

**ASOCIACION LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL
TALLER LATINOAMERICANO SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE
LA SALUD¹**

**PONENCIA PARA LA MESA 1: LA DETERMINACIÓN SOCIAL EN LA
SALUD**

**“Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en
la Determinación Social de la Salud”**

Jaime Breilh²
Universidad Andina Simón Bolívar

*A la memoria de los años de intensa amistad
vividos con Edmundo Granda;
a la memoria de Juan Samaja y sus aportes a la
construcción progresista de nuestro conocimiento.*

Contextualización Necesaria

Cada cierto tiempo aparecen en los campos de la investigación y la práctica categorías claves que condensan los puntos cardinales del debate y definen los puntos sobresalientes del disenso científico.

Esto sucede en cualquier rama del saber, pero más aún en aquellas que, como la Epidemiología, proveen de herramientas para evaluar el modo de vivir de una población, y el éxito o fracaso de sus proveedores económicos y políticos.

A través del tiempo, la epidemiología como brazo diagnóstico de la salud colectiva y gracias a su capacidad para producir la imagen de la salud de una sociedad, ha estado permanentemente sometida a presiones cruzadas desde demandas y valores opuestos. De ahí que sus paradigmas interpretativos y modelos de investigación jamás han sido el exclusivo resultado de decisiones autónomas de los especialistas –académicos o no académicos- sino más bien producto de la interrelación entre las ideas y operaciones individuales de éstos, con las fuerzas, reglas, facilidades y obstáculos sociales de contextos históricos específicos.³

De ahí que la ciencia epidemiológica, como cualquier otra operación simbólica “...es una expresión transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad.”⁴ Son ese tipo de relaciones de poder, y no simplemente las diferencias éticas o técnicas, las que

¹ México, 29 de Septiembre - 3 de Octubre del 2008

² Jaime Breilh, Md. MSc. PhD; Director del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar; Coordinador de la Red de Acción por el Derecho a la Salud; Co-Coordinador de la Comisión Andina de Determinación Social de la Salud; jbreilh@uasb.edu.ec

³ Breilh, Jaime. Latin American Critical (“Social”) Epidemiology: New Settings for an Old Dream. Oxford: International Journal of Epidemiology, 37, 745-750, 2008

⁴ Bourdieu P. O Poder Simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand, 1998: p.15 (Tranlated from “Le Pouvoir Symbolique, 1989)

nos permiten explicar una historia de disensos científicos en la epidemiología, como los que se dieron entre el *contagionismo conservador* y la *doctrina progresista miasmática* en el siglo XIX; o entre las *explicaciones unicasales* y la *teoría social inicial* en la primera mitad del siglo XX; o entre el *modelo multicausal* -con el paradigma de riesgo como su brazo operativo- versus la *epidemiología crítica* en la actualidad^{5,6}

El disenso actual sobre los llamados “determinantes sociales de la salud” pasa a ser una de esos terrenos de oposición, donde se pugna por definir el campo de la salud colectiva; su contenido y su práctica. Para contrastar las perspectivas divergentes sobre la determinación social de la salud, para comprender por qué la reflexión de grupos de la salud colectiva latinoamericana se adelantó en tres décadas a la Organización Mundial de la Salud; para entender el debate actual sobre dicha categoría y los motivos por los cuales el pensamiento anglosajón invisibilizó la producción latinoamericana al lanzar al mundo su modelo, es necesario insertar dichas reflexiones en el movimiento de las relaciones sociales que batallan por constituir la práctica de la salud.

Aceleración de la Economía y Retroceso de la Vida

Cuando diversos núcleos de la medicina social de América Latina enunciaron a fines de los 70 sus primeras versiones sobre la determinación social de la salud, era un momento de lucha para rebasar los moldes de la salud pública de entonces, haciendo visibles la relación entre estructura social y salud; recuperando categorías fundamentales de las ciencias sociales críticas, como “sistema económico”, “trabajo” y “clase social”, que habían sido barridas de los modelos de la salud pública oficial. En ese momento el pensamiento hegemónico de la epidemiología se refugiaba en el paradigma de la tríada sistémica de Leavell Clark y en las redes de multicausalidad de MacMahon.

Pero ahora, la aceleración del ritmo de reproducción del capital en la economía global desde mediados de los 80s, ha maximizado el deterioro de la vida en nuestro planeta. En el Mundo y la sociedad actuales, mientras más rápido se reproducen las inversiones y ganancias, menos espacio y recursos van quedando para la vida en la Tierra. En contraste con los tiempos anteriores, no es que haya cambiado la naturaleza del sistema económico que rige en el Mundo, sino que se han acelerado sus procesos, acortándose los ciclos de reproducción del capital, lamentablemente mediante mecanismos que han desatado no solamente devastadores cambios climáticos planetarios y destrucción de los ecosistemas, sino procesos globales de restricción estructural de las condiciones que se requieren para la reproducción de la vida y la salud. En la era actual, el vértigo de la producción, el culto a la competitividad y la celeridad de las operaciones económicas, van de la mano con la religión del consumo. La velocidad de flujos y operaciones que incrementa la rentabilidad es la justificación y fin de todo, pero la circulación y venta de mercancías es el requisito para completar el ciclo de la economía.

⁵ Breilh J. La Epidemiología Entrefuegos. Medellín: Taller Latinoamericano de Medicina Social, 1987.

⁶ Tesh S. Hidden Arguments. New Brunswick: Rutgers University Press, 1988.

Entonces, la lógica imperante es extraer, producir y distribuir, para generar productos que se puedan consumir. En ese movimiento, tras del eufemismo de la tan mencionada “globalización” subyacen tres grandes mecanismos de acumulación de capital y concentración de la riqueza social: la *aceleración*, el *despojo* y el *shock*⁷ que han hecho que los niveles “normales” de deterioro de la salud en la pobreza, se desborden y complejicen, tensionando al extremo no solamente el proyecto concentrador y privatizador, sino la legitimidad y hegemonía de los moldes reduccionistas y lineales de los paradigmas que, multicausalismo, habían servido para la gestión funcional al poder. Bajo esas condiciones surgió la necesidad de un modelo epidemiológico hegemónico, que crease un puente entre los más acuciantes problemas de la aceleración, con los hechos más visibles de la crisis de la salud. De ahí que el modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS, fue esa 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 socio económicas del poder y las relaciones sociales.

“Riesgo”, “Determinantes” o “Determinación” ¿De qué Estamos Hablando?

En los límites de esta breve exposición no podemos condensar todos los argumentos necesarios para rebatir el pensamiento de la salud pública hegemónica, y contrastarlo con el que inspira, desde una orilla opuesta, la corriente crítica latinoamericana. Destacaremos apenas un par de argumentos, esperando que el lector procure la bibliografía respectiva.

En los años de oro del neoliberalismo, el discurso de la gerencia y el eficientismo; la conversión de los derechos adquiridos en mercancía; la monopolización, privatización y mercantilización de la oferta de los bienes y servicios de los que depende la salud; y la focalización de acciones, configuraron una bien orquestada ofensiva del Estado neoliberal, que necesitó de una epidemiología especial: la epidemiología del riesgo. Las nociones de contagio (siglo XIX) que animaba la relación con lo económico y social, y la de transmisión (temprano siglo XX) que enfocaba la relación medio interno-medio externo, no eran propicias para la lógica de la focalización en fragmentos puntuales de la realidad que pudieran ser cambiados, sin preocuparse por la totalidad o por el “mundo externo”. Se buscó una interpretación extrasocial, que más bien distrajera las interpretaciones hacia el terreno de la probabilidad de sucesos manejables, y la respuesta fue el riesgo.⁸ Alrededor de esta categoría se tejió todo un paradigma que en el Sur de América lo hemos analizado críticamente.^{9, 10} Era un abordaje probabilístico, ligado al formalismo

⁷ Breilh, Jaime y Tillería, Ylonka. *Aceleración Global y Despojo en Ecuador: El Retroceso del Derecho a la Vida y la Salud Pública en las Décadas Neoliberales*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, 2008

⁸ Ayres, Ricardo. *Sobre O Risco. Para Comprdende ra Epidemiologia*. São paulo: HUCITEC, 1997.

⁹ Almeida Filho, Naomar. *La Ciencia Tímida*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.

cuantitativo, concebido para estudiar las probabilidades de susceptibilidad de personas o de agregados colectivos según niveles de exposición.

Pero esa expiación de lo social y su transmutación a un hecho estadístico, no sólo fueron detectados como un obstáculo epistemológico por la epidemiología crítica latinoamericana, sino también por epidemiólogos del Norte, sobre todo europeos con conciencia social, para quienes era imposible movilizar la salud pública sobre la lógica inconexa de las probabilidades. En ese contexto nació la idea de los determinantes sociales de la salud bajo el amparo de la Comisión de la OMS. Una solución que abre nuevamente el espectro del análisis a procesos contextuales y a la inequidad socioeconómica que el paradigma de riesgo había cerrado.

Y en este punto cabe una reflexión importante para nuestros foros en el Sur. El hecho de que la difusión para 2005 del modelo de determinantes sociales generado bajo amparo de la OMS, haya ignorado olímpicamente la pionera producción publicada en América Latina desde los años 70 por científicos del pensamiento crítico latinoamericano, que había sido reseñada en artículos de revistas de circulación universal¹¹, y que contaba ya para esos años de una sustanciosa bibliografía, registrada y sistematizada en sistemas internacionales de información como el de la Universidad de Nuevo México y SCielo, no parece ser fruto de las barreras del lenguaje. Podría ser fruto de una sesgada evaluación académica, o por el contrario, podría ser la decisión de ignorar un enfoque profundamente cuestionador de las relaciones generales de poder de la sociedad de mercado, que integra el análisis de los modos de vivir históricamente estructurados de clase-etnia y género, y de sus perfiles de salud, con la estructura de propiedad y de acumulación, sus políticas de Estado y sus relaciones culturales.

La salud colectiva latinoamericana eslabonó la construcción integral del *objeto salud*, con una práctica integral de transformación. No la transformación de “riesgos “ aislados, o “factores determinantes”, sino la incidencia sobre procesos de determinación que implican modos históricos estructurales.

El documento base del Taller Latinoamericano¹² sintetiza adecuadamente diferencias sustanciales de los dos modelos. A la par que suscribimos sus tesis, podemos asentar en esta parte algunas complementaciones.

En primer lugar, cabe un reparo al modo en que nos hemos acostumbrado a explicar el debate, aun desde la orilla progresista. Nos referimos a “determinantes sociales de la salud”, asumiendo como nuestra esa forma de expresión del modelo europeo. En la construcción latinoamericana, el cuestionamiento del causalismo^{13,14,15,16}, como reducción científica de la

¹⁰ Breilh, Jaime. Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

¹¹ Waitzkin H, Iriart C, Estrada A and Lamadrid S. Social Medicine in Latin America: Productivity and Dangers Facing the Major National Groups. The Lancet 2001: 358: 315-23

¹² Comité Organizador. Documento para la Discusión del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. México: Materiales del Taller, 29 Septiembre– 3 de Octubre del 2008.

¹³ Breilh J. Epidemiología: Economía, Medicina y Política. Quito: Universidad Central, 1979. p.127 (next editions: 2nd edition: Sto. Domingo; Ministry of Health of the Dominican Republic,

determinación al principio causal, y como distorsión de la realidad considerada únicamente como mundo de conexiones constantes (causales) y asociaciones externas entre factores; nos permitió llegar desde 1979 a la noción de *determinación* como proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades.¹⁷

Aquello marca una distancia conceptual, pero sobre todo práctica. Si bien el modelo OMS ha contribuido a abrir el horizonte del pensamiento oficial en salud y el espectro de análisis, sigue atado a un neocausalismo donde los “determinantes sociales” son asumidos como factores externamente conectados. Esto nos preocupa, más que por una cuestión teórica por las implicaciones prácticas de repetir el *modus operandi* del causalismo: actuar sobre factores y no sobre el cambio de procesos estructurales.

En correspondencia con lo anterior, si bien el modelo OMS reconoce determinantes estructurales e intermediarios, lo hace de tal forma que es imposible establecer el nexo histórico real entre las dos instancias. Primero por que, como la ha señalado el documento base, en los “determinantes estructurales” están ausentes las categorías definitorias del conjunto y su lógica (acumulación, propiedad, relaciones sociales), el énfasis es en lo que se llama gobernanza y políticas. En segundo lugar en el nivel de las clases sociales, hay un versión lineal de sus componentes (educación – ocupación – ingreso-) y sesgada más bien hacia la dimensión del consumo. Finalmente en el nivel de los determinantes intermediarios, no queda claro cuales son esas “circunstancia materiales”, si corresponde al terreno individual o al social.

En todo el modelo no se percibe el principio definitorio del orden social y del proceso de determinación. A diferencia de la visión latinoamericana que hilvana a lo largo de todos los niveles principios de oposición social (acumulación/desposesión; dominación/emancipación; totalidad/particularidad).

En la epidemiología crítica latinoamericana pueden destacarse tres propuestas teóricas para afrontar la superación del causalismo. Aquí apenas sintetizamos su explicación que consta en otro trabajo del autor.¹⁸ Todas tres presuponen una ontogénesis radical para deconstruir las nociones positivistas de la epidemiología clásica: la exposición como algo externo y el riesgo como un fenómeno contingente. Un primer tipo de propuesta enfatiza en la necesidad de contextualizar la relación “exposición” – “riesgo” en los modos de vida, y buscar

1981; 3rd edition: México, Editora Fontamara, 1986; 4rd edition: México, Editora Fontamara, 1988 5th edition: México, Editora Fontamara, 1989; Sao Paulo: UNESP/HUCITEC Editorial, 1991)

¹⁴ Samaja J. Epistemología y Metodología: Elementos para una Teoría de la Investigación Científica. Buenos Aires: Eudeba, 1993 (2da ed.)

¹⁵ Almeida N. La Ciencia Tímida: Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000

¹⁶ Breilh J. Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003 (Portuguese edition by Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 200

¹⁷ Trabajos como “Breilh J. Epidemiologia: Economía, Medicina y Política, 1979. Op.cit” y luego “Almeida N. Epidemiologia Sem Números: Uma Introdução Crítica a Ciência Epidemiológica. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989.” asumieron la noción de determinación de Mario Bunge.

¹⁸ Breilh, Jaime. Opcit, 2003

el sentido o significado del mismo; encara la necesidad de una planificación pos-estratégica ligada a indicaciones borrosas y la liquidación del modelo cartesiano, sus nociones de representatividad y significación estadística.¹⁹

Importantes propuestas han enfatizado en la relación entre estructura social y el proceso de trabajo,²⁰ asumiendo también las explicaciones históricas de las políticas sociales.²¹

Otra línea teórica ha enfatizado en la dialéctica de los órdenes colectivo e individual, explicando la capacidad generativa de lo individual y la capacidad de reproducción social de lo colectivo; una dialéctica que mantiene con vida el poder determinante de lo individual y lo social. Como parte de esta línea está la caracterización de la multidimensionalidad de la salud como “determinación múltiple bajo interfases jerárquicas”.^{22,23}

Y finalmente otra línea ha trabajado la salud como un objeto complejo multidimensional, aplicando la categoría reproducción social para articular el sistema de contradicciones que se enlazan entre tres grande dominios de la determinación: la lógica estructurante de acumulación de capital, con sus condiciones político culturales; los modos de vivir con sus patrones estructurados grupales de exposición y vulnerabilidad; y los estilos de vida del libre albedrío personal y las condiciones fenotípicas y genotípicas. En correspondencia ha trabajado las relaciones de poder como una matriz integrada: clase-género-etnia. Y ha incorporado la dimensión de la interculturalidad como condición de una objetividad y subjetividad innovadas en el conocimiento epidemiológico.^{24, 25}

En suma, todos los aportes que hemos esbozado, y muchos más que no hemos podido mencionar en los límites de esta ponencia conforman un robusto sistema de pensamiento crítico que ha revolucionado las obsoletas nociones del causalismo, y de sus paradigmas de la multicausalidad y el riesgo.

En América Latina, la reflexión sobre una teoría crítica de la salud ha ligado tres elementos interdependientes: la salud como *objeto*; la salud como un *concepto metodológico*; y la salud como un *campo de acción*.²⁶ Nuestra reiterad propuesta ha sido que no es posible desarrollar un contenido progresista en cualquiera de esos tres elementos, si los otros dos no se transforman simultáneamente. En esa medida, y aplicándolo a la reflexión sobre la determinación social de la salud, debemos interrelacionar tres transformaciones complementarias: el replantea de la salud como un objeto

¹⁹ Almeida, Naomar. Op cit, 2000

²⁰ Laurell C. Laurell, Noriega M. La Salud en la Fábrica. México: Ediciones ERA, 1989

²¹ Laurell C.. La Reforma Contra la Salud y la Seguridad Social. México: Ediciones ERA, 1997

²² Samaja J. Epistemología y Epidemiología: Campinas: Congreso Brasileño de Epidemiología, 1992.

²³ Samaja J. Epistemología y Metodología. Op cit, 1993 (2da ed.)

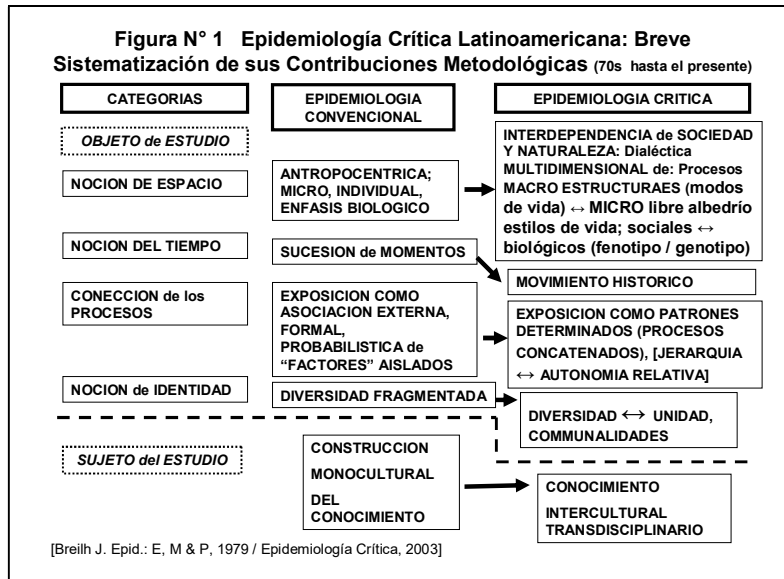
²⁴ Breilh, Jaime. Op cit, 1979

²⁵ Breilh, Jaime. Op cit. 2003

²⁶ Almeida N. For a General Theory of Health: Preliminary epistemological and anthropological notes. Cad. Saúde Pública vol.17 no.4 Rio de Janeiro July/Aug, 2001

complejo, multidimensional y dialécticamente determinado; en segundo lugar, la innovación de categorías y operaciones metodológicas; y tercero, la transformación de las proyecciones prácticas y relaciones de las fuerzas sociales movilizadas.

En la figura N° 1 se exponen las categorías que, a nuestro modo de ver, sintetizan ámbitos de trabajo importantes de la epidemiología crítica, contrastándolas con aquellas que guían la epidemiología convencional. La idea



al presentar este panorama epistemológico, que no pretende ser exhaustivo, es mirar nuestro desafío en su integralidad y reafirmar la necesidad de que la investigación y la acción nuestras, no repitan nociones superadas del pensamiento de la salud pública.

La Determinación de la Salud en la Acción: Su Contribución a la Lucha por el Derecho a la Salud en Ecuador

La epidemiología crítica y la comprensión de la determinación social de la salud han inspirado y orientado varias líneas de acción que ilustran su importante potencial: el desarrollo del articulado sobre el derecho a la salud de la nueva constitución del Ecuador; el diseño de la Comisión Andina de Determinantes Sociales de la Salud; el diseño del programa del doctorado en salud, ambiente y sociedad de la Universidad Andina Simón Bolívar; y la elaboración de un estudio crítico sobre el impacto de la aceleración global y despojo en los años de oro del neoliberalismo del Ecuador (1990-2006).

La Nueva Constitución del Ecuador

En el caso ecuatoriano las experiencias de enfrentar y derrotar tres gobiernos neoliberales, derrotar el proyecto del tratado de libre comercio con Estados Unidos y formar una proceso constituyente con una asamblea democrática, forjaron la convicción colectiva de que era posible avanzar organizadamente para desmontar el modelo neoliberal y avanzar hacia ese otro país posible. Se multiplicaron los escenarios de debate y alud no fue excepción. La Universidad Andina Simón Bolívar convocó a medio centenar de organizaciones sociales, políticas y académicas para conformar una Red por El Derecho a la Salud, que como un espacio crítico, plural e intercultural donde se pudieran articular las distintas miradas y propuestas sobre nuestra sociedad y

consensuar líneas unitarias para la lucha de transformación. Empujamos con éxito la necesidad de tomar distancia con un pensamiento medicalizado, tecnocrático y unicultural. Había que demoler la lógica y la cultura sanitarias forjadas en casi dos décadas de neoliberalismo y un funcionalismo obsecuente. Había que romper la hegemonía de los tecnócratas, y su estrecha visión alopática. En Ecuador, había en definitiva que desterrar el dominio de ideas labradas por el Banco Mundial y sus programas MODERSA y FASBASE.

La Red asumió por consenso varios principios para su quehacer: escuchar todas las voces; establecer un trabajo intercultural; y adoptar la perspectiva de la epidemiología crítica y de la determinación social de la salud para organizar el debate sobre el derecho a la salud.

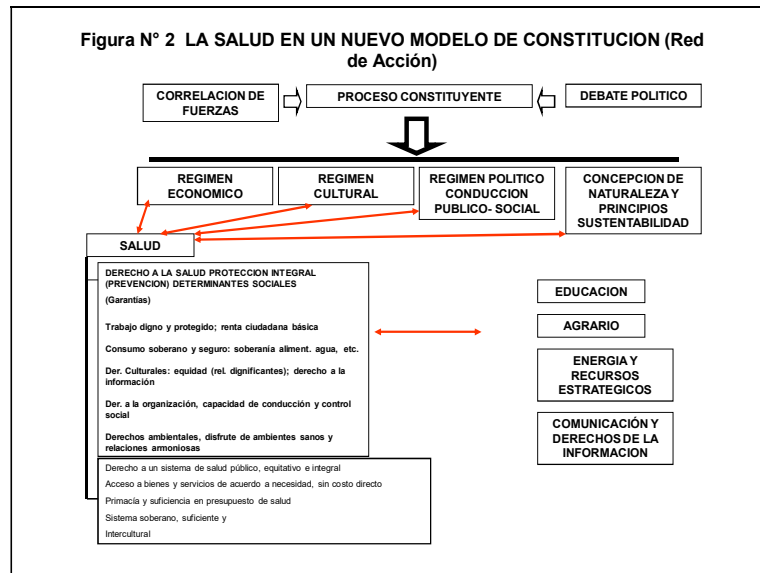
Al asumir la perspectiva de la Epidemiología Crítica y la determinación social de la salud, se estableció que los contenidos sociales y técnicos del articulado de salud, debían formularse pensando que, en primer término, la salud es un derecho individual y colectivo; y segundo, que no se ubicarían exclusivamente bajo los títulos específicos de salud, puesto que el derecho a la salud, está indisolublemente ligado a la vigencia de otros derechos que determinan un modo de vivir saludable, y que dependen de los regímenes económico, político y cultural. (ver figura N°2 donde se expone la estructura de la propuesta elaborada por la Red para la constitución en un diseño basado en las dimensiones de la determinación social de la salud).

De esa manera comprendimos que debíamos participar en el debate del articulado de las otros derechos que tocan la determinación de la salud.

De ese modo surgieron seis ejes temáticos sobre los que se cumplió

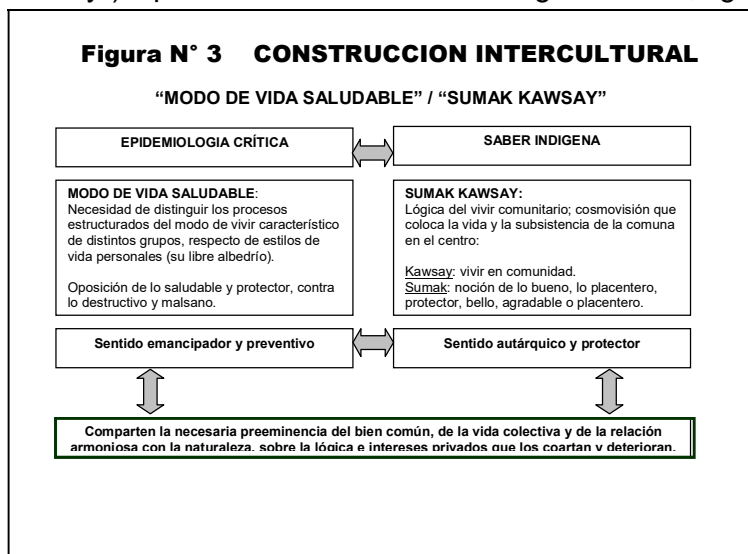
un calendario de trabajo de la Red organizado por comisiones:

- [1] Control Social / Derechos Políticos
- [2] Derechos Globales, Regímenes y Tratados Internacionales
- [3] Protección y Seguridad Social
- [4] Derecho al Trabajo Saludable, Derechos Ambientales y Salud
- [5] Derecho al Consumo Saludable (Condiciones de Vida)
- [6] Derechos Culturales, Universidad y Salud



Cada grupo se responsabilizó por el análisis de la problemática de su eje, y lo hizo tomando en cuenta a su vez, los tópicos de cada una de las mesas constituyentes formadas en la asamblea: Mesa 1. Derechos fundamentales y garantías constitucionales; Mesa 2. Organización, participación ciudadana y sistemas de representación; Mesa 3. Estructura e instituciones del estado; Mesa 4. Ordenamiento territorial y asignación de competencias; Mesa 5. Recursos naturales y biodiversidad; Mesa 6. Producción y trabajo; Mesa 7. Régimen y modelo de desarrollo; Mesa 8. Justicia y lucha contra la corrupción; Mesa 9. Soberanía, relaciones internacionales e integración latinoamericana; Mesa 10. Legislación y fiscalización. El cruce de las dos definiciones temáticas hizo posible una coherencia entre el trabajo de la Red y el de la Asamblea.

La experiencia de nuestra red alimentó un tema que luego se convirtió en elemento central de la estructura de la nueva constitución: el modo de vivir o modo de vida saludable que planteamos en las sesiones y que descubrimos tenía una íntima relación con el principio indígena del “buen vivir” (“sumak kawsay”) que como se ve en la figura N° 3, guardan una importante



complementación. Una experiencia de conocimiento intercultural sobre la determinación colectiva de la salud.

La Comisión Andina de Determinación Social de la Salud y Observatorio

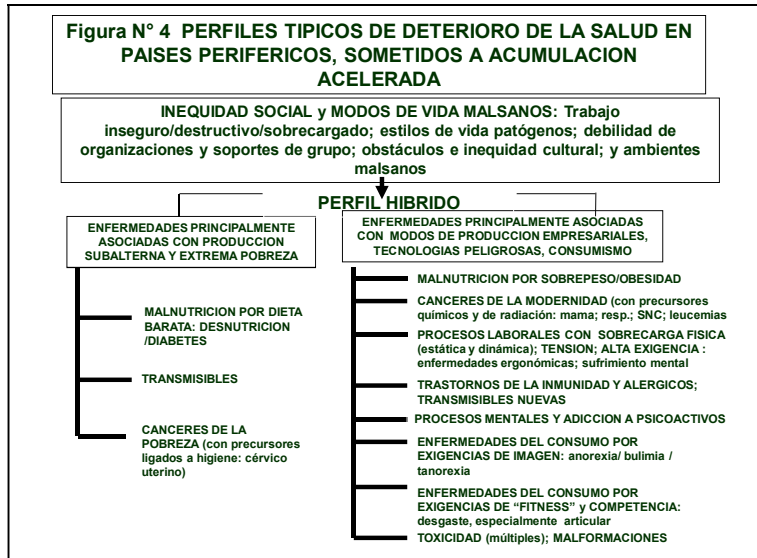
El desarrollo actual de la salud en los países de la Región

Andina, determinan la presencia de un perfil típico de deterioro de la salud (ver figura N° 4). Es necesario enfocar esa problemática convocando a un trabajo conjunto interdisciplinario e intercultural.

En función de esa necesidad la Universidad Andina Simón Bolívar y el Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia convocaron a un *Taller de determinantes de la salud*, organizado por el Área de Salud de la Universidad Andina. Acudieron investigadores de 12 universidades de la región y Brasil. En ese evento se convino en impulsar la constitución de una **Comisión Andina de Determinación Social de la Salud**, con los objetivos de integrar dicho enfoque al marco académico-social en la región andina, perfeccionar de manera constante su contenido, monitorizar los procesos sociales que producen la situación de salud en la región, dar insumos para el debate y la búsqueda de acciones, coherentes, profundas y transformadoras, y ser actores políticamente activos en la cuestión de salud en cada uno de nuestros países.

En función de viabilizar ese importante empeño la Universidad Andina y el

Organismo Andino de salud Convenio Hipólito Unanue suscribieron un convenio orientado al impulso de dicha Comisión y en igual sentido se hicieron gestiones con la Coordinación Andina de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social.



Luego la misma Universidad Andina fue la sede y coordinadora de una Consulta Latinoamericana coordinada por la Coalición Canadiense por la Investigación de la Salud Global. Evento en el cual igualmente se reafirmó el apoyo a la Comisión Andina y la voluntad de los

investigadores de otras universidades de la región, así como de universidades canadienses para apoyarla.

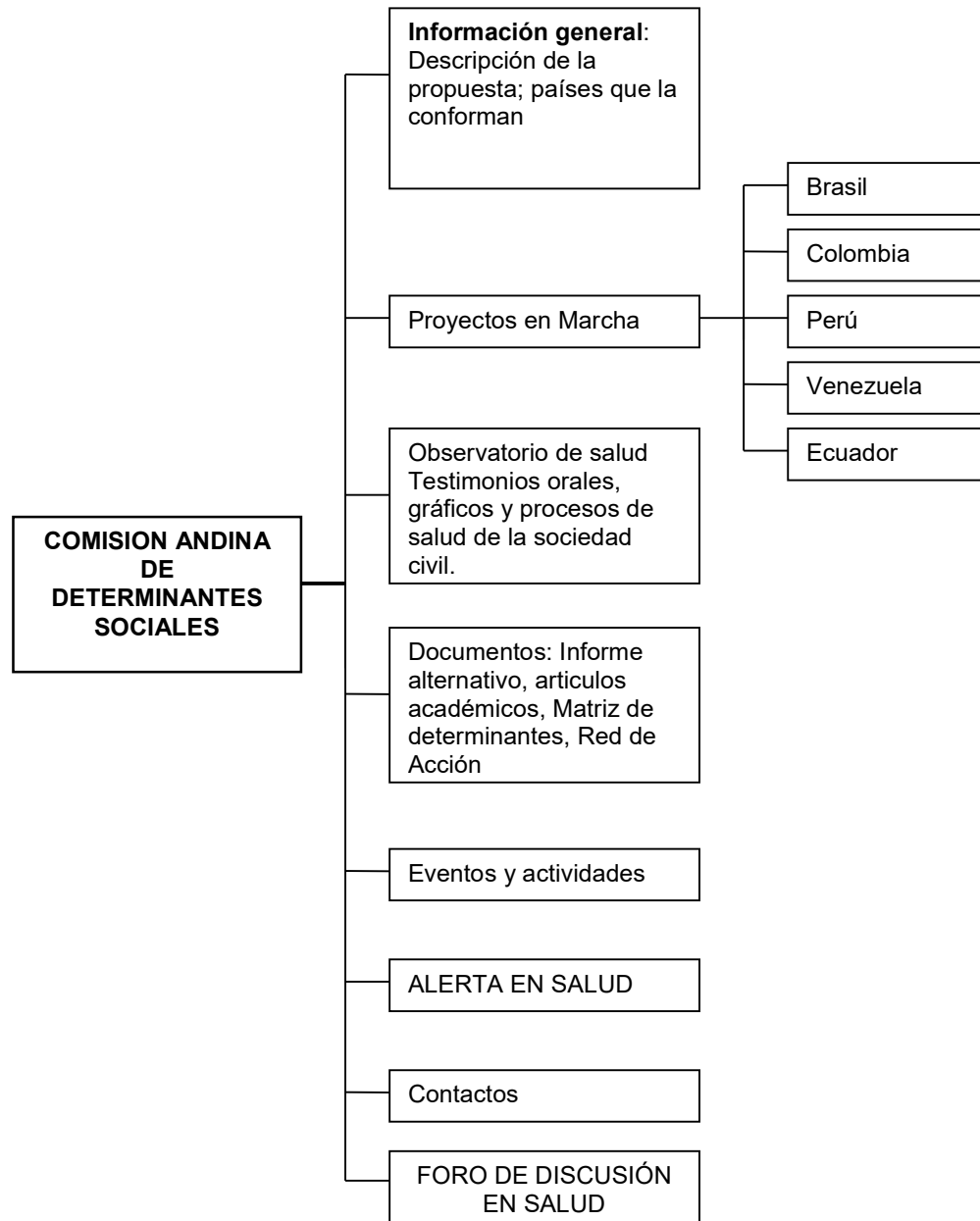
A continuación se insertan fragmentos de un borrador de un plan operativo inicial de la comisión basado en documento preparado por los doctores Juan Piñeros y Marcela Arrivillaga (Doctorado en Salud Pública- UNAC, Bogotá).

Objetivos específicos de la comisión;

- Estimular la producción de conocimiento sobre los procesos de determinación social en salud en la región.
- Perfeccionar y contextualizar para la región andina con una mirada crítica, el discurso DSS históricamente construido.
- Monitorear críticamente problemas de salud pública relevantes y prioritarios de la región. Consolidar el Observatorio Andino de Determinantes Sociales de la Salud.
- Difundir la experiencia y conocimiento en DSS de la región.
- Apoyar de forma constante la movilización social para promover prácticas de salud basadas con un enfoque de derechos humanos.
- Apoyar y generar los espacios políticos para la discusión de la problemática de salud de la región.
- Diseñar propuestas de acciones y políticas de salud con un enfoque de derechos humanos.

Para arrancar en ese proceso se ha establecido un flujograma ha insertar en el portal de la comisión (www.uasb.edu.ec).

Figura N° 5 Flujograma de la Comisión Andina de Determinación Social de la Salud (www.uasb.edu.ec)



Estrategias

Con el fin de poner en movimiento la comisión y recogiendo las recomendaciones de taller y consulta efectuados se ha sistematizado un conjunto de estrategias, que podrán afinarse o modificarse conforme avance el proceso.

Cuadro de Estrategias para la Comisión Andina de Determinación Social de la Salud

Objetivos	Actividades
Estimular la producción de conocimiento sobre DSS.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y discutir los procesos de investigaciones existentes en la región. • Apoyar el diseño de proyectos en DSS. • Ayudar con la gestión de recursos para los procesos investigativos en DSS. • Apoyar la construcción de asociaciones de conocimiento en DSS en la región.
Perfeccionar y contextualizar el discurso de DSS históricamente construido.	<ul style="list-style-type: none"> • Circulación y debate de los documentos ce los miembros de la comisión. • Discusión y construcción de categorías para el estudio DSS. • Producción de material documental.
Monitorear crítico de los procesos de determinación social de la salud-Observatorio Andina de DSS.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la creación, conformación y ejercicio del Observatorio andino de DSS. • Ayudar la conformación de redes de monitoreo crítico en la región. • Ayudar a gestionar recursos para el Observatorio en cada país. • Apoyar la articulación del Observatorio con los hacederos de políticas en cada país.
Difundir la experiencia y conocimiento en DSS de la región.	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción de pagina electrónica de la Comisión Andina de DSS. • Publicar en la página textos y documentos acerca de DSS de los miembros de la comisión. • Publicar y difundir los hallazgos y los informes del Observatorio Andino de DSS, en la página electrónica por país. • Diseñar y desarrollar eventos académicos formales e informales en DSS. • Difundir el enfoque de DSS en las practicas docentes de los miembros. • Ayudar a constituir semilleros de investigación en DSS en las instituciones académicas. • Diseñar y desarrollar Talleres internacionales anuales de DSS en los diferentes países de la región.
Apoyar la movilización social para promover prácticas de salud basadas en derechos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar al diseño y ejecución de proyectos de organizaciones sociales y grupos que trabajen en temáticas de salud. • Ayudar a las comunidades en la construcción de una gestión contrahegemónica de la salud. • Apoyar las iniciativas sociales de carácter contrahegemónico de denuncia frente a la violación del derecho humano a la salud. • Capacitar lideres comunitarios en el enfoque DSS y derechos humanos. • Promover de forma continua el derecho humano a la salud en las comunidades.

Objetivos	Actividades
Apoyar y generar los espacios políticos para la discusión de la problemática de salud de la región	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar la <i>Red de acción por el Derecho a la Salud</i> en Ecuador. • Ampliar la Red de Acción a los otros países de la región o articularse a las redes existentes en cada país. • Apoyar las iniciativas pertinentes de sectores gremiales de la salud. • Apoyar las iniciativas pertinentes de sectores sociales en defensa por el derecho a la salud.
Diseñar propuestas de acciones y políticas de salud con un enfoque de derechos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Construir y discutir propuestas alternativas sobre las reformas del sector salud en cada país. • Construir y discutir propuestas políticas para la defensa de un derecho humano a la salud integral, con equidad y justo.

Un instrumento importante de la comisión es el observatorio andino sobre determinación social de la salud.

Objetivos del Observatorio:

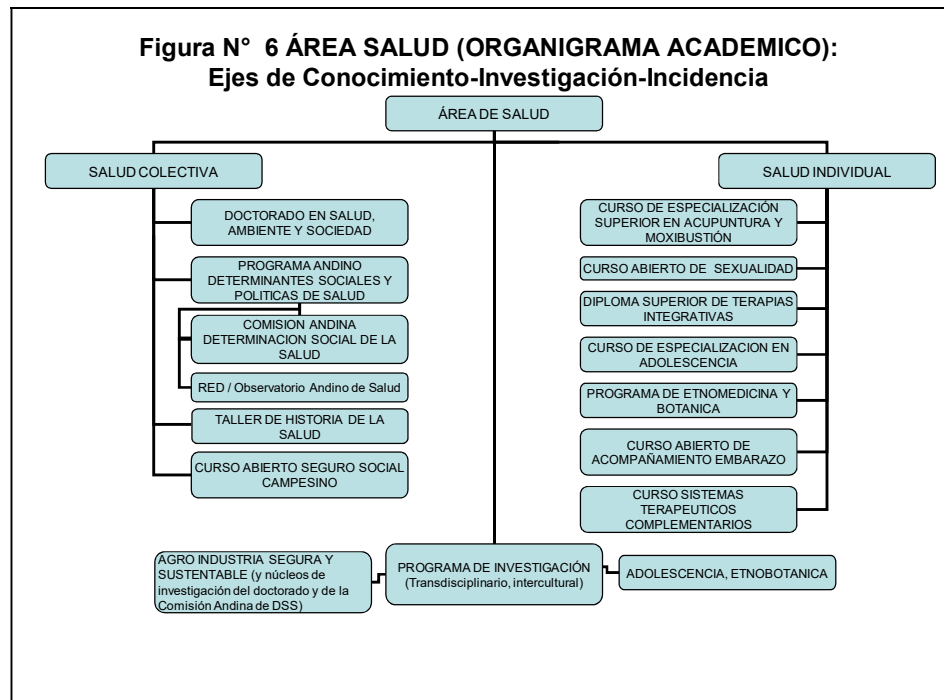
- Monitorizar de manera constante los procesos de determinación social de los problemas de salud más importantes de los países de la región andina.
- Producir información dirigida a generar políticas y acciones integrales e la salud en la región.
- Producir información que permita estimular la producción y difusión de conocimiento práctico en materia de procesos de determinación social de la salud.
- Generar información que apoye la movilización de la sociedad civil en la gestión de sus procesos de salud.
- Generar información que ayude con los procesos políticos para la defensa del derecho humano a la salud en la región.

Doctorado en Salud, Ambiente y Sociedad

Caracterización General

Espacio de formación académica de excelencia, inspirado y orientado a la realidad latinoamericana y andina, pero estrechamente ligado a las actuales corrientes del pensamiento científico mundial, a los fundamentos de la salud colectiva latinoamericana, y las ciencias críticas sociales y del ambiente, como la epidemiología crítica y la ecología crítica.

Desenvolverá su trabajo científico alrededor de ejes de investigación-incidencia conformados bajo acuerdo interinstitucional y con las colectividades y espacios sociales interesadas en escenarios concretos de transformación (ver organigrama académico figura N° 6).



Fuente: Programa Doctoral UASB-AS

Realización del Programa

- COORDINACION: Área de Salud Universidad Andina Simón Bolívar
- Mediante convenio con la Universidad de Columbia Británica
- COLABORACIÓN DE:
 - FUNDACIÓN OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ) Y DE SU ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (BRASIL);
 - INSTITUTO MEXICANO DE SALUD PÚBLICA;
 - INSTITUTO CUBANO DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA
 - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS)
 - UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA EN BERKELEY
 - UNIVERSIDAD DE EMORY

Escenarios de Investigación Incidencia (Ejes)

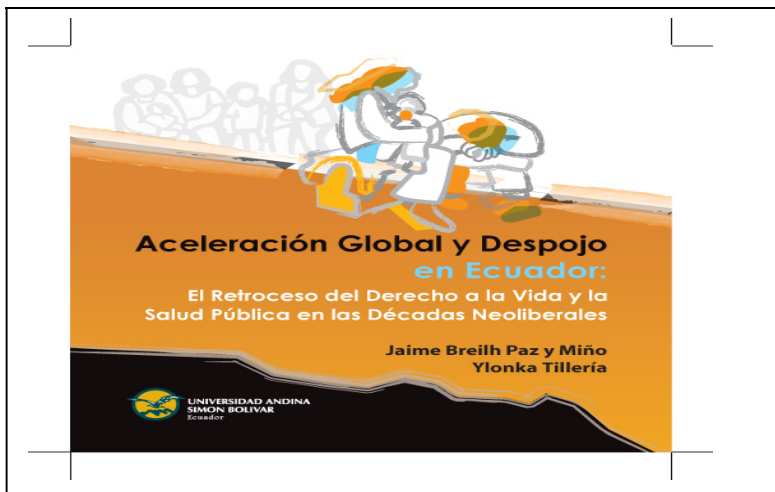
El programa de doctorado si bien respetará el principio de libertad académica ha establecido una matriz de prioridades alrededor de los siguientes espacios de investigación – incidencia:

1. Aceleración económica, cambios generales geofísicos, ecosistémicos y salud (procesos transmisibles).
2. Sistemas productivos de gran escala, ambiente y salud (toxicidad, estrés y neoplasias).

3. Procesos críticos de contaminación y concentración urbana, ambiente y salud (procesos respiratorios, toxicidad y neoplasias)
4. Debilidad pública, inequidad, y deterioro ecosistémico y de salud (espacio, infraestructura y salud).
5. Derechos de salud y ambientales.
6. Desestructuración pequeñas economías y comunidades, exclusión, migración, violencia y salud.

Estudio Crítico sobre el impacto de la Aceleración Global y Despojo en los Años de Oro del Neoliberalismo del Ecuador (1990-2006)

Basándose en los principios de la determinación social de la salud se diseñó el estudio.



Transcurridas dos décadas de la economía neoliberal, de las agresivas políticas del ajuste, y de la hegemonía de una contrarreforma conservadora, penetra en los mecanismos de la aceleración concentradora y el despojo,

explicando con datos de la realidad, las devastadoras consecuencias de las políticas bancomundialistas en la salud humana y el ambiente. (Ver libro entregado a los asistentes del taller DDS México).

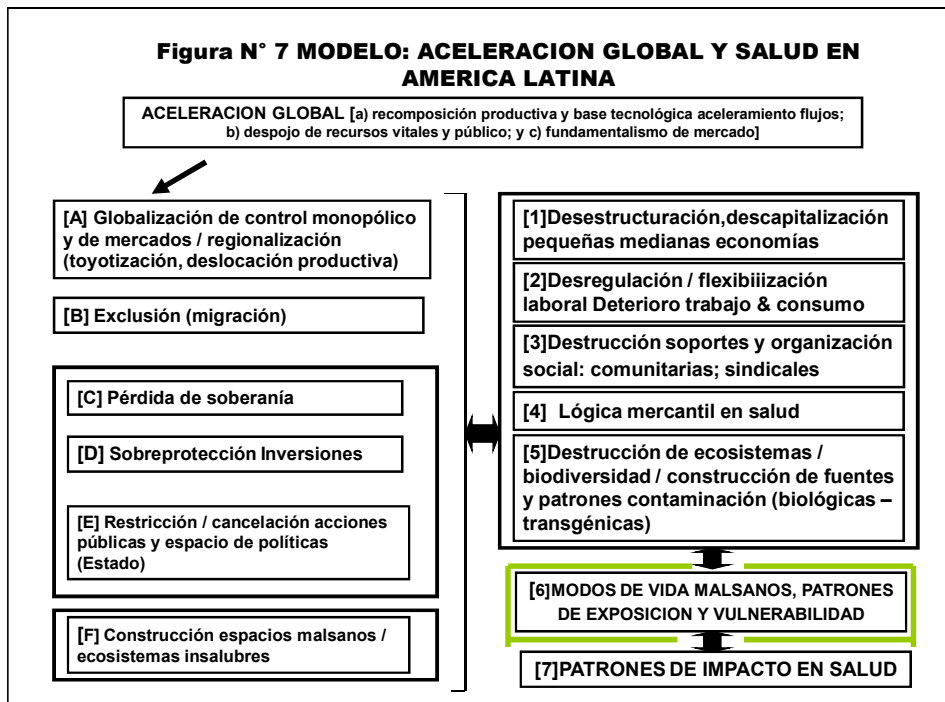
El diseño del estudio se efectuó sobre la base de categorías y relaciones pensadas desde la epidemiología crítica y la determinación social de la salud. Dicho diseño se expresó en un modelo que constan en la Figura N° 7.

En la obra entregada se explican:

Parte I: Las categorías y relaciones del modelo de estudio.

Parte II: Los mecanismos de estructurales e intermediarios incorporados en el análisis de la determinación.

Parte III: las condiciones de salud provocadas durante los años de oro del neoliberalismo 1990-2006.



Los resultados del análisis dan cuenta del poder de esta perspectiva latinoamericana para manejar las evidencias de un proceso que ha causado un impacto aun no totalmente testimoniado.

En Ecuador, ese estudio, así como otras investigaciones que se efectúan sobre la ilegitimidad e ilegalidad de la deuda en salud por medio de los programas del Banco Mundial, están poniendo en evidencia un episodio muy negativo de la historia oficial de la salud pública y la cooperación externa y del papel que jugaron en ese proceso muchos técnicos de la salud pública, seguramente obnubilados por el discurso eficientista del proyecto privatizador.

.....

El motivo central de haber expuesto estas líneas de trabajo en el taller es no sólo poner en conocimiento de nuestros compañeros latinoamericanos la tarea que estamos cumpliendo en Ecuador, sino poner de nuestra parte, a disposición de todos y todas, estos espacios de investigación, docencia e incidencia para reafirmar lazos de lucha conjunta que nos han acompañado desde hace ya casi tres décadas.