

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA ACCIÓN POLÍTICA. UNA PERSPECTIVA DESDE LA ACADEMIA

López O., Blanco J., Garduño M.A., Granados J.A., Jarillo E., López S., Rivera J.A., Tetelboin C.
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (México)¹

“La historia es construída y reconstruída por la lucha concreta de los hombres, a partir de las condiciones históricas en que éstos se encuentran, es cierto, pero siempre hacia condiciones nuevas”
(Sader, 2003:21)

Introducción

El debate sobre los determinantes sociales de la salud, recientemente propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS)² para el análisis de las condiciones de salud en el mundo, no es un tema ni nuevo, ni ajeno en la medicina social latinoamericana. De hecho, esta corriente de pensamiento en salud, parte de los planteamientos de la medicina social europea del siglo XIX, que postulan que “la salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad”, que “las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad y, [que] esas relaciones deben estar sujetas a investigación científica” (Rosen, 1985:81).

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

Desde sus inicios, esa corriente de pensamiento médico-social, reconoce dos grandes objetos en el estudio de la salud colectiva: 1) la distribución y los determinantes de la salud/enfermedad y 2) las interpretaciones, los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte. Se propone entender a la salud/enfermedad (s/e) como momentos diferenciados del proceso vital humano, en constante cambio y expresión en la corporeidad humana del modo específico de apropiación de la naturaleza, bajo una determinada forma de relaciones y organización social y abre tempranamente la discusión en torno a la causalidad y la determinación (Breilh y Granda, 1982; Laurell, 1989). Se desarrolla una posición crítica frente a las visiones biomédicas y epidemiológicas convencionales ya que desarticulan a la s/e de los procesos sociales, naturalizan lo social e individualizan los fenómenos y cuyo proceder metodológico es propio de las ciencias naturales (Laurell, 1994).

¹ Profesores-investigadores, Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

² La creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), propuesta en 2004, por el entonces Director General de la OMS, Dr. Lee Jong-wook, le da un fuerte impulso a esta perspectiva.

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

Los determinantes sociales de la salud

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

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

La plataforma de esta perspectiva es de base marxista y gramsciana, reconoce que las formas de producción, consumo y su lógica distributiva, en donde el Estado³ tiene una tarea esencial; son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales. En las formaciones capitalistas, estos procesos esenciales de la reproducción social, expresan la contradicción histórica entre: propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza, que devienen en relaciones económicas de explotación y exclusión y, en relaciones de poder profundamente asimétricas y opresivas (López y Blanco, 2003). Las desigualdades sociales sintetizan estas relaciones, antagonismos y contradicciones económico-políticas e ideológicas, que se expresan en ejes de explotación, dominación, subordinación y exclusión múltiple: de clase, género, etnia/origen y generación, entre otros.

El grupo de Medicina Social y Salud Colectiva de la UAM-Xochimilco ha abordado la reproducción social en sus dimensiones más generales a través del proceso de producción, que permite estudiar las lógicas de acumulación (proceso de valorización) y su medio (proceso laboral), como modos específicos de trabajar, que a su vez configuran formas particulares de

³ El estado entendido como un espacio de condensación de una relación de fuerzas, como regulador de las relaciones sociales y factor de cohesión en una formación social (Belmartino, 1992: 123).

consumo y relaciones de clase (Laurell y Márquez, 1983; Laurell y Noriega, 1989). Así mismo, ha explorado el proceso de consumo y reconstruido las formas particulares de producir-consumir de clases y grupos sociales, que se expresan en condiciones y modos de vida concretos, que configuran perfiles de s/e relativamente característicos de las clases subalternas de la sociedad (Blanco, 1991; Blanco y Sáenz, 1994; Blanco y col. 1997).

En el terreno de los saberes y las prácticas en salud, se reconoce que toda práctica en salud expresa en sus características la composición de la sociedad en que opera; al mismo tiempo, da cuenta del tipo de conocimientos y recursos que los grupos sociales han desarrollado para resolver los problemas de s/e (Tetelboin, 1997). Al considerar las diversas formas de interpretar e intervenir en salud, como expresiones colectivas determinadas por la formación socioeconómica, se trasciende la idea de que éstas son el resultado del avance científico-técnico de la medicina y la noción instrumental sobre la política de salud, que la considera un medio para el desarrollo o para la satisfacción de necesidades despojándola de su carácter sociohistórico (Granados y Tetelboin, 2008).

El análisis de los saberes y las prácticas en salud permite caracterizar a las instituciones e identificar las relaciones económicas, políticas e ideológicas que prevalecen en un periodo histórico específico. Se parte, por lo tanto de la consideración de que las acciones emprendidas en este campo, poseen un carácter esencialmente político, dado que están dirigidas a modificar condiciones de apropiación de los beneficios sociales, que a su vez están determinadas por la posición de cada grupo social respecto al ejercicio del poder político y económico.

El estudio de los macro-procesos sociales y el papel que éstos juegan en la producción de la s/e colectiva, definen tendencias y explican en términos generales las particularidades de los perfiles de enfermedad y muerte. Sin embargo, en años recientes, las diversas y complejas expresiones de la s/e, han colocado el problema conceptual y práctico de la construcción de mediaciones en el quehacer académico. Una tarea actual, es desentrañar las articulaciones múltiples entre los procesos estructurales y los sujetos/actores que en su accionar resisten, modelan, transforman y reestructuran lo estructurado (Blanco, López y Rivera, 2007). Por su importancia, algunas de las dimensiones que han adquirido mayor visibilidad son: además de las relaciones de clase, las desigualdades de etnia/origen (Blanco, Rivera y López, 1996), género (Garduño, 2007) y generación; las estrategias familiares y las formas de vida cotidiana (López y col. 2003), el papel mediador del territorio (Blanco y López, 2007); las redes sociales (Bronfman, 2001) y los procesos de autoconstitución de los sujetos (Ayres, 2002)

En todas las formaciones capitalistas se expresan estas desigualdades, más o menos exacerbadas dependiendo del momento de desarrollo del capitalismo en cuestión. Sin embargo, la actual fase de desarrollo capitalista deteriora en forma acelerada la calidad de vida de las mayorías e impacta sobre tres procesos diferentes pero interrelacionados: el incremento de la pobreza, la profundización de las desigualdades económico-políticas y la ampliación de brechas sociosanitarias, que conforman sociedades crecientemente polarizadas.

En esta fase, conocida como globalización, el capital impulsa proyectos de reordenamiento mundial, basados en los preceptos de la economía neoclásica y de la ideología neoliberal, tiene entre sus características la primacía y movilidad irrestricta del capital financiero, la transnacionalización de las economías, en donde un grupo reducido de empresas definen la producción y el comercio mundial. El acelerado y desigual desarrollo científico-técnico que posibilita la transformación y deslocalización de procesos productivos e impone nuevos modos

de uso y exclusión de la fuerza de trabajo y la hiperconcentración de recursos planetarios (naturales, económicos, financieros, de conocimiento e información; así como, de capacidad político-militar), con efectos de exclusión masiva de poblaciones de los satisfactores esenciales para la vida (López y Blanco, 2007).

En este proceso de reorganización mundial, se consolida un bloque unipolar de superpotencias, que erosiona los estados-nación e impone a la mayoría de los países un papel subordinado en lo económico, lo político y lo social, cuya esencia es la global-subordinación a un orden planetario basado en las fuerzas del mercado. Se fortalecen los espacios supranacionales de decisiones económicas y políticas, se redefine la soberanía de los países y se imponen megaproyectos sociales que cuestionan la funcionalidad de los regímenes de bienestar, limitan el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales, reducen lo público, se apropian privadamente de lo público-rentable y transforman los satisfactores esenciales para la vida, en mercancías. (López y Blanco, 2007).

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

La perspectiva de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud

La formación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), su exhaustivo trabajo para reunir evidencias sobre los determinantes y las desigualdades en salud (CDSS, 2008) y sus diversos informes temáticos (CDSS, 2008), representan un avance en la tarea de hacer visibles las relaciones entre desigualdades sociales y desigualdades en salud. El trabajo de dar visibilidad e importancia a lo social, en la producción de las condiciones de enfermedad, muerte y atención a la salud es esencial, en momentos en que existe un predominio de las visiones gerenciales y tecnocráticas para abordar y resolver los problemas colectivos de salud/enfermedad en el mundo (OMS, 2000; OMS, 2001). Así mismo, su interés de generar recomendaciones que contribuyan a la reducción de las desigualdades en salud y su insistencia en políticas que garanticen servicios esenciales con independencia de la capacidad de pago de las personas, son un contrapeso a las propuestas que promueven la privatización de bienes, recursos, servicios y de la vida misma (BM, 1994; BM, 1994; BM, 2004).

El informe final de la CDSS presenta una notable descripción de las desigualdades sociales y de salud y posiciona en el debate mundial sobre la salud, el tema de los determinantes sociales, que con frecuencia es soslayado por la perspectiva de la “nueva salud pública” o trivializado por las visiones ancladas en el modelo biomédico (Jarillo, López y Mendoza, 2004). A decir de la CDSS:

“La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo

libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país” (CDSS, 2008)

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

- Está ausente una elaboración teórica explícita sobre la sociedad, por lo que la definición de determinantes es relativamente ambigua, pues hace referencia a los determinantes estructurales sin desarrollarlos suficientemente y a las condiciones de vida, que en conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud.
- Limita el problema de las desigualdades sociales a un problema distributivo, en donde la distribución injusta de bienes, ingresos, servicios y poder, afecta la vida de las personas. Su crítica al orden social se reduce a señalar que la mala distribución es tolerada e incluso favorecida por normas, políticas y prácticas sociales.
- La postura de reunir evidencia sobre los *factores sociales* que generan desigualdades en salud, reproduce las limitaciones del paradigma dominante en la epidemiología y la salud pública (Almeida, 2000; Breilh, 2003), pues fragmenta la realidad en factores, suponiendo que aislados mantienen su capacidad explicativa y son susceptibles de ser modificados.
- Los determinantes sociales, al ser convertidos en factores pierden su dimensión de procesos socio-históricos, expresión de formas específicas de las relaciones entre los hombres y de ellos con la naturaleza y, facilita su simplificación al ser entendidos y expresados como factores de riesgo, elecciones inadecuadas de estilos de vida, etc.
- Expresa una visión limitada de la configuración, dinámica y momento de desarrollo de las sociedades capitalistas, por lo que genera recomendaciones políticas abstractas para reducir las desigualdades sociales, limitándose al plano de “mejorar las condiciones de vida” y “repartir recursos”
- Están ausentes las reflexiones críticas y el análisis sobre la fase actual de desarrollo capitalista, sobre la globalización neoliberal y la recomposición geoestratégica del mundo, que impone un orden depredador y lesivo para la vida y la salud de los pueblos e impulsa procesos que ponen en riesgo la viabilidad del planeta (el cambio climático global, las guerras por recursos renovables y no renovables y más recientemente la crisis alimentaria)
- No se problematiza que la reducción de las desigualdades sociales y de las desigualdades en salud tiene los límites del capitalismo en general y de las formaciones

capitalistas particulares. Es decir, no se discuten las contradicciones entre lo “políticamente correcto” como preocuparse de la pobreza, proponer la reducción de brechas sociales y sanitarias y simultáneamente defender ferozmente la economía de mercado.

- Se plantea la reducción de las desigualdades en salud como un imperativo ético, sin embargo no hay una discusión explícita sobre los principios y valores de una ética de la salud, que trascienda la perspectiva bioética, cuestione la tanatopolítica que impera en el mundo globalizado y que coloque el debate en el plano de la biopolítica.
- En síntesis, el informe de la CDSS cumple con amplitud su propósito de reunir evidencias sobre las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en salud y en destacar la importancia de los determinantes sociales, pero es insuficiente para avanzar en la comprensión del origen de los problemas, lo que Benach y Muntaner señalan como “las causas, de las causas, de las causas” (Benach y Muntaner, 2008).

La acción política

El agotamiento de esta fase capitalista de globalización neoclásica y neoliberal, como modelo de sociedad, es también una crisis política y teórica que requiere prácticas políticas nuevas y capacidades renovadas de elaboración teórica. Un quehacer teórico y político que posibilite el desarrollo de propuestas orientadas para la construcción de un mundo sin explotación, sin dominación, sin discriminación y sin alienación (Sader, 2003). Es decir, las directrices de nuestro quehacer académico y político, deben inscribirse en una perspectiva anticapitalista y de emancipación.

Entre las tareas estratégicas que se consideran esenciales para nuestro accionar político, se identifican las siguientes:

Fortalecer la reflexión crítica en los espacios académicos y formar profesionales (mediadores estratégicos) con capacidades teóricas, competencias técnicas y comprometidos con la transformación las condiciones colectivas de salud, enfermedad y atención (Granda, 2000). La complejidad del contexto actual, requiere de solidez teórica para caracterizar e interpretar no sólo las contradicciones de esta fase capitalista y sus consecuencias negativas sobre la calidad de vida y la salud de las poblaciones (ALAMES, 2007), sino las claves para comprender las nuevas formas de lucha antiimperialista en América Latina, el auge de movimientos sociales y políticos, el ascenso de gobiernos antineoliberales y en algunos casos abiertamente anticapitalistas y los contenidos de las propuestas que prefiguren otro orden social.

- Articular el quehacer académico con diversos actores políticos, institucionales y sociales, con agendas comunes en la defensa y ampliación de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.
- Contribuir al desarrollo de propuestas que respondan a las necesidades colectivas en el corto plazo y que simultáneamente contribuyan a la transformación social y a la construcción de nuevas relaciones (Bustelo y Minujin, 1998). En esta perspectiva, se enuncian un conjunto de ejes de acción (teórica y práctica), cuyo avance depende de la movilización de múltiples actores y de una correlación de fuerzas favorable:

- Los satisfactores esenciales para la vida deben garantizarse con independencia de la capacidad de pago
- Defensa y ampliación de los derechos económicos, sociales y culturales (No regresividad, exigibilidad y justiciabilidad)
- Políticas justas de protección al empleo y trabajo digno
- Políticas fiscales progresivas y redistributivas
- Políticas sociales universalistas
- Protección social a lo largo de la vida
- Sistemas universales de salud de base pública.

Retos

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

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

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

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

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

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

Otro reto es desarrollar una perspectiva ética, que permita guiar la toma de decisiones en salud colectiva, al responder a interrogantes sobre: ¿Quién decide?, ¿Debe tratarse siempre a la salud como un bien público?, ¿Cuándo debe prevalecer el interés individual con respecto al interés colectivo, en materia de salud?, ¿Qué valores deben prevalecer cuando la prestación de servicios públicos se realiza, por ejemplo, en condiciones de gran necesidad y de gran escasez?, ¿Qué bienes sanitarios deben ser otorgados por el estado y qué bienes sanitarios son responsabilidad de los particulares?, ¿Qué desigualdades sanitarias son injustas, ¿Cómo pueden ser prevenidas o corregidas estas desigualdades?, ¿Quién debe responder estas preguntas, los expertos, la población afectada, o ambos? (López y Tetelboin, 2006).

No existen respuestas a estas preguntas que estén basadas en principios éticos adoptados consciente y sistemáticamente por la medicina social o la salud colectiva. Desde nuestra perspectiva, es urgente iniciar un análisis riguroso de los principios que potencialmente son aplicables a una práctica sanitaria que no eluda su carácter esencialmente político. En este sentido, es deseable iniciar con el examen de aquellos principios reconocidos como fundamentales en materia de análisis de la ética política, como es el caso de, por lo menos, los siguientes cinco principios: a) solidaridad, b) responsabilidad, c) precaución, d) protección y e) participación (López y Tetelboin, 2006)

Para terminar, es importante subrayar, que desde nuestra perspectiva médico-social y de salud colectiva, como campo de conocimiento y práctica, se pretenden comprender y transformar los procesos de salud, enfermedad, atención, cuidado. Sin embargo, no se trata de proponer un modelo interpretativo acabado, inamovible y extrapolable a todo momento, espacio y población. Se trata de una mirada crítica e innovadora ligada a un modo de entender la historicidad de las expresiones bio-psíquicas humanas como síntesis de procesos sociales e históricos más generales y recuperar sus múltiples dimensiones y formas de articulación.

Bibliografía

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

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

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

Ayres, José (2002) "Conceptos y prácticas en salud pública. Algunas reflexiones", en *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* (Antioquia) Vol. 20, N° 2.

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

- Banco Mundial (1994) "Informe sobre el desarrollo mundial 2004". *Envejecimiento sin crisis. Políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento* (Washington: Banco Mundial)
- Banco Mundial (2004) "Informe sobre el desarrollo mundial 2004". *Servicios para los pobres* (Washington: Banco Mundial).
- Belmartino, Susana (1992), "Políticas de salud: ¿Formulación de una teoría o construcción de un problema para investigar?", en Fleury, S. (org), *Estado y políticas sociales en América Latina*, (UAM/FIOCRUZ/ENSP: México)
- Benach Joan y Muntaner Carles. Desigualdades en salud: una epidemia que podemos evitar. Entrevista por Salvador López Arnal, Rebelión 31 de agosto de 2008,
- Blanco, José, López, Oliva y Rivera, José Alberto (2007). Módulo II: Distribución y Determinantes de la Salud Enfermedad. Maestría en Medicina Social, (México: UAM-Xochimilco)
- Blanco J. y López O. (2007) Condiciones de vida, salud y territorio. Un campo temático en (re)construcción en: Jarillo E. y Ginsberg E. (Coords.) *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*, (Argentina: Lugar Editorial) pp.103-125
- Blanco José (1991) "Región y clase social en la determinación de la enfermedad" en Almada Ignacio (coord.) *Salud y crisis en México. Más textos para el debate* (México: Cuadernos del CIIH/UNAM)
- Blanco José y Sáenz, Orlando (1994) *Espacio urbano y salud* (Guadalajara: Universidad de Guadalajara).
- Blanco, José, Rivera, José Alberto, López, Oliva (1996) "Chiapas: la emergencia sanitaria permanente", en *Chiapas* (México) N° 2
- Blanco, José, López, Oliva, Rivera, José Alberto (1997) "Calidad de vida" en Eibenschutz, R (coord.) *Bases para la planeación del desarrollo urbano en la Ciudad de México* Tomo I: Economía y sociedad en la metrópoli (México: Universidad Autónoma Metropolitana/Grupo Editorial Porrúa).
- Breilh Jaime (2003) *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad* (Buenos Aires: Lugar Editorial)
- Breilh, Jaime y Granda, Edmundo (1982) *Investigación de salud en la sociedad* (Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud).
- Bronfman, Mario (2001) *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y mortalidad infantil* (Buenos Aires: Lugar Editorial/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias).
- Bustelo, Eduardo y Minunjin, Alberto (1998) *Todos Entran. Propuesta para sociedades incluyentes* (Bogotá: Santillana).
- Cohn, Gabriel (2003) "Renovando os problemas nas Ciências Sociais" en Goldenberg, Paulete, Marsiglia, Regina y Gomes, Mara Helena (Orgs.) *O Clássico e o Novo. Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde* (Rio de Janeiro: FIOCRUZ).
- Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (2008), OMS
- Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (DCSC) (2002) *Plan de Estudios. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco* (México).
- Garduño, Ma. de los Angeles (2007) La relación salud, género y trabajo. Aproximándose a la discusión en: Jarillo E. y Ginsberg E. (Coords.) *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*, (Argentina: Lugar Editorial) pp. 189-215
- Granados José Arturo y Tetelboin Carolina (2008) Módulo III: Práctica Médica y Política de Salud. Maestría en Medicina Social, (México: UAM-Xochimilco)

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

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

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

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

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

Jarillo, Edgar, López, Oliva y Mendoza, Juan Manuel (2005) La formación de recursos humanos en salud pública en México. En: Vásquez D., Cuevas L. y Crocker R. (Coords.) *La formación de personal de salud en México*. (México: OPS/PROCORHUS), pp. 239-265

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

Laurell, Asa Cristina (1994) "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad" en Rodríguez, María Isabel (coord.) *Lo biológico y lo social* Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101 (Washington, OPS/OMS).

Laurell, Asa Cristina y Márquez, Margarita (1983) *El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud* (México: Editorial Era).

Laurell, Asa Cristina y Noriega, Mariano (1989) *La salud en la fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México* (México: Ediciones Era).

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

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

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

López Sergio y Tetelboin Carolina (2006) "Más allá de la bioética: hacia una ética de la salud" en: Eibenschutz Catalina y col.(Eds.)¿Hacia donde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción (México: UAM-X, OPS, UNAM, IPN, FES-Zaragoza)

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

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

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

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

Tetelboin, Carolina (1997) "Problemas en la conceptualización de la práctica médica", en *Estudios en Antropología Biológica* (México), Vol. VIII.

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