

## LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA ACCIÓN POLÍTICA<sup>1</sup>

Mauricio Torres Tovar<sup>2</sup>

*A la memoria de nuestro querido compañero Edmundo Granda, para quien fue una constante pensarse la salud en relación con sus múltiples determinaciones y proponer la acción política para la defensa de la vida y la salud.*

Como parte del ejercicio del análisis que la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) ha propuesto para discutir la posición de nuestra Asociación respecto a los determinantes sociales de la salud (DSS) y su aplicación en la política y la práctica sanitaria, esta reflexión aborda el aspecto de cómo puede ser útil la perspectiva de los DSS en la acción política.

El texto inicialmente analiza cómo la perspectiva de los DSS es útil para la acción política, luego asume el interrogante de porqué la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorporó en su agenda este tema y cuál es la utilidad política de ello, posteriormente considera las propuestas de acción política para enfrentar los DSS que ha lanzado la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) y finalmente reflexiona sobre las tareas que a la luz de los DSS se imponen para la Medicina Social – Salud Colectiva (MS-SC)<sup>3</sup> y para ALAMES.

La ponencia sostiene como tesis central que la dinámica mundial promovida desde la OMS en torno a los DSS a través de la creación de una Comisión Global que abordó este tema y que acaba de presentar su informe (OMS y CDSS, 2008) es una oportunidad política para reposicionar la perspectiva de los DSS en América Latina, pero con énfasis en los desarrollos conceptuales y prácticos que desde el continente se han hecho a través de la MS-SC, lo que demanda hacerla una perspectiva entendible para los diversos actores interesados en cambios estructurales de la salud en el continente y de manera particular hacia las organizaciones y movimiento sociales, bajo la comprensión de que son sujetos sociales fundamentales de los cambios emancipatorios, lo que implica vincular claramente los DSS con la lucha por el derecho a la salud, en tanto este es el aspecto central de la agenda política en salud de los movimientos. Asunto que a su vez le fija a ALAMES como organización de la MS-SC la tarea de continuar fortaleciendo la reflexión y acción política para el cambio social, incorporando en su agenda de acción la difusión crítica de los DSS como aporte estructurante de las luchas sociales por el derecho a la salud en el continente e incidir

---

<sup>1</sup> Ponencia elaborada como aporte para la discusión en la Mesa Redonda “Los determinantes sociales de la salud y la acción política” en el marco del Taller de Determinantes Sociales en Salud organizado por la Coordinación General de ALAMES, Ciudad de México, 29 de septiembre al 2 de octubre de 2008.

<sup>2</sup> Médico, Sanitarista Ocupacional. Coordinador de la Región Andina de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y miembro del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social de Colombia. Correo: [maot99@yahoo.es](mailto:maot99@yahoo.es)

<sup>3</sup> Utilizo de manera conjugada los términos medicina social y salud colectiva conciliando los dos términos que desde América Latina se le ha dado a la corriente de pensamiento crítico de los conceptos, estructuras y prácticas de la medicina occidental.

para que esta perspectiva sea utilizada en el diseño y operación de las políticas estatales y en las prácticas de los escenarios institucionales y no institucionales de salud.

## **LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD HERRAMIENTA PARA LA ACCIÓN POLÍTICA POR EL DERECHO A LA SALUD**

Un elemento central que caracteriza a la corriente de la MS-SC es comprender a la salud como un asunto de orden político, postura proveniente de los postulados de Virchow en el siglo XIX que comprendió la medicina como una ciencia social (ROSEN, 1979) y que muchos latinoamericanos retomaron y profundizaron en la segunda mitad del siglo XX, llegando a sostener que *“la medicina es una acción social y no existe acciones sociales que puedan ser apolíticas”* (FERGUSSON, 1983).

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

Otro de los aspectos claves en las concepciones de la MS-SC es comprender que la salud y la enfermedad están determinadas por aspectos que van más allá de los de orden biológico, principalmente por aspectos de orden económico, político, cultural y ambiental. Ha esto es a lo que la MS-SC le ha denominado DSS.

Se puede decir que la categoría de DSS posee una doble connotación en término de lo político. De un lado incluye como determinantes de la salud a los determinantes políticos y de otro lado afectar el conjunto de determinantes de la salud exige la acción política.

La política actúa como determinante al definir la manera como se distribuye el poder económico y social, al definir macro aspectos que dan curso a políticas económicas, sociales y de salud tanto en ámbitos internacionales como nacionales y locales, que inciden directamente en la salud y la enfermedad de las poblaciones.

Y la política actúa como enfrentamiento de los DSS, en tanto se requieren acciones y decisiones políticas que permitan superar las desiguales distribuciones de poder económico y social, determinantes de las inequitativas condiciones de salud de los pueblos (BENACH y MUNTANER, 2005).

Ahora, es bueno aclarar que cuando se hace referencia al término de DSS no existe una única manera de entenderlos y de proponer como se enfrentan. Por ejemplo, la posición que fija la CDSS tiene como base los desarrollos de la epidemiología social anglosajona que coloca el acento en mejorar el nivel de educación, de empleo y de ingresos, lo que debe llevar a mejorar las condiciones de salud, asunto que se logra por la vía de políticas macroeconómicas, sociales y públicas; de otro lado, la mirada que tienen la MS-SC tiene sus bases teóricas en el marxismo y centra su planteamiento en la necesidad de reestructurar los modos de producción y reproducción social bajo el

control de las clases populares, ya que de la relación que los individuos mantienen con los medios de producción deriva su posición social en las relaciones de dominación y explotación (ALAMES COLECTIVO ORGANIZADOR, 2008).

En este sentido la perspectiva de los DSS demanda de un lado una comprensión de la política como determinante de la salud y de otro, una acción política colectiva que permita enfrentar la desigual distribución de riqueza, poder y conocimiento, en favor de la vida tanto humana como planetaria y en contra de las condiciones que generan enfermedad y muerte de segmentos importantes de la población y deterioro de los recursos ambientales.

Avanzar en esta dirección de acción política, demanda dos asuntos. De un lado hacer entendible el discurso de los DSS, en tanto es un discurso complejo, que permita incorporarlo en la agenda de los sectores sociales y en el diseño y puesta en operación de políticas públicas. De otro lado, para que logre mayor aceptación y potencia política debe ser claramente articulado a la lucha por el derecho a la salud, en tanto es la bandera política central que hoy en día tienen los pueblos del mundo y del continente en el campo sanitario (como la de ALAMES), orientando la lucha política por configurar sociedades que detengan las inequidades e injusticias en salud.

De esta manera la perspectiva de los DSS se convierte en una herramienta útil para comprender los aspectos estructurales que tienen que ver con la realización de la salud y dota de mayor contenido político al discurso del derecho a la salud (incluso del conjunto de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales), dejando claro que su garantía pasa por cambios estructurales en los modos de producción y por una distribución equitativa de los recursos económicos, de poder y conocimiento para y entre los pueblos; pero a la vez en este vínculo la perspectiva de derechos aporta una herramienta en cuanto estos generan obligaciones a los Estados, lo que conlleva el impulso de procesos organizativos sociales de exigibilidad que deben llevar necesariamente a afectar los DSS para la garantía del derecho a la salud.

## **LA OMS Y LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

Es necesario preguntarse por qué la OMS incursionó en el tema de los DSS y qué valor político puede tener el que haya colocado en su agenda este tema (TORRES, 2005)<sup>4</sup>.

Esta pregunta inicialmente fue hecha en el seno del conjunto de organizaciones referentes de la sociedad civil de cuatro regiones del mundo (África, Asia, Latinoamérica, Este Mediterráneo) que participamos en parte de la dinámica desarrollada por la CDSS<sup>5</sup>: por qué la OMS decidió habilitar una Comisión para abordar

---

<sup>4</sup> Este aparte se elabora con base en el documento *Lectura Política de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*, que el autor presentó en 2005 al grupo de trabajo de la Coordinación General de ALAMES, como parte de las reflexiones hechas en su calidad de coordinador de las acciones de las organizaciones referentes de la sociedad civil para América Latina que participamos en la dinámica de la CDSS.

<sup>5</sup> De América Latina participaron como organizaciones referentes de la sociedad civil ALAMES, la Coordinadora Latinoamericana de Organizaciones del Campo (CLOC) y la Red de Seguridad y Salud en el Trabajo (RSST); las cuales desarrollamos diálogo con otras organizaciones de la mayoría de países de

el tema de los DSS, el cual ha sido un tema principalmente reivindicado por el sector crítico y contrahegemónico de la medicina, y no por sectores tradicionales que son los que han gobernado el curso de la OMS.

Una posible respuesta a esta pregunta fue que a través de abordar el tema de determinantes sociales de la salud y posicionarlo con una Comisión de carácter mundial, la OMS buscaba recuperar su papel protagónico en el campo de la salud en el mundo.

La OMS en la década del 90 quedó subordinada a los organismos financieros internacionales que asumieron las riendas de las orientaciones de las políticas sociales, entre ellas las de salud, para impulsar las reformas estructurales de los Estados desde la orientación neoliberal.

La OMS se limitó en gran medida a hacer eco a las orientaciones políticas en salud de estos organismos internacionales (que impulsaron las reformas sanitarias, en donde se avanzó en la configuración de sistemas de salud con una perspectiva de mercado de los servicios con un papel preponderante de los sectores privados y una marginación del actuar del sector público sanitario) perdiendo el perfil de líder mundial de este sector.

Prueba de ello fue el tipo de informes que elaboró la OMS centrados más en hacer balances administrativos-gerenciales de los sistemas de salud y evaluar cuales eran más eficientes financieramente, subordinado el tema de la situación de salud de las poblaciones (el más controvertible el Informe año 2000, que hizo un ranking sobre la equidad financiera en salud de los países).

En este contexto y dado que estos organismos internamente no son homogéneos, se puede decir que un sector democrático progresista dentro de la OMS preocupado por las profundas inequidades en salud en el mundo y sus repercusiones sobre la vida, buscó retomar el papel protagónico en el campo de la salud y darle el estatus que se merece a la OMS y una estrategia para ello fue retomar en su quehacer un tema de trascendencia como es el de los DSS.

A su vez, surgió otra pregunta con relación a cual podía ser el alcance político real de la Comisión. Se reconoció que el alcance de una Comisión como estas es limitado, más aún en el contexto internacional actual de globalización donde existe un papel preponderante en la toma de decisiones de las empresas transnacionales y de los organismos internacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Mundial del Comercio) que son los que efectivamente están decidiendo el curso de las políticas públicas de salud.

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

---

Latinoamérica, a través de un conjunto de encuentros nacionales y regionales, proceso que se llevo a cabo entre noviembre de 2005 a abril de 2007 y que tuvo como momento de acuerdo más importante la reunión regional en Brasilia en abril de 2007 que permitió sacar una declaración política en el tema de DSS, que se denominó Carta de Brasilia.

determinantes fundamentales de estas inequidades; y a la vez proponer e impulsar acciones políticas que modifiquen estas inequidades, a partir de enfrentar al actual modelo económico neoliberal perpetuador de ellas, configurando nuevos modelos de desarrollo económico y social, que no estén centrados en la acumulación de capital, en el consumo, el individualismo y la insolidaridad y que efectivamente garanticen los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales al modificar las estructuras productivas y la manera como se distribuye la riqueza y el poder haciéndolo en clave de equidad.

La posibilidad de avanzar en este camino, no se centra en el papel que la OMS pueda cumplir, en tanto es débil al ser un organismo intergubernamental dominado por los Estados que reproducen las inequidades. Los actores centrales del cambio son los pueblos del mundo, a través de sus organizaciones, movimientos y redes sociales y políticas, en donde la perspectiva de los DSS se considera una herramienta que permite ampliar la comprensión de las causas de las desigualdades injustas en el mundo y ubicar en la agenda de lucha política las estructuras centrales a transformar para superar efectivamente las injusticias sociales y sanitarias.

## **LAS PROPUESTAS DE ACCIÓN POLÍTICA DE LA COMISIÓN DE LA OMS PARA ENFRENTAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

El informe de la CDSS plantea que las inequidades sanitarias son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, comprende, que las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas (OMS y CDSS, 2007).

Dice la CDSS que para subsanar las desigualdades en materia de salud es necesario que los gobiernos nacionales, la OMS, los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil desplieguen una acción concertada a todos los niveles y que por lo tanto la mejora de la salud, y una distribución más justa de la salud deben constituir objetivos comunes.

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

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

En relación con la segunda recomendación de luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos las estrategias más relevantes que plantea son que la equidad sanitaria sea un criterio de evaluación de la actuación de los gobiernos; que se cree capacidad nacional para aplicar un régimen impositivo progresivo; que se cumplan los compromisos adquiridos aumentando la ayuda mundial hasta el 0,7% del

PIB; que se evalúen las consecuencias de los principales acuerdos económicos mundiales, regionales y bilaterales en la equidad sanitaria; que se refuerce el liderazgo del sector público en la prestación de bienes y servicios básicos esenciales para la salud y en el control de artículos que dañan la salud; que se aprueben y apliquen leyes que promuevan la equidad de género; que se garantice la representación justa de todos los grupos de la sociedad en la toma de decisiones; que las Naciones Unidas hagan de la equidad social un objetivo fundamental de los programas de desarrollo mundial y utilicen un marco basado en indicadores de los determinantes sociales para medir los progresos realizados.

En relación a la tercera recomendación de hacer medición y análisis del problema, se propone que haya sistemas de datos de inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces y que haya sensibilización y formación en materia de determinantes sociales de la salud es esencial.

Esta mirada que plantea la CDSS aunque destaca las causas de las inequidades en determinantes políticos, sociales y económicos, no ahonda en el tipo de modelo de producción y reproducción social que sería la base de esta determinación y por lo tanto a la hora de plantear alternativas, no toca la naturaleza de fondo de la sociedad capitalista (ALAMES COLECTIVO ORGANIZADOR, 2008). El asunto central está en la distribución desigual del poder, la riqueza y los recursos, pero hay que reconocer que esta se produce y perpetúa a través del modelo económico capitalista y al no apuntar las estrategias al asunto de fondo, las estrategias quedan en un plano paliativo y lo que es peor aún, no se da un mecanismo de fuerza para que los actores fundamentales que perpetúan esta desigualdad sean controlados y las decisiones vayan en otra dirección. Esto no niega reconocer que de las estrategias para mejorar la calidad de vida hay cosas que destacan y que por supuesto compartimos.

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

A los *organismos multilaterales* la CDSS les pide coherencia intersectorial en la elaboración de las políticas y la ejecución de las intervenciones para lograr que aumente la equidad sanitaria; a la *OMS* que es necesario potencie su función directriz a través del programa de acción sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria mundial; a las *Autoridades nacionales y locales* les pide coherencia de las políticas gubernamentales, intensificación de las medidas que promuevan la equidad y la financiación, y medición, evaluación y formación; a la *Sociedad civil* le pide intervenciones referidas a la participación en las políticas, la planificación y los programas; y evaluación y seguimiento del desempeño; al *Sector privado* le propone aumente su responsabilidad, e inversiones e investigación; y a las *Instituciones de investigación* les pide generar conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud y difundirlo.

Esta mirada de acción de y entre los actores que puede tener aspectos valiosos, tiene dos inconvenientes. De un lado la experiencia que se tuvo durante los tres años de trabajo desde las organizaciones referentes de la sociedad civil en la CDSS, en el esfuerzo por generar objetivos comunes y acciones concertadas entre diversos actores fue muy débil; especialmente el compromiso de los gobiernos frente al tema fue bajo, en particular en América Latina se logró básicamente de los gobiernos progresistas, los gobiernos de corte neoliberal no se comprometieron con este propósito (ALAMES, CLOC, RSST, 2006).

Y de otro lado, desconoce un actor central actual en el marco del proceso de globalización, que tiene una gran capacidad política para incidir en las decisiones nacionales e internacionales, las empresas transnacionales (que son sector privado, pero que este no se puede tratar homogéneamente). Nunca como antes el capital había logrado ejercer un poder tan amplio. Nunca como antes el capital había podido imponer tan abrumadoramente sus políticas, sus intereses y sus dogmas en el mundo (BENACH y MUNTANER, 2005). Por lo cual, no tener una estrategia que enfrente a este actor potente, resta enormes posibilidades a una acción que impacte los determinantes de las inequidades sanitarias, si no afecta la concentración de poder económico, político y de conocimiento que generan estos actores.

Por ultimo, tal como se presenta la actividad de los diversos actores queda como un asunto de voluntades y desconoce las relaciones de poder y de desigualdad de éstas, que de no afectarse pues difícilmente podrá avanzarse en otra dirección. Claro, a los actores de la sociedad civil nos interesa participación en el diseño y planificación de las políticas y en su seguimiento y evaluación, pero esto no depende solo de la voluntad de la sociedad civil, depende de la correlación de fuerzas y por lo tanto se deben tener estrategias que cambien esta correlación de fuerzas y le den mayor peso a los actores de la sociedad civil así como a las autoridades nacionales y locales en contrapeso a los organismos multilaterales y a las empresas privadas transnacionales, que tienen la mayor capacidad de poder.

## **TAREAS POLÍTICAS QUE DERIVAN PARA LA MEDICINA SOCIAL–SALUD COLECTIVA Y PARA ALAMES COMO EXPRESIÓN ORGANIZATIVA**

Es claro que el poder desigual produce inequidad de salud. Bajo esa premisa la tarea central de la MS-SC esta en relación en seguir haciendo evidente donde están las raíces estructurales de esta distribución desigual del poder, la riqueza y los recursos culturales, de conocimiento y ambientales, que generan la triple inequidad de clase, de genero y étnica-racial y que afectan la salud (BREIHL, 1998) y plantear estrategias para enfrentarlas y transformarlas.

La CDSS apunta en gran medida a hacer evidentes las inequidades en salud en el mundo, asunto importante y que se constituye en un punto de interés común con el campo de la MS-SC, pero adicionalmente para la MS-SC y especialmente desde la tarea de ALAMES como expresión político-organizativa, la apuesta esta más en generar procesos políticos con los sectores que padecen las inequidades, que se expresan a través de organizaciones y movimientos sociales, para contribuir a fortalecer sus recursos de poder y que efectivamente construyan la capacidad política para incidir en

las distribución de los recursos de la sociedad.

En este sentido apostamos a fortalecer un movimiento continental y global por la equidad en salud, inscrito en el marco amplio de las luchas regionales y mundiales por el derecho a la salud. Desde la MS-SC y ALAMES apuntamos a un cambio estructural en tanto el problema de las inequidades sociales y sanitarias están en la misma esencia de la sociedad capitalista, apostamos políticamente ha generar sociedades que implementen modelos de desarrollo justos, en donde haya una distribución equitativa de la riqueza material, del poder político (tanto entre clases, como entre los géneros y los grupos étnico-raciales), del acumulado histórico de conocimiento, y que tiene en cuenta a la naturaleza y no la subordina y destruye, sociedades que rompan con el modelo hegemónico de la concentración de la riqueza y el énfasis en el consumo como sinónimo de felicidad y éxito.

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

Esto demanda a la MS-SC y de ALAMES como parte de su agenda política:

- Hacer un balance con relación a cómo la MS-SC ha utilizado políticamente los DSS en la región de América Latina y hasta donde ha logrado permear los espacios de la gestión de los servicios de salud y los espacios de gobierno locales y nacionales, para evidenciar aciertos y desaciertos en las estrategias de puesta en operación de la perspectiva de DSS;

- Contribuir a traducir el discurso de los DSS a un lenguaje sencillo y a establecer claramente la relación entre DSS y derecho a la salud, lo que debe permitir que la agenda mundial y continental de los movimientos sociales en salud se amplíe y fortalezca, al introducir elemento de análisis y de estrategias de orden estructural, pero a la vez también tácticos;

- En el escenario académico fortalecer los procesos de socialización del conocimiento y de profundización de la investigación-acción que siga revelando como se expresan las inequidades en salud en el continente, sus causas estructurales y las posibles vías de superación;

- Contribuir a la acción de las organizaciones y movimientos sociales de salud retomando, profundizando y fortaleciendo sus banderas de lucha, referidas a la concreción de sistemas de salud para todos y todas que acojan y promuevan los saberes y prácticas ancestrales en salud; la protección de los derechos de



los trabajador@s de la salud; desarrollo de reales sistemas de protección social universales; defender la salud en el trabajo como un derecho humano; declarar los medicamentos bienes públicos que eviten su patentamiento y garantice el acceso universal a los medicamentos esenciales; reconocimiento del agua como un bien público y derecho humano; defensa de la soberanía y la seguridad alimentaria de los pueblos; oposición a la guerra y la militarización de los pueblos (REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD CIVIL A LA CDSS-OMS, 2007);

Trabajar con los gestores/trabajador@s de la salud para que entiendan, acojan e impulsen la perspectiva de los DSS, bajo el entendido que son los actores principales para la puesta en operación de cualquier cambio en las políticas de salud;

Incidir en las plataformas programáticas de los partidos políticos democráticos y progresistas, que posibilite incorporar esta perspectiva y dar base a que posteriormente en los ejercicios de gobierno se desarrollen acciones integrales transectoriales;

Trabajar con los gobiernos progresistas tanto locales como nacionales, para que el diseño de política pública aborde la afectación de los determinantes sociales;

Demandar a la OMS y OPS retomen el protagonismo mundial del campo de la salud, confronten decididamente los organismos internacionales financieros por las políticas privatizadoras de salud que imponen, e impulsen la orientación del diseño de las políticas de salud desde la perspectiva de los DSS.

Para finalizar, es esclarecedor y clave para esta labor política que se propone, el consenso que un conjunto amplio de organizaciones sociales del continente Americano logró y que quedó expresado en la denominada Carta de Brasilia, en donde planteamos (MOVIMIENTOS Y ORGANIZACIONES SOCIALES Y POPULARES DE LAS AMÉRICAS, 2007):

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

*En este contexto, se hace evidente que para avanzar en la superación de las inequidades en salud se requiere de manera fundamental configurar modelos de desarrollo social y económicos sustentables, garantes de los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, sexuales y reproductivos; un*

*modelo de Estado que garantice dichos derechos; impulso a la soberanía y seguridad alimentaria, que erradique el hambre del continente, promoviendo reformas agrarias que aseguren el acceso, uso y propiedad de la tierra, posibilite procesos agrícolas sustentables y que preserven la propiedad de las semillas ancestrales en el marco de una propuesta de agricultura familiar y campesina adecuada a la diversidad climática de la región; reformas urbanas que promuevan una mejor distribución del suelo urbano y la construcción de ciudades socialmente justas y ambientalmente sustentables; democratización del capital cultural de la humanidad a través del acceso universal a la educación; concreción de la democracia participativa; y desarrollo de políticas públicas intersectoriales universales, integrales, equitativas y participativas.*

Este es el horizonte común trazado, llegar a él requiere ganar capacidad política por parte de los sectores progresistas y democráticos del continente para que le disputen el poder a quienes perpetúan las distribuciones inequitativas, acá uno de los retos y deberes políticos de la MS-SC y de ALAMES es aportar en esta dirección.

## Referencias

ALAMES COLECTIVO ORGANIZADOR DEL TALLER LATINOAMERICANO DE DSS (2008). Documento para la discusión. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. México D.F. [www.alamesgeneral.es.tl](http://www.alamesgeneral.es.tl)

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

BENACH, Joan; MUNTANES, Carles (2005). Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad daña nuestra salud? Carabobo: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldon".

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

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

BREIHL, Jaime (1998). La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. Rev. Bras. Epidemiologia, vol 1, No. 3: 207 – 233.

BUSS, Paulo; PELLEGRINI, Alberto (2007). A saúde e seus determinantes sociais. Rev. Saúde Coletiva. Río de Janeiro, vol 17, No. 1: 77-93.

COMISION DE DETERMINANTES SOBRE LA SALUD - CDSS (2007). Documento de referencia 2: Subsanan las desigualdades en una generación - ¿Cómo? [www.who.in/social\\_determinants](http://www.who.in/social_determinants)

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD y COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES

SOCIALES DE LA SALUD (2008). Subsanan las desigualdades en salud en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra. [www.who.in/social\\_determinants](http://www.who.in/social_determinants)

MOVIMIENTOS Y ORGANIZACIONES SOCIALES Y POPULARES DE LAS AMÉRICAS (2007). Carta de Brasilia. Minga para reducir las inequidades en salud en la región de la Américas. Reunión Regional de Consulta con la Sociedad Civil sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Brasilia 12 - 14 de abril (inédito).

REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD CIVIL A LA CDSS-OMS (2007). Informe de la sociedad civil de la comisión sobre los determinantes sociales de la salud, OMS. Journal Medicina Social, vol 2, No. 4: 212-233 [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)

ROSEN, George (1985). Da policía médica a la medicina social. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec (2006). Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. Health Promotion Journal of Australia, vol 17, No. 3: 180-184.

TORRES, Mauricio (2005). Lectura política de la Comisión sobre Determinantes de la Salud (inédito).

TORRES, Mauricio (2007). ALAMES: expresión organizativa de la medicina social en América Latina. Journal Medicina Social, vol 2, No. 3: 139-144 [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)

TORRES, Mauricio (2007). El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada. Rev. Cubana Salud Pública, vol.37, No. 4.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)