



Revista Facultad Nacional de Salud Pública
ISSN: 0120-386X
revistasaludpublica@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
Colombia

Mejía O, Luz M.
Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 31, 2013, pp. 28-36
Universidad de Antioquia
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028727003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública

Social Determinants of Health: public health's theoretical basis

Luz M. Mejía O¹.

¹ Administradora de Empresas, MSc. Salud Pública, Candidata a Doctora en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: luzmmejia@hotmail.com.

Recibido: 11 de noviembre de 2012. Aprobado: 30 de mayo de 2013

Mejía LM. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S28-S36.

Resumen

Este artículo presenta una mirada histórica al concepto de los determinantes sociales de la salud, en la perspectiva de las distintas aportaciones conceptuales y teóricas de algunos académicos de la disciplina de la salud pública. Para su cometido, en primer lugar se reconocen algunos de los conceptos germinales de la salud pública y su relación con los determinantes sociales de la salud y del bienestar colectivo. Luego se indaga por el concepto de los determinantes sociales en las declaraciones de las Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud a partir de Alma Ata. Seguidamente

se presentan de manera sintética los más recientes aportes conceptuales desde el punto de vista del Movimiento Latinoamericano de Medicina Social, así como los conceptos y categorías más relevantes desarrolladas desde el enfoque de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Por último, se aborda una breve discusión y se hacen algunas conclusiones.

-----*Palabras clave:* salud pública, determinantes sociales de la salud, promoción de la salud

Abstract

This article presents a historical overview of the concept of social determinants of health, in the perspective of the different theoretical and conceptual contributions provided by some academics of health public discipline. For its purpose, first are recognized some of the public health germ concepts and its relationship with social determinants of health and social welfare. Then, it's looks for the concepts of social determinants into the statements of International Conferences on Health Promotion since Alma Ata. After, synthetically

are presented the most recent conceptual contributions since the point of view of the Latin American Movement of Social Medicine, and the more relevant concepts and categories developed from the approach of the Commission on Social Determinants of Health of the World Health Organization. Finally, are addressed a brief discussion and some conclusions.

-----*key words:* public health, social determinants of health, promotion of health

Introducción

En el mundo académico de la generalidad de los países, el concepto de los Determinantes Sociales en Salud (DSS) ha llegado a ocupar un lugar de preeminencia no sólo para explicar las diferenciales que existen entre las diversas comunidades con relación a las condiciones de vida, salud y bienestar, sino también para proponer políticas públicas y estrategias de intervención.

Sin ninguna duda, el respaldo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a los estudios y reflexiones de académicos europeos como Marmot, Wilkinson, Whitehead y otros, y su decisión de constituir la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en el año 2005, ha sido un factor decisivo para que ese concepto haya sido asumido nuevamente por los centros de investigación y de formación académica en salud pública, y para que haya sido incorporado crecientemente en los debates y en los marcos conceptuales de las políticas de salud de muchos países.

En la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, llevada a cabo en 2011 en Rio de Janeiro-Brasil, se emitió una declaración que enfatizaba la necesidad de que los gobiernos definieran sus políticas de salud sobre la base de la necesidad de intervenir aquellos determinantes que explican el deterioro de las condiciones de vida y de salud de grandes franjas de la población [1].

En esa declaración, se reafirmó el compromiso de actuar sobre los DSS para lograr construir sociedades integradoras, equitativas, económicamente productivas y sanas. Para ello, se reclamó la actuación política tanto al interior de los países como a escala mundial, y se recalcó sobre la importancia de la cooperación internacional, la gobernanza mundial, la participación social, la reorientación de los servicios de salud y el fortalecimiento de políticas públicas contra la inequidad.

No obstante, paralelamente a la declaración oficial final de esta Conferencia, algunas organizaciones no gubernamentales emitieron sus propias manifestaciones en la que dejaron sentadas algunas diferencias de enfoque y su intencionalidad de mantener activo el debate en torno a esta temática social y política. Entre ellas, la declaración conjunta de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y del Centro Brasileño de Estudios de Salud (CEBES), en la cual reafirman su concepto de determinación social como: “categoría de análisis indispensable para trabajar la realidad en sus diversas dimensiones, una respuesta del pensamiento crítico al reduccionismo del pensamiento empírico analítico que ha mirado la salud únicamente desde el plano de los factores aislados de una realidad cuyos procesos estructurales no se explican o se ocultan” [2].

Esta declaración defiende la tesis de que la categoría “Determinación Social”, a diferencia del concepto de

“Determinantes Sociales”, posibilita devolver al fenómeno salud su carácter complejo, multidimensional e histórico y permite profundizar el estudio de las diferencias y las injusticias sociales para revertir las inequidades de clase, de etnia y de género que subyacen en cada sociedad. El fomento de la organización, la participación y movilización social hacen parte del proyecto de transformación social que se promueve desde esta perspectiva para defender la vida y los derechos humanos integrales.

En consecuencia, todo parece indicar que hacia el futuro habrá un permanente esfuerzo entre los académicos de la salud pública por afinar y profundizar en el concepto de los DSS y del bienestar colectivo, a fin de que su mejor comprensión sea útil a las más efectivas intervenciones posibles en busca del ideal de que todos los integrantes de la sociedad accedan a las condiciones que hagan que el discurrir de la vida sea lo más satisfactorio posible.

De allí que sea propicio encarar una mirada histórica al significado que han tenido los DSS en el proceso de construcción y consolidación de la salud pública como disciplina, a partir de los distintos aportes conceptuales y teóricos de algunos de los más reconocidos autores de esta disciplina.

Al logro de ese propósito aquí se presenta: a) Los conceptos germinales de la salud pública como disciplina y su relación con los DSS; b) La proximidad de las declaraciones de las Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud con los DSS; c) La perspectiva del Movimiento Latinoamericano de Medicina Social; d) Una epítome del enfoque de la OMS y de la CDSS al respecto y e) Una breve discusión y algunas conclusiones.

Los conceptos germinales de la salud pública como disciplina y su relación con los DSS

En los días actuales el tema de los DSS ha llegado a constituirse en un instrumento conceptual esencial de la salud pública para explicar las inequidades sociales en las condiciones de vida y de salud colectiva y para orientar las intervenciones pertinentes. No obstante, cabe preguntarse si este es un concepto que ha sido acogido en el mundo académico solo a partir de los esfuerzos llevados a efecto por la OMS en las últimas décadas, o por el contrario podemos encontrarlo perfilado desde los orígenes mismos de la salud pública como disciplina.

Al respecto, en un estudio sobre historia de la salud pública, Cardona y colaboradores postulan que la salud pública es una disciplina científica que tiene definido su objeto de estudio y su marco teórico a partir de los esfuerzos científicos emprendidos desde finales del siglo XVIII para intervenir las variables de tipo social, económico y político que afectaban negativamente la salud y las condiciones de existencia de la creciente población

urbana congregada por la revolución industrial. Formulan, en consecuencia, que sin que se utilizara la expresión “determinantes sociales”, desde sus orígenes mismos la disciplina de la salud pública ha asumido ese enfoque teórico [3].

De acuerdo con esa formulación [3], la salud pública como disciplina científica ha construido su objeto de estudio a partir de estos conceptos básicos: a) Las estructuras políticas, económicas y socio-culturales determinan la salud y el bienestar de los colectivos humanos en su contexto histórico. b) En tanto la salud no es un asunto de exclusiva responsabilidad individual, los DSS son materia de intervención del Estado y c) La búsqueda de mejores condiciones de salud de los colectivos humanos implica la colaboración y la solidaridad social.

En investigaciones previas, Cardona [4] ha argumentando con bases históricas que los más notables investigadores y promotores de cambios de orientación en las políticas de salud de los Estados europeos del siglo XIX, realizaron estudios que evidenciaban que las difíciles condiciones de vida y de salud de las poblaciones más pobres estaban asociadas a factores que tenían que ver con las estructuras políticas y económicas de sus respectivas sociedades.

De manera parecida, en los trabajos de Perdigero y colaboradores se entiende que el estudio de los DSS podría remontarse a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, en un intento por cuestionar y dar respuesta al grave deterioro de las condiciones de vida y de salud de la población en aquella época. Todo ello, derivado de los acelerados procesos migratorios hacia las grandes ciudades industriales y de la transformación de los procesos productivos de la revolución industrial europea que trajeron consigo mayores epidemias y peores condiciones ambientales, económicas y sociales, y que propició reflexiones críticas de los higienistas desde aquel entonces [5].

En esa perspectiva histórica Sigerist, García, Berlinguer, Turner, Fee, Brown y Cardona [6-11] también recuerdan que los líderes del Movimiento Sanitarista de la primera mitad del siglo XIX se interesaron por las altas tasas de morbilidad y mortalidad de aquella época, las cuales interpretaron como resultado de factores estructurales del nuevo orden económico industrial. Tal problemática se veía reflejada en las difíciles condiciones de trabajo en las fábricas; la fatiga, el agotamiento físico y las nuevas enfermedades debido a las extenuantes jornadas de trabajo; la pobreza, la mal nutrición y el hacinamiento en las clases populares; la falta de agua potable; las malas condiciones higiénicas de las viviendas y de los centros industriales, así como en el bajo nivel educativo y cultural de la población, entre otros.

A partir de sus investigaciones, los analistas críticos de aquella época sugirieron la necesidad de hacer cambios estructurales en la organización social y en la normatividad de los Estados, lo que dio origen a importantes respuestas gubernamentales como la “New Poor Law de 1834” y la “Public Health Act de 1848”; esta

última reconocida como la primera ley estructurada de salud pública que influenció en gran medida las políticas sanitarias en la mayoría de países europeos durante la segunda mitad del siglo XIX [11,12].

De hecho, la importancia de esos estudios que relacionaban la organización estructural de la sociedad con las condiciones de salud y de vida de la población puede constatarse al recordar las investigaciones sobre pobreza, enfermedad y miseria de los obreros de la industria textil y minera europea llevadas a cabo por Villerme, Buret, Parent-Duchatelet, Chadwick y Engels, entre otros, tal como lo relatan Campos y La Berge [13, 14].

La tradición inaugurada por el Movimiento Sanitarista de principios del siglo XIX, que relacionaba la salud-enfermedad con las condiciones estructurales de la sociedad, se mantuvo en las aportaciones hechas por reconocidos líderes del pensamiento de la salud pública en la segunda mitad del siglo XIX y comienzos del siglo XX. De acuerdo con Rosen [12], destacados líderes sanitaristas como Neumann y Virchow sostienen que las condiciones sociales y económicas influyeron significativamente sobre la salud de la población y que el Estado debía asegurar la protección de salud de todos los ciudadanos. Con base en esas consideraciones, abogaban la tesis de que para superar las desigualdades sociales y mejorar la salud de la población se requerían profundas transformaciones sociales que propiciaran mejores condiciones de vida para las clases menos favorecidas.

También los fundadores de la vertiente filosófica del materialismo histórico Marx y Engels, analizaron los problemas de salud y las condiciones de vida de los trabajadores. En sus análisis recabaron sobre la importancia de las condiciones materiales de vida y la organización política de la sociedad, su ideología y su concepción de justicia, y para ello propusieron categorías teóricas que a su juicio podían explicar los reales orígenes de esos problemas en la sociedad clasista capitalista: modo de producción, estructura de clases de la sociedad capitalista, reproducción de la fuerza de trabajo, entre otras [15].

Esas elaboraciones teóricas de Marx y Engels se orientaban a fundamentar lo que en su concepto sería el discurrir histórico necesario desde el capitalismo hacia el modo de producción comunista. No cabe decir lo mismo de las aproximaciones teóricas del movimiento sanitarista y de sus herederos teóricos del siglo XIX, cuya perspectiva conceptual se insertaba más bien en la transición de los regímenes políticos monárquicos predominantes en la época hacia los regímenes políticos burgueses que propugnaban por consolidarse como dominantes desde entonces.

De manera parecida, el reconocido líder estadounidense de la salud pública Winslow [16] en la primera mitad del siglo XX se refería a los problemas estructurales de la sociedad y su relación con la salud de la población. Afirmaba, que en salud pública eran necesarios los esfuerzos de la comunidad organizada para favorecer el

medio ambiente saludable y el desarrollo de mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para preservar la salud.

En esta misma orientación, Sigerist sostuvo que la salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación cultura física y medios de descanso y recreación [6]. Para ello, se requieren los esfuerzos coordinados de estadistas, líderes del trabajo, la industria, la educación y el personal sanitario, a fin de establecer medidas de protección en saneamiento básico, control de enfermedades transmisibles y cuidado especial a madres, niños y trabajadores. Más adelante, en el año 1992, Terris reiteraba la necesidad de desarrollar estructuras sociales que le garanticen a todos los miembros de la sociedad un nivel de vida adecuado para preservar la salud [17].

Como puede observarse, en la historia de la salud pública europea desde finales del siglo XVIII y hasta hoy, el análisis de las condiciones de vida y los determinantes de la salud y el bienestar de la población ha sido su fundamento teórico principal. Eso explica por qué los procedimientos metodológicos utilizados para demostrar sus hipótesis teóricas han sido esencialmente de orden social y político y que en consecuencia, muchas de sus propuestas de intervención se centren en asuntos relativos a la organización social y estatal mediante políticas públicas para el mejoramiento de las condiciones vida social [18]. Ello, no obstante, hay que reiterarlo, no corresponde a una idéntica visión sobre las transformaciones de los modos de producción.

El concepto de los DSS en las declaraciones de las conferencias internacionales sobre promoción de la salud

Durante la segunda mitad del siglo XX las más importantes discusiones en el terreno de la salud pública estuvieron congregadas especialmente alrededor de las conclusiones de la conferencia internacional de Alma Ata y de las posteriores conferencias sobre promoción de la salud lideradas por la OMS.

Sin duda, las discusiones y conclusiones de esas conferencias le dieron un sentido de ampliación al enfoque de la salud y el bienestar de los colectivos poblacionales, al llamar la atención sobre la influencia que sobre esos aspectos de la vida de las gentes tiene la organización político-económica de las sociedades, sus antecedentes histórico-culturales y las condiciones medio ambientales en las que desarrollan sus actividades cotidianas.

En efecto, la conferencia de Alma Ata en 1978 hizo un señalamiento fundamental al reconocer la salud como un objetivo social prioritario que demanda la acción de actores sociales, políticos y económicos para superar las inaceptables desigualdades sanitarias existentes entre países y dentro de ellos. Allí se reclamó la necesidad de establecer un nuevo orden económico internacional para

proteger la salud, contribuir a una mejor calidad de vida, reducir las desigualdades y alcanzar el desarrollo económico y social [19].

Aun cuando esta conferencia no hablaba específicamente del concepto de DSS, sus contenidos sociales, económicos, éticos y políticos propendían por una transformación de las estructuras sociales que no solo garantizaran la salud para todos, sino también adecuadas condiciones de vida garantizando la atención integral en salud, educación en salud, adecuada alimentación y nutrición, agua potable y saneamiento básico, participación comunitaria en salud y la concurrencia de otros sectores del desarrollo social.

En la conferencia de Otava en 1986, se afirmó que para alcanzar adecuadas condiciones de salud y bienestar físico, mental y social, los individuos y los grupos deben ser capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente. Allí, la salud fue concebida como fuente de riqueza y el mejor recurso para el progreso personal, económico y social. La educación, la vivienda, la alimentación, la renta, la justicia social, la equidad, un ecosistema estable y la paz, fueron considerados requisitos y determinantes fundamentales para proteger la salud y llevar una vida digna.

Esta declaración expresó claramente la idea de los DSS, al señalar que los factores biológicos, políticos, económicos, sociales, culturales, de conducta y del medio ambiente pueden intervenir en favor o en detrimento de la salud. Por ello declaró que la promoción de la salud es una forma de reducir las diferencias sanitarias y de proporcionar los medios para que todas las personas tengan igual oportunidad de alcanzar su máximo potencial en salud [20].

En la conferencia de Adelaida en 1988 [21], se reafirmaron los contenidos de Alma Ata y de Otava y se ratificaron la justicia social y la equidad como requisitos para la salud. Su énfasis, fueron las políticas públicas para el cuidado de las mujeres, la buena nutrición, la vivienda digna, el ingreso adecuado y los entornos saludables.

De manera similar, la conferencia de Sundsvall en 1991 abogó por la construcción de entornos propicios para la salud en sus dimensiones físicas, políticas, económicas y de género y la acción conjunta de gobiernos, comunidad y alianzas nacionales e internacionales para superar la pobreza extrema y las desigualdades en salud y bienestar [22].

En 1997, la conferencia de Yakarta involucró al sector privado en su responsabilidad sobre los DSS y señaló derroteros y estrategias para promover la salud en el siglo XXI [23]. La salud se reconoció como un derecho humano indispensable para el desarrollo social y económico, y la promoción de la salud como una inversión pública-privada, indispensable para actuar sobre los DSS y reducir la inequidad.

En el 2000, la conferencia de México reconoció la urgencia de abordar los determinantes sociales, econó-

micos y medioambientales de la salud, con la colaboración de todos los sectores y todos los niveles de la sociedad. Concluyó que la promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos mediante la reorientación de los sistemas de salud y la acción intersectorial [24].

En 2005, en Bangkok, se establecieron los principales retos, medidas y compromisos necesarios para abordar los DSS en el mundo globalizado, involucrando a numerosos agentes que son fundamentales para alcanzar la salud para todos: los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil, el sector privado y la comunidad de la salud pública [25].

En suma, en las declaraciones de todas las conferencias internacionales sobre promoción de la salud de la OMS se encuentra explícito el tema de los DSS. Ello ha permitido que se avance en la superación del enfoque exclusivamente biológico de la salud y que se insista en la necesidad de transformar las estructuras económicas y políticas para superar las desigualdades sociales y alcanzar la salud y el bienestar para todos.

Como ya se ha mencionado, el proceso de construcción y consolidación de la salud pública desde sus orígenes como disciplina se ha soportado principalmente en el concepto de los DSS para formular muchas de sus hipótesis. Así también para establecer principios y estrategias de promoción de la salud y proponer políticas públicas para la equidad en salud. En tal sentido, esta disciplina reconoce los aportes conceptuales del enfoque de los DSS en sus diferentes niveles de desarrollo, no obstante las limitaciones de orden político y económico global para lograr la salud y la vida digna para todos.

La perspectiva del Movimiento Latinoamericano de Medicina Social respecto a los DSS

En América Latina, las discusiones sobre las condiciones de salud y de vida de los colectivos humanos propiciaron en la década de los años 60 la conformación de una corriente de pensamiento que se agrupó alrededor del llamado Movimiento Latinoamericano de Medicina Social (MLMS). Este movimiento, del que participaron destacados académicos de los distintos países de la región, se postuló desde sus inicios como una propuesta contrahegemónica a la epidemiología y la salud pública clásica-tradicional y para ese fin ha desarrollado una serie de planteamientos teóricos y epistemológicos centrados en categorías políticas y sociológicas marxistas, para analizar la determinación de las condiciones de

salud colectiva. A partir de sus planteamientos, este movimiento se reclama como una corriente de pensamiento en salud pública opuesta al positivismo [26, 27].

En los años 90, a pesar del debilitamiento que sufrieron muchos de los movimientos sociales de América Latina, debido a la crisis de los países socialistas de Europa del este y al auge de las políticas neoliberales y las reformas sectoriales y estructurales impuestas por los organismos multilaterales, el MLMS mantuvo su defensa de la salud como un derecho ciudadano y un deber del Estado [28, 29]. El trabajo académico, político y social de sus más destacados representantes, le ha permitido mantenerse en el debate y hacer nuevas formulaciones teóricas, metodológicas y epistemológicas.

En la concepción del MLMS, la “salud-enfermedad” se reconoce como una expresión de las condiciones de vida históricamente determinadas/estructuradas, que dependen de las formas de organización social de la producción y que generan diferencias en la calidad de vida de los grupos humanos. En este sentido, comprende que los grupos de cada clase social, de acuerdo a su modo de inserción en la esfera productiva, a sus patrones de consumo, a sus formas específicas de organización e interacción, su cultura, su contexto histórico y su relación con el medio ambiente, pueden soportarse en fuerzas positivas que protegen su salud y les permiten avanzar durante su ciclo vital con calidad de vida, o al contrario, afrontar procesos destrutivos que los constriñen y deterioran. A esto es lo que denominan la determinación social de la salud-enfermedad, resultado del movimiento histórico-social de la reproducción, sus relaciones, sus estructuras de poder y sus contradicciones [30-33].

En sus distintas etapas, el MLMS ha promovido la transformación de las ideas del causalismo hacia la noción de determinación, y para ello ha utilizado categorías centrales de análisis como: reproducción social; modos de vida; determinación social; clases sociales, inequidad y concentración de poder. Más recientemente ha propuesto las categorías de neohumanismo popular, la nueva subjetividad, la exposición/imposición y la interculturalidad [34, 35]. De esta manera, analiza la determinación de la salud y el bienestar a partir de las formas de organización social y de las estructuras económicas y sociales que subsumen o condicionan lo natural y lo biológico en sus dimensiones general, particular y singular [36].

Una de las tesis que más destaca este movimiento es que para llevar a cabo un proyecto de emancipación y de construcción de sociedades justas, no es suficiente con describir las profundas desigualdades sociales y sanitarias, sino que es indispensable develar las raíces de tales desigualdades. Por tal razón, entiende la inequidad como un producto de la concentración de riqueza y de poder en unas clases sociales, o en ciertos grupos étni-

cos o en uno de los géneros; es decir, la característica inherente a una sociedad que impide el bien común, e instituye la inviabilidad de un reparto humano que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar plenamente según su capacidad. Esa triple inequidad (de clase social, etnia y género) produce marcados contrastes en el disfrute de los derechos humanos, según las relaciones de poder que caracterizan y separan los grupos sociales con sus modos de vida y sus estilos de vida [34].

Aunque en la perspectiva del MLMS esas estructuras de poder se configuran en la principal determinación de la salud y su reparto, es preciso señalar que tales planteamientos no son exclusivos de este movimiento, pues ellos provienen de los fundamentos teórico-políticos de la medicina social europea en los que se centran sus análisis y discusiones [26, 37]. De igual modo, debe admitirse que justamente esas consideraciones políticas, teóricas, conceptuales y metodológicas configuran el rescate de las categorías analíticas del pensamiento marxista. Sin lugar a dudas, este es uno de los valores agregados del MLMS que invita a pensar que la transformación de las estructuras sociales no sólo es necesaria sino también posible, pues se trata de un problema político que los grupos sociales, de manera organizada e inteligente, pueden intervenir favorablemente para el conjunto poblacional.

Los DSS en la perspectiva de la OMS y de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud

En el año 2003, la OMS se propuso establecer una política de relacionamiento entre el conocimiento y la acción, en un intento por conformar una base científica y movilizar sectores de diversas instancias para la formulación de políticas públicas orientadas a reducir las inequidades en salud y recuperar los valores de Alma Alta. Como consecuencia de ello, en 2005 conformó la CDSS y designó como su coordinador a Michael Marmot, un reconocido académico inglés quien desde tiempo atrás venía liderando una vasta producción bibliográfica sobre el concepto de los DSS [38-41].

En la perspectiva de la OMS, el concepto de los DSS se ha definido como aquellos factores biológicos, ambientales, sociales, políticos, económicos y culturales que inciden, determinan y condicionan la salud-enfermedad de la población y en general, como aquellas condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas [42, 43]. En tanto dichas condiciones pueden ser positivas o negativas, se les reconoce como factores protectores y/o factores de riesgo respectivamente. Dichos factores se soportaron en estudios previos de Wilkinson y Marmot quienes habían mostrado la relación entre las condiciones de salud de la población y aspectos relacionados con la jerarquía social, el stress, los primeros años de vida, el trabajo, el desempleo, el apoyo social, las adicciones, la alimentación, las

adicciones y el transporte (38, 39). Tales consideraciones a su vez soportadas en los resultados de múltiples estudios propios y de otros autores que mostraron tales evidencias.

Dahlgren y Whitehead [44] por su parte, habían clasificado previamente los DSS en tres grandes categorías: a) Estructurales: condiciones socioeconómicas, culturales y del medio ambiente que determinan las condiciones de vida y del trabajo entre los cuales incluye el ambiente de trabajo, el desempleo, la educación, la vivienda, los servicios de salud, saneamiento básico, y la producción agrícola y de alimentos. b) Distales: las redes comunitarias y de apoyo social. Y c) Proximales: aquellos factores individuales y biológicos como los estilos de vida, la edad, el sexo, y los factores genéticos. Desde este enfoque se considera que el contexto social propicia la estratificación social que conduce a diferencias en la posición social de las personas condicionando sus posibilidades de salud y de vida. Esta posición social, como categoría central en esta perspectiva, implica diferencias sustanciales en las oportunidades de acceso al poder y a los recursos, así como en la exposición a riesgos.

Por su parte la CDSS en su informe final de 2008 planteó que los DSS son “las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece”; tales circunstancias a su vez determinadas por la manera como se distribuye el dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local (determinantes estructurales). Para la CDSS, el conjunto de los determinantes estructurales y las condiciones de vida son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y al interior de ellos. Por lo tanto, sostiene que las políticas y los programas para reducir las inequidades en salud deben englobar a todos los sectores clave de la sociedad (poderes públicos, organismos internacionales, empresas, sociedad civil y comunidad) y deben dirigirse a mejorar las condiciones de vida y a luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos [45].

Hay que entender, sin embargo, que a pesar de que el enfoque de la OMS sobre los DSS remite muy claramente a las condiciones estructurales de la sociedad para explicar las inequidades en salud y en condiciones de vida en los diferentes países o regiones del mundo, la naturaleza multilateral de ese organismo, en el que confluyen países con muy diferentes enfoques de la política y de la sociedad, no hace esperable que sea ese organismo el que promueva el cambio de modo de producción capitalista. Ese será un aspecto que se dirimirá en el complejo escenario de la política, que trasciende en mucho el campo exclusivamente disciplinar de la salud pública.

Discusión

Parece evidente que la preocupación por la influencia que ejercen las condiciones políticas, económicas, so-

ciales, culturales, históricas y ambientales sobre la salud y el bienestar de los colectivos humanos, ha estado presente en la salud pública desde su constitución como disciplina moderna desde finales del siglo XVIII. Esto se puede constatar al verificar que en los conceptos teóricos de reconocidos personajes de la salud pública desde los inicios del siglo XIX (como Villermé, Chadwick, Neumann, Virchow, Winslow y Sigerist, entre otros), así como en las declaraciones de las conferencias internacionales sobre promoción de la salud, estas consideraciones han estado presentes y han servido para la adopción de políticas orientadas en mayor o menor medida a su intervención y a la superación del enfoque exclusivamente biológico de la salud.

Así mismo, todo parece indicar que no obstante lo significativo del trabajo de la CDSS de la OMS, sus énfasis respecto al tema del origen de las desigualdades y la inequidad y la acción política para superarlas no son los mismos o no tienen la misma fuerza que exteriorizan algunos otros académicos, como es el caso del MLMS.

Refiriéndose a la acción política para las superar las desigualdades sociales, la CDSS pone mayor énfasis en la acción intersectorial, la participación y el empoderamiento social y la buena gobernanza nacional e internacional para las políticas públicas. Por su parte, el énfasis del MLMS es sobre los procesos de transformación de las relaciones sociales en la dirección de superar las formas de explotación y opresión que conducen a modos de vida injustos. Por tanto, la acción política debe ser la lucha de los pueblos por el derecho a la salud en la perspectiva de superación del modo de producción capitalista [37, 46, 47].

Al analizar la consideración que desde distintas instancias organizativas o académicas se han hecho a la dimensión de la política en el origen de las inequidades en salud, Cardona, percibe algunas diferencias en el abordaje hecho por la CDSS y el que caracteriza al MLMS [48]. En su opinión, el enfoque de la CDSS es más matizado y más indiferente a la política que la que sistemáticamente ha mantenido el MLMS. Al respecto, afirma que “La tradición de la medicina social en América Latina en los años 60 y 70 del siglo XX, que a mi juicio se interesó de modo más sistemático por los temas de la política, configuró muchos de los temas de lo que en una acepción de rostro más “desarrollado” y si se quiere de contenidos y énfasis más neutrales políticamente llegó a denominarse “Determinantes Sociales de la salud” [48].

Por su parte, algunos integrantes del MLMS señalan que una de sus mayores diferencias con la CDSS radica en su enfoque de la equidad. Mientras para la CDSS la inequidad se origina en las desigualdades sociales que son injustas, innecesarias y evitables y ello implica conocer detalladamente sus causas para poder intervenirlas [49], desde el punto de vista del MLMS las consideraciones sobre equidad-inequidad implican valorar las desigualda-

des desde una concepción de justicia, propia de cada sociedad, con sus respectivas implicaciones políticas [50].

En medio de las discusiones que puedan darse en torno al concepto de los DSS, parece que existe un claro consenso en que la clave para hacer frente a las profundas inequidades que hoy existen entre diversos grupos de la población, tanto a nivel global como al interior de cada país, es generar una creciente conciencia colectiva de la necesidad de intervenir tales determinantes. Entre ellos, el más crucial es la concentración del poder político y económico en manos de minorías privilegiadas, producto del capitalismo y de la globalización financiera.

En este propósito, la salud pública juega un papel relevante. Para ello debe propugnar cada vez con mayor fuerza por destacar el carácter político de las inequidades en salud y bienestar, y valerse de conceptos éticos y del valor de lo público para develar las raíces de la inequidad social y contribuir a la forja de un mundo mejor, más justo, más solidario y más humano.

Como lo afirma Cardona, para la salud pública, que en su dimensión de disciplina científica aboga por las transformaciones sociales de salud y bienestar colectivo, el tema de la política no ha sido ajeno. De hecho, en su fundamentación teórica desde sus orígenes, muchos académicos de esta disciplina han subsumido la política como la categoría más relevante en el análisis de las condiciones de salud y bienestar de la población. Es en esta categoría donde implícita y explícitamente se configuran las demás dimensiones de la estructura social con sus diferentes tensiones, fricciones y transmutaciones [51].

Por ello, en sus propuestas de políticas públicas para la promoción y la protección de la salud, la salud pública ha reconocido la necesidad de integrar y articular los distintos sectores del desarrollo social, las instituciones públicas y privadas y las organizaciones sociales. Además, ha considerado que es fundamental la interacción de la comunidad con los gobiernos nacionales, regionales y locales a fin de incidir directamente en los asuntos de la salud y el bienestar colectivo [52-54]. Para esas transformaciones sociales a las que aspira contribuir la salud pública, la participación política éticamente asumida y la defensa de lo público, son absolutamente necesarias.

Conclusiones

Los DSS se han constituido como la base conceptual y teórica de la salud pública desde sus orígenes. Durante su proceso de construcción y consolidación como disciplina moderna, la salud pública ha desarrollado diversas concepciones y metodologías para analizar y comprender los DSS, lo cual genera constante debate y controversia entre sus académicos.

A partir del informe de la CDSS y de las discusiones generadas por el MLMS, es evidente que ha resurgido

un reposicionamiento del tema en la agenda política y académica. Por tanto, los procesos reflexivos, investigativos y de intervención en salud pública, no deben limitarse a reconocer y explicar los DSS, sino principalmente a buscar la manera de actuar sobre ellos y estimular procesos de organización y de movilización que ayuden al proceso de transformación social.

Ese reposicionamiento del concepto de los DSS propicia poner en tela de juicio las actuales estructurales políticas y económicas predominantes en el mundo, y puede servir para que surjan opciones de organización social que prodiguen mejores condiciones para que todos los hombres y mujeres puedan vivir de la mejor manera posible su periplo vital.

Agradecimientos

Al profesor Álvaro Cardona por su orientación y por las posibilidades de diálogo durante la realización de este ensayo.

A los profesores Álvaro Franco, Rubén Gómez y Gabriel Otálvaro por sus comentarios al contenido de este trabajo.

A la Estrategia de Sostenibilidad CODI 2013-2014 de la Universidad de Antioquia por el apoyo económico a través del Grupo de Investigación Gestión y Políticas en Salud.

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración Política de Río sobre determinantes sociales de la salud. [Internet] Rio de Janeiro: oms; 2011. [Acceso 11 de noviembre de 2012]. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf.
- 2 ALAMES-CEBES. El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud. Documento de posición conjunto de ALAMES y CEBES [Internet] Rio de Janeiro: ALAMES-CEBES; 2011. [Acceso 05 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/alamescebesrio.pdf>.
- 3 Cardona A, Sierra R, Serrano L, Agudelo F. Cadáveres, cementerios y salud pública en el virreinato de Nueva Granada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008. p 19-20.
- 4 Cardona A. La salud pública en España durante el trienio liberal (1820-1823). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2005. p 13-24
- 5 Perdiguero E, Bernabeu J, Huertas R, Rodríguez-Ocaña E. History of health, a valuable tool in public health. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:667-667.
- 6 Sigerist HE. Historia y sociología de la medicina. Bogotá: Editora Guadalupe; 1974. p 72-75
- 7 García J. La medicina estatal en América Latina (1880-1930). *Revista Latinoamericana de Salud* 1981; 1:73-104.
- 8 Berlinguer G. Determinantes sociales de las enfermedades. *Rev cub salud pública [revista en Internet]* 2007; 33(1) [Acceso 10 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0864-34662007000100003>.
- 9 Turner BS. The history of the changing concepts of health and illness outline of a general model of illness categories. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC, editors. *The handbook of social studies in health and medicine*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications; 2000. pp.9-24
- 10 Fee E, Brown T. Why Hystory? *American Journal of Public Health* 1997; 87(11):1763-1764.
- 11 Cardona A. 150 años de la primera ley de salud pública en el mundo. *Rev Fac Nac Salud Pública* 1999; 16(268-81): 71-77.
- 12 Rosen G. *A history of public health*. New York: MD publications, Inc; 1958. p 172-194.
- 13 Campos R. La sociedad enferma: higiene y moral en España en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX. *Hispania. Revista española de historia* 1995; (191): 1093-1112.
- 14 La Berge A. The early nineteenth century french public health movement: the disciplinary development and institutionalization of higiene publique. *Bull Hist Med* 1984; 58: 363-379.
- 15 Marx K, Engels F. *El manifiesto comunista de Marx y Engels*. Traducción de Jesús Izquierdo. México: Fondo de Cultura Económica; 2007; 290 p.
- 16 Viseltear A. “C.-E.A. Winslow and the Early Years of Public Health at Yale, 1915-1925”. *The Yale Journal of Biology and Medicine* 1982; 55: 137-151.
- 17 Terris M. Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud pública. *Journal of Public Health Policy* 1992; 13(3): 267-276.
- 18 Cardona A, Franco A. La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2005; 23(2):107-114.
- 19 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata. 6-12 de septiembre. Kazajistán: OPS/OMS; 1978.
- 20 Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. 21 de Noviembre de 1986. Ottawa: OPS/OMS; 1986.
- 21 Segunda Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. 5-9 de abril Adelaida: OPS/OMS; 1988.
- 22 Tercera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. 9-15 de junio de 1991. Sundsvall: OPS/OMS; 1991.
- 23 Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Nueva era, nuevos actores: Adaptar la Promoción de la Salud al siglo xxi. 21-25 de julio. Yakarta: OPS/OMS; 1997.
- 24 Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud hacia una mayor equidad. 5-9 Junio. Santa Fé, México: OPS/OMS; 2000.
- 25 Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. 7-11 de agosto. Bangkok: oms, Ministerio de Salud Pública de Tailandia; 2005.
- 26 García J. Juan Cesar García entrevista a Juan César García. *Medicina Social* 2007; 2(3):153-158.
- 27 Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2002; 12(2): 128-136.
- 28 Mendez I, Torres-Tovar M. Medicina social en la práctica. Experiencias en América Latina, enseñanzas desde “El Pulgarcito de América”: el derecho a la salud se construye con la movilización social. *Medicina Social* 2012; 7(1): 32-35.
- 29 Tajar D. Experiencias de Movilizaciones contra los efectos de la Globalización en la Salud: Latinoamérica. La Medicina Social Latinoamericana en los 90: hechos y desafíos. En: Sanchez M, Colomo C, Repeto L, compiladores. *Salud y Globalización* [Internet]. Madrid: Edic. FADESP; 2005. [Acceso 10 de julio de 2013]. Disponible en: <http://usuarios.advance.com.ar/asociacionsaludpublical/global.htm>.

- 30 Breilh J. La salud enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque. En: Breilh J, Campana A, Costales P, Granda E, Paez R, Yepez J. Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Quito: Corporación Editora Nacional; 1990. p 23-30.
- 31 Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos Médicos Sociales 1982; 19: 1-11.
- 32 Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva 2010; 6(1):83-101.
- 33 Almeida-Filho N. La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000. p 157-167.
- 34 Breilh, J. Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003. p. 18-37
- 35 Breilh, J. La epidemiología crítica latinoamericana: análisis general del estado del arte, debates y desafíos actuales en la construcción del método. En: Franco S, Nunes E, Duarte E, Breilh J, Granda E, Yepez J, *et al.* Debates en Medicina Social. Ecuador: OPS, ALAMES. p. 164-215.
- 36 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. [Editorial]. Revista Saúde em Debate 2009; 33(83): 341-342.
- 37 López O, Escudero J, Carmona Luz. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud ALAMES. Medicina Social 2008; 3(4):323-335.
- 38 Marmot M, Wilkinson R, editores. Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press; 1999.
- 39 Wilkinson R, Marmot M, editores. Social Determinants of Health. The solid facts. Geneve: WHO, Regional Office for Europe; 1998.
- 40 Marmot M. Social Determinants of Health inequalities. Lancet 2005; 365(9464):1099-1104.
- 41 Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneve: WHO; 2007
- 42 Irwin A, Scali E. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: oms; 2005.
- 43 Solar O, Irwin A. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneve: Comission of Social Determinants of Health, WHO; 2005.
- 44 Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for future estudies; 1997. p 11.
- 45 Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes de la salud. Ginebra: oms; 2008.
- 46 Laurell AC. Los determinantes de la salud y la acción política. Ponencia Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. México: ALAMES; 2008.
- 47 González R, Eibenschutz C, Tamez S. Elementos para un posicionamiento de ALAMES México ante la Conferencia Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS [Internet]. México: ALAMES; 2011 [Acceso 12 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/alamesdss.pdf>.
- 48 Cardona A. Partidos políticos y políticas públicas en salud. Ponencia presentada en el Séptimo congreso internacional de Salud Pública - Las políticas públicas y los sistemas de salud, perspectivas de equidad para las Américas. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública- Universidad de Antioquia; 2011.
- 49 Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Targets for health for all. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1985.
- 50 Hernández M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. Revista Salud Pública 2008; 10(1):72-82.
- 51 Cardona A. Salud Pública, Estado y Sociedad. Itinerario de una reflexión crítica. En prensa.
- 52 Granda E. La salud y la vida. Quito: Ministerio de Salud de Ecuador, OPS/OMS, ALAMES; 2008. p 187-222.
- 53 Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. The Lancet 2011; 377: 1724-1725.
- 54 Abrantes R. Participación Social en Salud. Un estudio de caso en Brasil. Salud Pública de México 1999; 41(6): 466-474.