familiar y el control de enfermedades (Fair, 2008)” (Noy, 2013, p. 78).

³ Este autor señala que fue Chile el primer país que, bajo la dictadura militar en los años 80, aplicó una reforma neoliberal con la creación de aseguradoras privadas (ISAPRE) y transferencia a los municipios de la atención en los niveles primaria y hospitalaria. En lo referente a la descentralización le sigue México, en tanto inició la primera etapa en 1983-1988. En el caso de Colombia, a partir de la reforma de 1993 el Sistema General de Seguridad Social en Salud presentó dos regímenes: el contributivo y el subsidiado.

ción de servicios entre diferentes grupos sociales y áreas geográficas de un mismo país. En ese marco, y atendiendo a la ambigüedad en los usos del término, se entiende que *equidad en la salud* “implica que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencia en salud y, de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse” (Whitehead, 1991, p. 7), mientras que *equidad en la atención de la salud* se define como “igual acceso a la atención disponible para igual necesidad, igual utilización para igual necesidad, igual calidad de la atención para todos” (Whitehead, 1991, p. 8).

En este sentido, se considera que se deben crear las mismas oportunidades reduciendo o eliminando las diferencias en salud, que son resultado de factores injustos y evitables. Así el término equidad en salud –y su operatividad– se ubica en el plano de la justicia, de la justicia distributiva. Esta implica el reconocimiento de condiciones desiguales, variables en tiempo y lugar, e independientes de condicionantes biológicos y/o elecciones individuales (estilos de vida, comportamientos no saludables), cuya reparación constituye una responsabilidad social. Además, se apela a la libertad individual en la elección de un servicio o prestación en el marco de necesidades.

No se puede soslayar, como expresó Spinelli (*et al.*) (2002), que el término *equidad* “fue pensado en países centrales como efecto compensador de la salida de políticas universalistas de los modelos de Estado Benefactor que se dio en los ´80” (p. 28).

Ante el inicio del tercer milenio, los organismos internacionales (Banco Mundial,⁴ PNUD,⁵ OMS) renovaron su interés por la pobreza y la equidad en salud.

⁴ El documento *Healthy development: the World Bank strategy for health, nutrition and population results*, publicado en 2007 por el BM, si bien da continuidad a las líneas generales del banco, pone un mayor énfasis en mejorar los logros en la salud, principalmente, de las personas de escasos recursos (Noy, 2013).

⁵ El *Informe sobre Desarrollo Humano 1999*, cuyo eje fueron las consecuencias que genera en la vida de la gente la mundialización, expresó: “las oportunidades a

En este sentido, Gwatkin⁶ (2000) identifica a nivel de la comunidad internacional tres tendencias que orientan cómo abordar la problemática de salud en los diferentes grupos socioeconómicos de la sociedad: 1) mejorar la salud de los pobres;⁷ 2) reducir las desigualdades en salud entre pobres y ricos; 3) subsanar las desigualdades en salud”. Se trata de tendencias diferentes; la segunda aspira a la reducción de la brecha socioeconómica y la tercera a la reducción de la brecha en salud, ya que “aspiran a subsanar la injusticia que entrañan las desigualdades o las malas condiciones de salud de los desfavorecidos” (Gwatkin, 2000, p. 6). Pero, al decir del autor, estas tendencias se unen por el interés en los problemas de salud que afectan a los grupos sociales desfavorecidos, y los posicionan de un modo diferente al de aquellas perspectivas que centran su mirada en la eficiencia de los sistemas de salud y en sus reformas.

Este interés por la salud de los sectores más desfavorecidos se relaciona con lo que señala Reygadas (2008) respecto a que reaparecen las discusiones acerca de la desigualdad en el marco de las políticas neoliberales y la globalización.

Como se puede apreciar, *pobreza, desigualdad e inequidad* son términos claves de cada una de estas tendencias que reflejan los posicionamientos a la hora de referirse a los diferentes grupos sociales, su estado de salud/enfermedad, y el acceso a los servicios/prestaciones.

escala mundial están distribuidas de manera dispar, entre los países y entre la gente... (...) La desigualdad ha ido en aumento en muchos países desde comienzos del decenio de 1980. (...) en el último decenio hemos presenciado un aumento de la concentración del ingreso, los recursos y la riqueza entre gente, empresas y países” (p. 3).

⁶ Director del Programa Internacional de Políticas de Salud del Banco Mundial.

⁷ El objetivo es el combate a la pobreza. Se definen los grupos poblacionales a través de la medición de la pobreza en términos económicos (*pobreza absoluta* y *pobreza relativa*), y la salud como un servicio cuya prestación a dichos sectores está sujeta a criterios de ingreso y/o de gastos. Esta concepción es cuestionada por Amartya Sen (2000), por el PNUD y el Banco Mundial (2001), porque se considera que la salud constituye un componente en las consideraciones sobre la pobreza (Gwatkin, 2000).

Las desigualdades en salud entre individuos/grupos sociales se han abordado considerando el ingreso o situación económica de las personas y/o grupos, las diferencias de sexo (varones y mujeres), las pertenencias étnicas y raza, la autopercepción del estado de salud individual y de la población general. En el caso de los servicios sanitarios se enfatizó en el uso, accesibilidad, financiamiento, tipo de prestador (público/privado), orientación del servicio (preventivo/curativo). No obstante, interesa aclarar que, en el marco de los documentos de la EURO-OMS, y en línea con los DSS, Whitehead y Dahlgren (2007) señalan que, en el ámbito de la salud pública de algunos países (por ejemplo, el Reino Unido) utilizan los términos de *inequidades en salud* (en inglés, *inequities in health*) y *desigualdades en salud* (en inglés, *inequalities in health*) con el mismo sentido; en palabras de estos autores: “el término *desigualdades sociales en salud* tiene la misma connotación que el de diferencias de salud *injustas*. De hecho, puesto que en algunas lenguas europeas sólo hay una palabra para los dos términos ingleses, no es necesario hacer distinción” (p. 15). Cabe hacer notar que, de esta manera, inequidad y desigualdad quedan situados conceptualmente en el plano de lo justo/injusto, con su correlato político-ideológico en la explicación de los fenómenos sociales de la salud. Como expresaron Whitehead y Dahlgren (2007a), en un documento para la EURO-OMS sobre estrategias para la acción, se trata de reducir la “brecha de salud”, o las desigualdades sociales en salud, dado que no se interroga por los procesos y estructuras que generan y reproducen de manera permanente las desigualdades sociales, y tampoco se apunta a transformarlos.

En América Latina, desigualdad no es sinónimo de inequidad; este último término remite a una dimensión moral y ética que apunta al reconocimiento de la existencia de diferencias entre los sujetos o poblaciones según tiempo (contexto histórico) y espacio. En el *Boletín Epidemiológico* de la OPS (1999), a propósito de la medición de las inequidades en salud, se enuncia que

Mientras la desigualdad implica diferencia entre individuos o grupos de población, inequidad representa la calificación de esta diferencia como injusta. No todas las desigualdades son injustas, aunque toda inequidad implica una desigualdad injusta. La definición de justo e injusto es susceptible de diversas interpretaciones. Una de las interpretaciones de “justo” más aceptadas en el área de la salud, es la relacionada a la igualdad de oportunidades de los individuos y grupos sociales, en términos de acceso y utilización de servicios de salud, de acuerdo a las necesidades existentes en los diversos grupos poblacionales, independiente de su capacidad de pago (p. 11).

Breilh (2010), en línea con la MSL, distingue los términos *inequidad* y *desigualdad*; propone que *inequidad* refiere a relaciones y contrastes de poder, que son resultado histórico del proceso de acumulación, apropiación y concentración económica, política y cultural por parte de una determinada clase –o grupo–, que subordina y/o excluye a otras clases y/o grupos.⁸ La *inequidad*, por lo tanto, alude al carácter y devenir de una sociedad, “moldea los rasgos de los componentes estructurales del modo de vivir y explica las notables diferencias entre dichos modos de vivir de diferentes clases sociales” (p. 105). *Desigualdad*, en cambio, “es una expresión resultante de esa inequidad y expresa una injusticia en el reparto o acceso de los bienes y servicios que existen en una sociedad. (...) es una expresión observable de la inequidad” (p. 105).

Por su parte, Almeida Filho (2010)⁹, a partir de estas consideraciones y con el interés de evitar el uso de una terminología ambigua en las indagaciones en salud, plantea ciertas distinciones semánticas en-

⁸ Vale aclarar que Breilh, en “El género entrefuegos: inequidad y esperanza” (1996), identifica la interdependencia de “tres fuentes de inequidad social: la condición de género; la ubicación etno-nacional; y la situación de clase” (p.19).

⁹ Traducción propia.

tre los términos *desigualdad*, *inequidad* e *iniquidad*. De esta manera, la desigualdad remite a una variación cuantitativa en las poblaciones que, en tanto evidencia empírica de la diferencia, puede ser expresada en indicadores demográficos o epidemiológicos. La inequidad, en tanto se opone a equidad, expresa disparidad evitable e injusta, porque refiere a la ausencia de justicia en relación con las políticas distributivas de los bienes sociales, incluidos los relacionados a la salud. La iniquidad, finalmente, es el resultado de la opresión social (segregación, discriminación) ante la presencia de diversidad, desigualdad, diferenciación o distinción, y se relaciona con el efecto de las estructuras sociales y de las políticas generadoras de desigualdad sociales éticamente inaceptables.

Estas distinciones constituyen posicionamientos y claves analíticas a la hora de reflexionar y abordar el complejo campo (en el sentido de Bourdieu) de la salud-enfermedad y su atención.

Los determinantes sociales de la salud.

La propuesta de la OMS

En 2005, en respuesta al pedido de las autoridades de la OMS de “generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias” (OMS, 2009), se conformó una comisión con el fin de recabar información científica sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria, y de promover un movimiento internacional para: “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud” (CDSS, 2008).

El documento de la CDSS (2008) sostuvo que,

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, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a 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 el 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 (p. 1).

Asimismo, considera que a nivel mundial “las profundas desigualdades en las relaciones de fuerza y los acuerdos económicos tienen repercusiones en la equidad sanitaria” (p. 1), aunque reconoce a nivel local “la fuerza de la sociedad civil y de los movimientos locales, que prestan ayuda inmediata en las comunidades e incitan a los poderes públicos al cambio” (p. 1).

En este marco, la información presentada en ese documento y sus recomendaciones, que se convirtieron en propuestas generales para orientar la intervención, se centraron en tres ejes: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. Los dos primeros ejes apuntan al reconocimiento de las desigualdades en la forma en que se organiza la sociedad y su injerencia en las condiciones de vida de los grupos poblacionales, mientras que el tercero señala la necesidad de contar con información.

El punto del que parte la CDSS respecto al primer eje –mejorar las condiciones de vida– es que

Las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre distintas sociedades. Esas desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, las características físicas del medio construido y la calidad del medio natural en que vive la población. Según el carácter de esos entornos, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta variarán para cada grupo, haciéndoles más o menos vulnerables a la enfermedad. La estratificación social también crea disparidades en el acceso al sistema de salud y en su utilización, lo que da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad (p. 3).

Tal como se puede apreciar en el párrafo citado, no se problematizan las desigualdades, sino que aparecen como dato de la realidad que se interpreta en términos de “mala distribución” intra- e inter sociedades. Esto es lo que generaría los diferenciales que afectan a los sujetos en distintos aspectos (escolarización, trabajo, medio ambiente/entornos, apoyos psicológicos, condiciones físicas) a lo largo de la vida, pero también es lo que reflejaría las disparidades en el acceso y uso de los servicios de salud.

En este eje se especifican y fundamentan una serie de tópicos considerados claves para la intervención –grupos poblacionales prioritarios, infraestructura y servicios en áreas rurales/urbanas, condiciones de trabajo y empleo, servicios de salud–, que, como se podrá apreciar, escapan al sector sanitario propiamente dicho, por lo que se apela a la intervención de diferentes sectores y actores locales, nacionales y supranacionales.

La primera infancia constituye uno de los ejes de intervención por la relevancia otorgada al desarrollo infantil, entendido en sus aspectos

físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo. Desde la perspectiva de los organismos, el desarrollo en la primera infancia implica poner en foco al binomio madre-hijo/a y al entorno familiar, reconociendo la contribución de otros actores (sean organizaciones, prestadores, personas encargadas del cuidado de niños/as) al desarrollo infantil y la importancia de su articulación con las políticas públicas.

Reconociendo que los lugares en donde vive la población afectan la salud, y que gran parte de la población mundial habita en entornos urbanos, se sostiene que se alcanzará la equidad sanitaria cuando “haya comunidades y barrios que tengan acceso a bienes básicos, gocen de cohesión social, hayan sido concebidos para promover el bienestar físico y psicológico y protejan el medio ambiente” (p. 4). Mientras tanto, para los entornos rurales se plantea promover la equidad sanitaria “mediante inversiones sostenidas en el desarrollo rural, combatiendo políticas y procesos de exclusión que generen pobreza rural, y den lugar a procesos de privación de tierras y al desplazamiento de la población rural de sus lugares de origen” (p. 4).

Como se puede apreciar, se trata de cuestiones generales cuyas propuestas de intervención apuntan a invertir en mejoras de infraestructura barrial, en el acceso a vivienda y/o alojamiento de calidad, en tanto derecho humano y condición para una buena salud. La retórica del derecho humano implica que el mismo se constituye en una responsabilidad del Estado, que debe satisfacer, proteger y garantizar su ejercicio, tornando exigible su cumplimiento.

El empleo y las condiciones de trabajo constituyen otro de los aspectos, y, en relación con ello, se resalta que la precariedad laboral y las malas condiciones de trabajo tienen efectos perjudiciales para la salud física y mental.¹⁰ A través de un discurso cándido, se propone

¹⁰ “Se considera que una mano de obra flexible beneficia la competitividad económica, pero ello repercute en la salud. Estudios realizados muestran que la mortalidad es considerablemente mayor entre los trabajadores temporeros que entre los hijos. Hay una correlación entre los problemas de salud mental y la precariedad en el empleo

como objetivo de las políticas económicas nacionales e internacionales el pleno empleo seguro, bien remunerado y menos expuesto a los riesgos físicos, y se argumenta que los buenos empleos “aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los riesgos físicos y psicosociales” (p. 5).

Se trata de una mirada que omite los marcos históricos y políticos en que se construyen las relaciones de producción y de trabajo bajo las condiciones capitalistas de producción. No obstante, reconoce que la mayoría de la población –trabajadora en el sector no estructurado, y las mujeres, por sus “obligaciones” familiares– está impedida de beneficiarse de las prestaciones de los sistemas contributivos de protección social, por lo cual aboga por la protección social a lo largo de la vida, de carácter universal, ya que contribuiría con la equidad en salud.

El acceso y la utilización de los servicios y prestaciones de atención es considerado como un determinante social de la salud en sí mismo, que influye y es influido por otros determinantes (género, educación, trabajo, nivel de ingreso, pertenencia étnica, lugar de residencia) y que está relacionado con la accesibilidad y experiencia de la población. La CDSS reconoce que los sistemas de atención en algunos países son insuficientes y desiguales en el acceso y prestación, mientras que en otros, con ingresos altos, el sistema se organiza financiera y prestacionalmente según el principio de cobertura universal.¹¹ Pro-

(por ejemplo, contratos de trabajo temporal, trabajo sin contrato y trabajo a tiempo parcial). (...) Las malas condiciones de trabajo pueden hacer que el individuo se vea expuesto a toda una serie de riesgos físicos para la salud, que tienden a concentrarse en los trabajos de nivel inferior” (CDSS, 2008, p. 5).

¹¹ “Cobertura universal significa que todos los habitantes de un país pueden acceder a la misma oferta de servicios (de buena calidad), en función de sus necesidades y preferencias, con independencia de su nivel de ingresos, posición social o residencia, y que todo el mundo está capacitado para hacerlo. También significa que toda la población puede beneficiarse de las mismas prestaciones. No hay nada que justifique que otros países, incluidos los más pobres, no puedan aspirar a alcanzar la cobertura sanitaria universal, si se les presta apoyo suficiente de forma prolongada” (p. 9).

pone seguir este modelo porque reconoce que el pago directo de los servicios de salud tiene consecuencias que se expresan en la reducción del uso y en el deterioro de los resultados sanitarios.

En línea con este reconocimiento y recomendación se pondera el modelo de APS, porque mantiene “un equilibrio entre la promoción de la salud y la prevención, por un lado, y la inversión en intervenciones curativas, por otro” (p. 9), en el nivel local.

En el segundo eje, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, es donde se hace explícita la mirada y su interpretación respecto a las desigualdades, indicándose que “son sistemáticas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a estos” (p. 10). Esta definición invisibiliza el proceso histórico que genera las desigualdades, presentándolas solo como un dato, o como algo inherente al sistema, sin problematizar la propia lógica del orden capitalista, que naturaliza y justifica la desigual apropiación de los recursos y el poder. Así, la mirada está puesta en “atajar las desigualdades” más que en su eliminación. En caso de admitir cierta problematización, la misma se queda en el plano ético-moral, en términos de lo justo e injusto. En este sentido, insiste en que todas las instancias públicas, en los diferentes niveles, deben actuar de manera acordada proponiendo acciones y políticas coordinadas entre el sector sanitario y no sanitario en favor de la salud. Sin embargo, también se requiere el involucramiento del sector privado, al voluntariado y la sociedad civil en la orientación y elaboración de las políticas.

Este planteo se vincula con la mirada que la CDSS tiene respecto del mercado, y, en relación a ello, al papel asignado al Estado. En cuanto al mercado, considera que contribuye “aportando nuevas tecnologías, nuevos bienes y servicios, y mejorando el nivel de vida” (p. 13), aunque también “puede generar situaciones perjudiciales para la salud: desigualdades económicas, agotamiento de los

recursos, contaminación del medio ambiente, condiciones laborales insalubres y circulación de productos peligrosos y malos para la salud” (p. 13). A partir de esta caracterización del mercado, y con una perspectiva de derechos, concibe al Estado como el garante de los bienes y servicios esenciales.

En esta línea, la CDSS indica la necesidad de contar con fondos públicos para financiar las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud, argumento que toma como modelo a los países de altos ingresos, favorecidos por “la existencia de infraestructuras financiadas con fondos públicos y la creación progresiva de servicios públicos universales” (CDSS, 2008, p. 11).

La propuesta de la CDSS, como se aprecia en el título del documento, apunta a “reducir las desigualdades sanitarias en una generación”, y plantea que para ello se debe actuar para “mejorar la equidad de género y potenciar la emancipación de las mujeres” (p. 16). En este sentido, asume que las desigualdades entre varones y mujeres están presentes en todas las sociedades y que influyen en la salud de maneras diferentes a través de “pautas de alimentación discriminatorias, violencia contra las mujeres, falta de poder de decisión y reparto desigual del trabajo, el tiempo libre y las posibilidades de mejorar en la vida, entre otras cosas” (p. 15). No obstante, señala que en muchos países a lo largo del último siglo la posición de la mujer ha mejorado.

El foco está puesto en la mujer, considerando las distintas etapas de la vida (niña, mujer reproductiva) por las que atraviesa, pero no pareciera pensarse en términos de género, ya que no se adopta una perspectiva intergenérica que contemple a los varones y las disidencias sexogenéricas, pese a las luchas de los años 70-80 por el reconocimiento de la diferencia (Fraser, 2000), a la utilización diferencial de los servicios por parte de los varones (Rohlf et al., 2000; Menéndez, 2008, entre otros), y a la no contemplación de los servicios de salud o la falta de formación de sus profesionales para hacer frente a problemáticas y demandas de otros géneros (Jaime, 2013; Schenck, 2018).

El tercer eje, titulado “*medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones*”, titulado “medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones”, apunta centralmente a la visibilización de las inequidades sanitarias en situaciones concretas con un fuerte peso en la formación/educación de quienes desarrollan e implementan políticas públicas, quienes actúan en el campo de la salud (profesionales) y quienes se encuentran afectados (población) por las situaciones de desigualdad.

Esta manera de enfocar la problemática, centrada en la educación como atributo individual, pareciera sugerir que las inequidades sanitarias son un problema de adquisición de conocimiento más que el producto de relaciones sociales, políticas y económicas disimétricas, que se constituyeron históricamente y que afectan de manera desigual a países, regiones y poblaciones al interior de cada Estado-nación.

Asimismo, plantean las limitaciones de los datos existentes y la necesidad de contar con investigaciones centradas en la problemática de los determinantes sociales de la salud, y proponen mecanismos de vigilancia que permitan la recolección sistemática de datos.

Los determinantes sociales de la salud: la perspectiva de Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)

Tal como se presentó en la introducción, el debate sobre los determinantes sociales de la salud no es un tema nuevo en el campo de la Medicina Social y la Salud Colectiva. Algunos autores señalan que desde la corriente de Medicina Social Latinoamericana se reconoce que las formas de producción, consumo, y la lógica distributiva, respecto de las cuales el Estado¹² tiene un papel esencial, son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte

¹² El Estado es 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, p. 123, citado en López Arellano et al., 2008, p. 324).

de los grupos, y expresan relaciones de dominación, subordinación, explotación y exclusiones de clase, género, etnia, generación (Álvarez Castaño, 2009; Breilh, 2008, 2010; López Arellano, Escudero y Carmona, 2008; Spinelli, 2008; entre otros). En este marco, la determinación social, entendida como proceso multidimensional y contradictorio por medio del cual los procesos de salud/enfermedad/atención como constructos adquieren sus propiedades (Breilh, 2010), se presenta como una herramienta analítica que da cuenta de las diversas dimensiones del proceso salud-enfermedad y su atención-prevención.

En el 2008 ALAMES organizó en la ciudad de México el Taller de Determinantes Sociales de la Salud, con el objeto de aportar su punto de vista respecto al informe de la CDSS (2008). Los ejes temáticos propuestos en el taller fueron: 1) el problema de la determinación social de la salud; 2) problemas éticos, desigualdad, inequidad e injusticia; 3) los determinantes sociales de la salud y la acción política.

El documento base de ALAMES (2008) se inicia valorando el trabajo de la CDSS porque contribuye con la visibilización de las inequidades en salud y a través de “las evidencias y denuncia presentadas, abren la discusión sobre un programa de cambio social que posibilita hacer realidad el derecho humano a la salud” (p. 3), o, como expresa Breilh (2011): “Una solución que abre nuevamente el espectro del análisis a procesos contextuales y a la inequidad socioeconómica que el paradigma de riesgo había cerrado” (p. 50). No obstante, se plantean una serie de diferencias, que son más bien producto de posicionamientos teórico-conceptuales distintos antes que una mirada crítica a la forma en que se aborda la desigualdad social y se encara la lucha política en la sociedad capitalista. La revisión de diversos trabajos (ALAMES, 2008; Álvarez Castaño, 2009; Breilh, 2008; 2010; López Arellano et al., 2008; Hernández, 2008; Rojas Ochoa, 2008; López O. et al., 2008; Torres Tobar, 2008; entre otros) permitió reunir las discrepancias alrededor de: 1) concepción de la sociedad como punto de partida para pensar la determinación; 2) la manera de concebir la desigualdad y la

inequidad; 3) la manera en que se piensan las relaciones entre diferentes actores.

En relación con la concepción de la sociedad como punto de partida para pensar la determinación, se considera que las relaciones sociales y los procesos de producción y reproducción propios del capitalismo generan diferenciales en las condiciones y modos de vida de los grupos sociales, que encuentran su expresión tanto en los distintos perfiles de enfermedad y muerte como en su atención. En este sentido, se expresa que en la actual fase capitalista, designada como *globalización*, la calidad de vida de la población se deteriora e impacta en “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” (López Arellano et al., 2008, pp. 324-325).

Los autores sostienen que la discusión sobre los determinantes sociales de la salud pasa por comprender, cuestionar y modificar las relaciones capitalistas de global-subordinación mundial, que amplían y profundizan a nivel planetario la capacidad de explotar, despojar, excluir y exterminar. Estas cuestiones que, como se expresó en el apartado anterior, no están explicitadas en los planteos de la CDSS, porque su posicionamiento respecto al orden social se circunscribe a señalar que la mala distribución es tolerada e incluso favorecida por normas, políticas y prácticas sociales (López Arellano et al., 2008) y se limita a generar recomendaciones que se quedan en el plano de “mejorar condiciones de vida”.

En relación con este cuestionamiento adquiere relevancia en el documento base de ALAMES (2008) la distinción de las categorías de inequidad y desigualdad, donde se expresa que

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 apropiación por

parte de grupos étnicos situados con ventaja estratégica. 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 (pp. 10-11).

Como se puede visibilizar en la cita anterior, y en la mirada de Breilh (2010) citada en la introducción de este trabajo, la inequidad remite a las relaciones y diferenciales de poder que existen en una sociedad determinada y en un momento histórico particular, siendo el resultado de relaciones históricas de acumulación de poder (material y simbólico) por parte de una clase social. Entienden que la inequidad es una característica de los sistemas de reproducción social, que moldean los rasgos de los componentes estructurales del modo de vivir y explica las diferencias en los modos de vida de las clases. La desigualdad, en tanto expresión de la inequidad, enuncia una injusticia en el reparto y/o acceso de bienes y servicios de una sociedad.

Hernández (2008), recuperando esta distinción y centrándose en el carácter ético-valorativo del concepto de inequidad, señala que en la posición de la OMS impera una “posición liberal redistributiva de la justicia”¹³ que difiere de la concepción de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, la cual se enmarca en una “posición igualitarista social”. Desde esta posición se considera que si se transformaran las condiciones en las cuales se produce una distribución desigual del poder, se podría construir una sociedad justa y atender a las desiguales capacidades y necesidades humanas. Cabe destacar

¹³ Para Hernández (2008) la perspectiva redistributiva de la justicia se basa en una idea de igualdad, ligada a la condición de libertad y de dignidad humana y generó una obligación correlativa de los Estados de proveer, con pretensión universal, condiciones de vida dignas, expresadas en trabajo, educación, saneamiento, asistencia médica, vivienda, etc.

que este autor plantea al menos dos cuestiones que son centrales; por un lado, señala que las capacidades y necesidades humanas, en tanto producto social, están inmersas en las contradicciones sociales y constituyen expresiones culturales diversas. Por otro, y en relación con lo anterior, propone el concepto de sujeto histórico y político, constituido y sujetado por las relaciones sociales a las que pertenece, y con capacidad y prácticas orientadas a transformar las múltiples enajenaciones que resultan de las relaciones de poder existentes.

De esta manera, se torna relevante la pregunta acerca de las relaciones entre los diferentes actores (sujetos/grupos) que participan –directa e indirectamente– en el campo de la salud, porque la capacidad para intervenir, negociar y/o imponerse en la orientación de las acciones y/o decisiones de las políticas públicas son diferenciales entre los diversos y desiguales actores, ya fueren organizaciones de la sociedad civil, sectores gubernamentales nacionales, organizaciones internacionales, sectores privados vinculados a la salud. Como advierte Torres Tovar (2008) respecto a la incidencia económica y política de las empresas transnacionales en las decisiones nacionales e internacionales, “no tener una estrategia que enfrente a este actor potente resta enormes posibilidades a una acción que impacte en los determinantes de las inequidades sanitarias, si no afecta la concentración de poder económico, político y de conocimiento que generan estos actores” (p. 124).

En este sentido, Torres Tovar (2008), al igual que López Arellano (et al.) (2008), sostiene que se requiere un cambio estructural y apunta a la lucha política a través de

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 (López Arellano et al., 2008, p. 330).

Los autores mencionados ponen en evidencia que, en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, al poner el énfasis en la “gobernanza”, en el “empoderamiento” de ciertos grupos poblacionales, minimizan la dimensión política de las desigualdades en salud, en tanto apuntan a corregir las distorsiones que amenazan la legitimidad del orden social sin considerar cómo se producen y reproducen las relaciones de poder al interior de los países y entre países.

Notas finales

Cuando cerrábamos este escrito nos enfrentamos a la pandemia producida por la COVID-19, un evento que nos puso frente a una situación de vulnerabilidad, que alteró la vida cotidiana, desnudando las desigualdades sociales persistentes y desafiando a los sistemas de salud, que son producto de concepciones y modelos, muchas veces en confrontación, de políticas públicas.

De distinta índole han sido las narrativas que aparecieron y aparecen en este transitar el aislamiento social preventivo obligatorio (ASPO). Escuchamos decir que el COVID 19 “no discrimina por clase”, lo que supone que estarían expuestos y serían afectados los diversos sectores (medios, altos, incluso los funcionarios) de la sociedad. Sin embargo, las vivencias cotidianas del ASPO son desigualmente soportadas, sobrellevadas y vividas según la posición en la estructura social, según “el contrato de género” negociado en el hogar, según la trayectoria/ciclo de vida por la cual se está atravesando (niñxs, jóvenes, adultxs jóvenes, adultxs mayores), según las condiciones de infraestructura de la vivienda, según se trate de un trabajador formal o informal. Se trata de diferentes y diversas dimensiones que intervienen en la producción y reproducción de experiencias colectivas de vida.

Se trata de diversas y desiguales situaciones de vulnerabilidad social; inicialmente, y quizás mirando a Europa, fueron los adultos mayores los más vulnerables, aunque niñxs, jóvenes y adultxs jóvenes también se ven directa o indirectamente afectados. Junto con el con-

dicionante de la edad, son los varones quienes predominan sobre las mujeres entre las personas fallecidas; no obstante, están ausentes las disidencias sexo-genéricas, cuyas situaciones de vulnerabilidad y desigualdad son constitutivas de sus cotidianos.

¿Por qué cerrar con este comentario lo planteado en los apartados anteriores? Porque el actual escenario pandémico visibilizó y nos puso frente a la desigualdad en el campo de la salud. Su complejidad, producto del proceso histórico que lo configura y reconfigura, está signada por relaciones disimétricas entre los diversos grupos/sectores sociales que se disputan, interpelan y negocian maneras de entender/comprender, actuar y gestionar las políticas y acciones, las cuales se evidencian en las desiguales condiciones y modos de vida de los conjuntos sociales, y se expresan favoreciendo o deteriorando su bienestar, entendido este como el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

El modelo de los determinantes sociales de la salud propiciado por la OMS, en el marco de las actuales condiciones de reproducción del capital, constituye, como lo expresa Breilh (2008), una

respuesta de los sectores más alertas de la gestión internacional y nacionales, que validaba una apertura de la cooperación internacional y de la gestión pública hacia acciones redistributivas, como sinónimo de equidad, y hacia el control de las distorsiones mayores de la aceleración, pero cuidando claro está, de no amenazar el sistema social en su conjunto, y completar el círculo de análisis con las raíces socioeconómicas del poder y las relaciones sociales (p. 3).

Lo que pone en evidencia esta pandemia, a nivel nacional, aunque también podríamos pensarlo para Latinoamérica, son las consecuencias generadas por las políticas neoliberales que, con sus matices, desde hace más de 40 años vienen implementando los Estados, las cuales han sido sugeridas por los diversos organismos internacionales y tímidamente cuestionadas por la OMS.

Referencias bibliográficas

- Asociación Latinoamericana de Medicina Social (2008). *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Documento para la discusión*. Recuperado de https://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/ponencias_Taller%20Determinantes%20Sociales.pdf
- ALAMES, CEBES (2011). *El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud. Documento de posición conjunto de ALAMES y CEBES*. Rio de Janeiro, Brasil.
- Recuperado de <http://www.alames.org/index.php/documentos/declaraciones-de-la-asociacion/2011/11-el-debate-y-la-accion-frente-a-los-determinantes-sociales-de-la-salud-documento-de-posicion-conjunto-de-alames-y-cebes/file>
- Alma Atta (1978). Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. OMS, *Serie Salud para Todos*, 1.
- Almeida, C. (2006). Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe: el papel de los Organismos Internacionales al formular las agendas y al implementar las políticas. *Bienestar y Política Social*, 2(1), 135- 175. Recuperado de <http://biblioteca.ciess.org/adiss/downloads/297/ADISS2016-251.pdf>
- Almeida- Filho, N. (2010). A problemática teórica da determinação social da saúde. En R. Nogueira (org.), *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* (pp. 13-36). Rio de Janeiro: CEBES.
- Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/545/54514009005.pdf>
- Banco Mundial (1987). Financing health services in developing countries: an agenda for reform. *Bol. Of. Sanit Panam*, 103(6). Recuperado el 18/5/2017 de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17647/v103n6p695.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Banco Mundial (2001). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001. Lucha contra la pobreza*. Madrid: Ediciones Mundi Prensa. Recuperado de <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/509031468137396214/pdf/226840SPANISH0WDR020002001.pdf>
- Breilh, J. (1991). La salud-enfermedad como hecho social. En O. Betancourt, J. Breilh, A. Campaña y E. Granada, *Reproducción Social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras* (pp. 201-216). Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara.
- Breilh, J. (1996). *El género entrefuegos: inequidad y esperanza*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, CEAS.
- Breilh, J. (2008). Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. En Asociación Latinoamericana de Medicina Social, *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud: documento para la discusión* (pp. 14-29). México. Recuperado de [https://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/ponencias Taller%20Determinantes%20Sociales.pdf](https://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/ponencias_Taller%20Determinantes%20Sociales.pdf)
- Breilh, J. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En R. Nogueira (org.), *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* (pp. 87-125). Rio de Janeiro: CEBES.
- Comisión de los 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). Ginebra: (OMS) Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1
- Fraser, N. (2000). Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento. *New Left Review*, 3, 55-68.

- García, J. C. (1984). Juan César García entrevista a Juan César García. *Medicina Social* 2(3), 153-159. Recuperado de <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/132>
- Gwatkin, D. R. (2000). Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿Qué sabemos al respecto? ¿Qué podemos hacer?. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos*, 3, 3-17.
- Hernández, M. (2008). Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En ALAMES, *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Documento para la discusión* (pp. 86-97). Recuperado de https://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/ponencias_Taller%20Determinantes%20Sociales.pdf
- Homedes, N., y Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública /Pan Am J Public Health*, 17(3). Recuperado de <https://eco.mdp.edu.ar/cendocu/repositorio/00066.pdf>
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., y Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health*, 12(2), 128-136. Recuperado de <https://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/M4/BiblioM4/MEDICINASOCIAL.pdf>
- Jaime, M. (2013). *Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública: demandas de la comunidad TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*. Bs. As.: CLACSO.
- Kessler, G. (2014). *Controversias sobre la desigualdad. Argentina 2003-2013*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, 19, 1-11.
- Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 3-18.

- Laurell, A. C., y Márquez, M. (1983). *El desgaste obrero en México: proceso de producción y salud*. México, D. F.: Ediciones Era.
- Laurell, A. C., y Noriega, M. (1989). *La salud en la Fábrica. Estudio sobre la Industria Siderúrgica en México*. México D. F.: Ediciones Era.
- López, O., Blanco J., Garduño M. A., Granados J. A., Jarillo, E., López, S., Rivera, J. A., y Tetelboin, C. (2008). Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia. En ALAMES, *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Documento para la discusión* (pp. 145-155). Recuperado el 27/3/2019 de https://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/ponencias_Taller%20Determinantes%20Sociales.pdf
- López Arellano, O., Escudero, J. C., y Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina social*, 3(4), 323-335. Recuperado de <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>
- Menéndez, E. (2008). Etnicidad, racismo y género: algunos problemas ético/ metodológicos. En ALAMES, *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. Documento para la discusión* (pp. 60-70). México, septiembre-octubre. Recuperado de <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/10/determinantes-sociales-de-la-salud.pdf>
- Noy, Sh. (2013). Las políticas de salud del Banco Mundial. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, IV(142), 75-85. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/153/15333870006.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2009). Informe final. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre las determinantes sociales de la salud (ISBN 978 92 4 356370 1). Buenos Aires: Ediciones Journal S. A.

- OMS (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Documento de trabajo de la Conferencia Mundial sobre los Determinante Sociales de la Salud. Río de Janeiro, Brasil, 19-21 de octubre. Recuperado de https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf?ua=1
- OPS (1999). Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Medición de Inequidades en Salud. *Boletín Epidemiológico*, 20(1). Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/46290/BE_v20n1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD– (1999). *Informe sobre Desarrollo Humano 1999*. Madrid: Mundi-Prensa Libros, s.a. Recuperado de http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1999_es_completo_nostats.pdf
- Reygadas, L. (2004). Las redes de la desigualdad: un enfoque multidimensional. *Política y Cultura*, 22, 7-25.
- Reygadas, L. (2008). *La apropiación: Destejiendo las redes de la desigualdad*. México: Anthropos Editorial.
- Rohlf, I., Borrell, C., y Fonseca, M. C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14(3), 60-71.
- Rojas Ochoa, F. (2008). Los determinantes sociales de la salud y la acción política. En ALAMES, *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Documento para la discusión* (pp. 111-117). Recuperado de https://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/ponencias_Taller%20Determinantes%20Sociales.pdf
- Schenck, M. (2018) Incorporación de la diversidad genérico-sexual en salud: claves teóricas para un modelo analítico. *Revista de la Facultad de Derecho*, 45, 318-343. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.22187/rfd2018n45a12>
- Sen, A. (2000). La salud en el desarrollo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos*, 2, 16-21. Recuperado

- de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/57579/RA_2000_2_16-21_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Spinelli, H. (2008). La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina. En ALAMES, *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Documento para la discusión* (pp. 50-59). Recuperado de https://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/ponencias_Taller%20Determinantes%20Sociales.pdf
- Spinelli, H., Urquía, M., Bargalló, M. L., y Alazraqui, M. (2002). *Equidad en Salud. Teoría y praxis. Serie Seminarios Salud y Política Pública*. Buenos Aires: Centro de Estudio de Estado y Sociedad (CEDES). Recuperado de <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedes.pdf>
- Torres Tobar, M. (2008). Los Determinantes Sociales de la Salud y la acción política. En ALAMES, *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Documento para la discusión* (pp. 117-128). Recuperado de https://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/ponencias_Taller%20Determinantes%20Sociales.pdf
- Whitehead, M. (1991). Los conceptos y principios de la equidad en la salud. OPS/OMS *Serie Reprints*, 9, Washington D.C. Recuperado de http://onis.salud.gob.mx/site4/somos/docs/taller_analisis_datos_bibliografia_27.pdf
- Whitehead, M., y Dahlgren, G. (2007). *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 1*. Recuperado de <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/965/course/section/1090/Desigualdades%2520sociales%2520Europa%25201.pdf>
- Whitehead, M., y Dahlgren, G. (2007a). *Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando*

el máximo potencial de salud para toda la población - Parte

2. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/estrategiasDesigual.pdf>