

¿Simplificación o reducción? ¿Complejidad? La perspectiva crítica de la Salud Colectiva sobre los determinantes sociales de la salud

Héctor Alemán Martínez*

RESUMEN

El presente ensayo desarrolla de manera sintética la postura de la salud colectiva con respecto a la perspectiva de la “comisión sobre determinantes sociales de la salud”. Aunque la búsqueda de la equidad en materia de salud puede implicar un reconocimiento necesario de la dimensión propia de los determinantes sociales de la salud, es necesario estudiar cuál es la noción de justicia subyacente para comprender los objetivos y los procedimientos planteados. Una justicia redistributiva como la propuesta por la comisión únicamente tiene un carácter paliativo y sirve más para mantener funcionando al sistema actual que para resolver problemas de fondo. Se concluye diciendo que el compromiso de la “comisión sobre determinantes sociales de la salud” con el orden social actual impide que tenga una postura crítica en pro de una auténtica equidad sanitaria.

PALABRAS CLAVE: equidad sanitaria, justicia, redistribución, determinantes sociales de la salud, complejidad.

Simplification or reduction? Complexity? The critical perspective of Collective Health on the social determinants of health

ABSTRACT

This essay summarizes the position of collective health with respect to the perspective of the “commission on social determinants of health”. Although the search for equity in health may imply a necessary recognition of the dimension of the social determinants of health, it is necessary to study the underlying notion of justice to understand the objectives and procedures proposed. A redistributive justice such as the one proposed by the commission has only a palliative character and serves more to maintain the current social system than to solve fundamental problems. It concludes by saying that the commitment of the “commission on social determinants of health” with the current social order prevents it from taking a critical stance in favor of authentic health equity.

Keywords: health equity, justice, redistribution, social determinants of health, complexity.

* Doctor en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco. Correo de contacto: mh_7mx@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 25 de febrero de 2021.

Fecha de aceptación: 10 de agosto de 2021.

Introducción

La perspectiva de los determinantes sociales de la salud ¿Realmente se trata de un nuevo paradigma?

Antes de comenzar es necesario hacer una aclaración. El propósito del presente texto es analizar los elementos teóricos básicos contenidos en la propuesta original de la comisión sobre los determinantes de la salud para hacer una crítica sobre sus alcances. Hacer una revisión exhaustiva de todo lo que ha hecho la comisión desde el 2008 hasta la actualidad, incluyendo las medidas implementadas y las actualizaciones rebasa el propósito de este análisis. Además, se considera innecesario por las siguientes razones:

1. Los reportes sobre las actividades de la comisión no indican un cambio de paradigma teórico ni de sus posturas fundamentales. Aunque algunos autores consideran que el informe “Subsanar las desigualdades en una generación” (CDSS, 2008) no fue tan relevante para la política pública, los informes posteriores que fundamentaron algunas intervenciones no indican un cambio sustancial en los contenidos iniciales ya expresados en el documento original (*cf.* Institute of health equity, 2021).
2. Los reportes de la comisión con metas e indicadores no sirven para establecer una nueva línea de pensamiento o una actualización significativa de los planteamientos iniciales. Instrumentar una presuposición teórica no implica una actualización de sus postulados (*cf.* Institute of health equity, 2021).

De acuerdo con la “Comisión sobre determinantes sociales de la salud”, tal y como se reporta en su informe “Subsanar las desigualdades en

una generación” (2008), se ha logrado establecer “científicamente” que “las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas” (2008:2). Al mismo tiempo, se afirma la existencia de diversas inequidades sanitarias, que están determinadas por un conjunto de “factores”, que son en esencia sociales.

Este enfoque es presentado como un nuevo paradigma, como una novedosa propuesta de análisis de los problemas de salud, que contempla no sólo las causas inmediatas de la enfermedad, sino también “las causas estructurales” (las causas de las causas) (Marmot y Allen, 2014). Pese a lo que se afirma, el tema de los determinantes no es tan nuevo, puesto que la medicina social y la salud colectiva desde años atrás, han trabajado con un enfoque de determinantes (González, 2009), que, salvando las importantes diferencias conceptuales de fondo, son en un cierto grado, comparables.

Retornando a la cuestión, en el documento se sugiere que la motivación para investigar el problema de las “inequidades en salud” desde una perspectiva de los determinantes sociales, fue la necesidad de evidenciar que las diferencias sanitarias se deben a factores sociales que son “modificables”, aludiendo con ello, a que no necesariamente debería de ser así (CDSS, 2008). Formulada de esta manera, se entiende que las “inequidades en salud” son en sí mismas injustas, puesto que se perpetúan y ocurren por acción u omisión de los actores sociales implicados (CDSS, 2008). Todas estas aseveraciones parecen provenir de conceptualizaciones que tienen cierta complejidad y la preocupación por las injusticias sanitarias parece genuina. Pero ¿de qué tipo de justicia social se está hablando? Y ¿qué teoría social está implícita en los planteamientos de la Comisión sobre los determinantes?

¿Ciencia sin ideología?

Existen dos cuestiones teórico-epistemológicas que hay que considerar para comprender la discusión de fondo entre el concepto de determinación de la salud colectiva y el de los determinantes de la comisión. Primero las relaciones entre ideología y ciencia; segundo la concepción de construcción de conocimiento científico que sigue vigente aún hoy en día. Todavía en la cultura general se suele pensar al conocimiento científico como un cúmulo sistematizado de ideas que avanza linealmente (*cf.* Popper, 1982) siguiendo minuciosamente la lógica del descubrimiento mediante la metodología canónica (Bourdieu, 1999). La aparición de nuevas hipótesis sobre la realidad se da casi en simultáneo con el descubrimiento de nuevos fenómenos que necesitan de explicación (*cf.* Popper, 1982). Tener nuevas definiciones y perspectivas de los fenómenos conocidos se da, en un sentido metafórico, como el hallazgo de nuevas piezas de un rompecabezas.

La ciencia no se constituye como un corpus lineal ni es conocimiento acumulativo progresivo (Foucault, 1971; *cf.* Kuhn, 2004) sino una construcción sociocultural que no tiene su único fundamento en el descubrimiento de “datos nuevos sobre la realidad” (*cf.* Chalmers, 2001). La manera en que se construye el conocimiento científico cambia según las etapas históricas y se produce mediante discontinuidades (*cf.* Chalmers, 2001; *cf.* Foucault, 1971; *cf.* Kuhn, 2004) y rupturas epistemológicas (Foucault, 1971). El corpus del conocimiento cambia en lo esencial para representar los objetos de la realidad con una comprensión diferente.

Todo conocimiento está permeado por un pre contenido teórico (Chalmers, 2001) que tiene

una cierta dimensión histórica y esto es particularmente cierto para las teorías que se refieren a la sociedad y la cultura (Sader, 2003). Si bien es cierto que es posible rastrear las bases teóricas de la perspectiva de la comisión de los determinantes hasta Europa del Siglo XVIII (Rosen, 1985, Morales et. al., 2013); en realidad la manera en que la comisión de determinantes sociales de la salud presenta su discurso es para indicar que se trata de un descubrimiento científico necesario y actual acerca de una realidad que solamente hasta ahora ha sido estudiada “científicamente”.

Al formularse de esta forma, se pretende que toda disertación teórica anterior a la comisión debe ser indirectamente declarada como ideológica. Pero ¿por qué un grupo de científicos estudiaría una afirmación que se consideraba ideológica? Sociológicamente hablando se sabe que las ideologías tienen su fundamento en hechos de la realidad interpretados de una cierta manera. Por ello desde esa perspectiva se puede decir que la comisión ha dotado de contenido científico al vínculo entre pobreza y enfermedad. Es la comisión la que presenta “verdadera evidencia científica” acerca de la manera en que la desigualdad distributiva en el poder y los recursos produce (y ha producido) las inequidades en salud.

Todos aquellos autores que cuestionan a la comisión por no reconocer y, en consecuencia, no vincularse con el origen histórico de su pensamiento teórico deberían preguntarse: ¿La comisión necesita reconocer su vínculo con la epidemiología social anglosajona para validarse ideológicamente? ¿O más bien necesita alimentar la fantasía de que la ciencia positiva ha continuado en su avance incesante y ha logrado dar con la evidencia de que las condiciones de vida determinan los perfiles de salud como meta causas? Afirmaciones que

claramente van mucho más allá de las visiones epidemiológicas clásicas que siguen siendo todavía vigentes (Breilh, 2003).

“El discurso ideológico: aquél que presenta como universal y necesario lo que no es sino parcial y arbitrario” (Lizcano, 2009: 2). En ese mismo sentido, el discurso de lo que es científico exige algo arbitrario y parcial: que todo conocimiento que quiera ser validado se argumente y se presente como resultado del avance acumulativo del canon positivista. Este es un requisito presentado como universal y necesario y forma parte de la mistificación de la ciencia positiva.

¿Por qué un “conocimiento científico” necesita adherirse al discurso oficial del “avance de la ciencia” para validar sus evidencias o para incluso simplemente para presentarlas y obtener credibilidad? Eso significa que el conocimiento al que se está anteponiendo (o supuestamente completando y diversificando) tiene contenido y efectos políticos directos y no es como suele pensarse, solamente una formación de ideas de la cual se valen determinados grupos para justificar ciertas prácticas socioculturales. Esto ya ha sido señalado por Foucault (1976) en sus análisis de las disciplinas y los discursos de verdad y parece ser que esa cuestión es ineludible.

Tanto la ciencia es un discurso de verdad para las disciplinas y las políticas de administración poblacional, como al revés, la política determina qué tipo de conocimiento se puede construir, más allá de los típicos señalamientos en torno a lo irracional. Cabe resaltar que curiosamente también se penalizan las innovaciones que son demasiado subversivas debido al compromiso de los científicos con el paradigma dominante (Kuhn, 2004). Ese compromiso de los investigadores con

el paradigma dominante de la ciencia parece ser un símil de su compromiso con el sistema social.

Desde esa perspectiva la simplificación de los fenómenos no es una exigencia científica ni del conocimiento *per se*, sino que es una estrategia discursiva que también tiene efectos políticos directos. Pero tampoco es tan sencillo como afirmar que cuando un grupo de investigadores presentan datos que contrastan con la visión oficial el resto de la comunidad científica simplemente no ha querido ver la evidencia. Lo ideológico no es simplemente alienación con la realidad, sino sustitución de la realidad. De ahí que la alienación no es solamente el efecto de negar la realidad con una ficción arbitraria, sino que tiene que ver con la cosmovisión que la visión ideológica considera posible, justa y operable.

En este punto pareciera como si censurar ideológicamente un discurso fuera equivalente a censurar políticamente el actuar colectivo: se inhabilita en lo ideológico lo que no se quiere ver reproducido en la acción política. Esta última consideración es para problematizar la cuestión de la distancia entre los discursos y la acción, pues constantemente los autores que tratan la cuestión teórica de la ideología hablan de lo ficcionario de los contenidos ideológicos en la realidad y no estudian sus efectos que sí operan en ella, lo cual es un error. La función alienante de la ideología no se explica solamente por sus fallas al describir, construir y sostener un orden social determinado, sino en frustrar el desorden, las alternativas, las disparidades y los intentos de cuestionar sus contenidos.

En este texto nos referiremos por ideología a un sistema de ideas producidas por grupos hegemónicos que tiene la función de sustituir la realidad objetiva produciendo un efecto alienante para fa-

vorecer un cierto orden social. La principal función de los discursos hegemónicos es posibilitar e imposibilitar ciertas prácticas, ciertas acciones en determinados campos de la acción humana. Todo discurso ideológico siempre favorece una relación de dominio; además de que trata de ocultar su carácter construido, de manera tal que se convierte ficcionariamente en la “realidad” interpretable en los hechos (Lizcano, 2009).

Un común denominador de los defensores del sistema en cada etapa histórica es que siempre quieren invertir el carácter relativo de las interpretaciones e intentan hacer pasar ciertas interpretaciones como signos de lo real (Foucault, 1970) y el pragmatismo liberalista anglosajón no es la excepción. La propaganda anglosajona afirma que sus grupos de vanguardia científica y económica se hacen cargos de los problemas reales (no metafísicos, ni filosóficos) de una manera puramente experiencial y técnica (*cfr.* Friedman, 1988; Hayek, 2000 *cfr.* Popper, 1982). Esta afirmación no es más que un intento de enmascarar la ideología detrás de su interpretación simplificada del mundo.

Pese a lo que se suele pensar, las sociedades pragmático economicistas modernas no son especialmente concretas y prácticas sino por el contrario, son sociedades idealistas en el sentido de que su práctica social está fundada en abstracciones que pueden ser aplicadas en múltiples ámbitos con el mismo efecto alienante. Entre más generales sean los contenidos ideológicos más fácil es aplicarlos a diversas situaciones. Los alegatos a favor de la libertad individual y necesariamente de la libertad económica (Hayek, 2000) se extienden por todos los campos posibles, censuran tanto como justifican ciertas acciones.

La ilusión de que los grupos de científicos producen ciencia de una manera pura y ajenos a toda influencia de tipo sociopolítica e ideológica es una concepción común sostenida por la falsa asunción de que la ciencia es esencialmente neutra y tan sólo se dedica a revelar la realidad natural objetiva. “Es precisamente esa pretensión de la ciencia de constituirse en metadiscurso verdadero por encima de las ideologías, saberes y opiniones particulares la que la constituye como ideología dominante” (Lizcano, 2009:3).

Esto aunado a la propaganda liberal, en especial respecto a la libertad de pensamiento produce la ilusión de que los científicos simplemente se rinden ante las evidencias y como resultado de esa inflexión apartarán toda concepción ajena a esa realidad. “Y es precisamente el éxito logrado por las estrategias del discurso científico para enmascarar su carácter de discurso, su virtud para hacer olvidar los dispositivos lingüísticos que pone en juego para construir esa realidad que así se presenta como mero “des-cubrimiento”, su capacidad de persuadirnos de que no estamos siendo persuadidos, es precisamente esa mentira verdadera de la ciencia la que hace de ella la forma más potente de ideología en nuestros días: la ideología científica” (Lizcano, 2009:3).

Pareciera como si los objetos de la realidad fueran esa verdad que pugna por ser descubierta y en el mismo proceso de conocer se autoeligieran sus perfectos intérpretes. Esto es una especie de “entificación” de la verdad científica que se manifiesta como una revelación a todos aquellos científicos que se apegan a la lógica canónica del descubrimiento. A decir de la comisión, la epidemiología no se ha desviado de su propósito científico de descubrir la verdad por seguir una ideología, sino

que le “ha quitado” lo ideológico a una verdad objetiva: los determinantes.

No sería la primera vez que cuestiones técnicas han sido reducidas a cuestiones políticas, y a la inversa. Es lo que la reducción a la mínima causa requiere, política y supuestamente, científicamente hablando según el liberalismo.

¿Determinación social compleja o simplemente determinantes?

No cabe duda de que la justicia social, idealmente tendría que ser el objetivo principal de toda la actividad política de una sociedad (Castoriadis, 1995). Para analizar los aspectos profundos subyacentes en torno a la reflexión de las políticas de salud y la real conformación sociohistórica de la determinación social (González, 2009), se podría desplazar la discusión, primeramente, a lo que se entiende por justicia social y desde donde se ha especificado su dominio. No existe una definición “natural” o espontánea de lo que es la justicia social, pese a que a veces se pueda entender, incluso enarbolar intuitivamente, algunas presuposiciones al respecto.

Discutir lo que es la justicia, en otras palabras, los parámetros de lo que debe considerarse justo, forma parte de un dominio compartido entre la ética y la política; dominio que no está exento de complejidades. No se puede dar por hecho que una cierta postura política por sí misma definirá una conformación implícita de valores que han de sobreentenderse automáticamente; y a la inversa, tampoco se puede dar por sentado que una concepción clara de justicia social definirá *per se* una cierta forma de políticas de salud.

De ahí que una de las críticas más relevantes de la salud colectiva y la medicina social a la pers-

pectiva de la “Comisión de los determinantes de la salud” vendría precisamente por este flanco, al señalar oportunamente que la noción de justicia subyacente al informe es la de una justicia de redistribución desde una perspectiva “liberal”, que busca “subsana” las desigualdades sin resolverlas, ni problematizarlas en la estructura social (González, 2009); que además asume, por lo menos indirectamente, el carácter meramente paliativo de las estrategias propuestas (CDSS, 2008).

Esta situación remite necesariamente a revisar brevemente el concepto de “justicia”. Como primera cuestión se tiene que el sistema mundo capitalista (Wallerstein, 1979) es injusto por definición debido a que la situación privilegiada de unas cuantas personas se basa en empeorar la situación del resto de la población (*cfr.* Rawls, 1997) mediante procesos de explotación, exclusión y subordinación. Esta aseveración es válida para comparar desigualdades entre Estados-nación, clases sociales, etnias, grupos generacionales, colectivos e individuos. Este concepto es muy útil para tener un punto de partida sólido para definir lo injusto. No obstante, la noción de justicia contenida en la pretensión de la imparcialidad cuasi absoluta de Rawls puede suscitar problemas en la comprensión de ciertos procesos sociales generadores de desigualdad (*cfr.* Hoyos, 2008) porque las abstracciones que se generan pueden estar formuladas con un excesivo formalismo “racional” inexistente en la realidad social. Para Sen (1995) las desigualdades entre los individuos deben ser el punto central para definir un concepto de justicia, de tal manera que les otorga un peso mayor en su teoría.

Las capacidades como auténticos funcionamientos valiosos en acción (en acción significa que realmente se pueden poner en práctica) para el proyecto personal de todos y cada uno de los indi-

viduos, debería ser el objeto de una política social justa, según Sen (2000). Esta teoría no está basada en la acumulación de libertades, ni de redistribución de bienes, ni en la construcción de bienes primarios (básicos), sino en la equidad entendida como la correcta generación de capacidades necesarias (*cf.* Hoyos, 2008) para que los sujetos logren bienes subjetiva y colectivamente valiosos en concreto y en sus alcances reales.

El diferencial de capacidades no es meramente un asunto de méritos o desigualdades naturales (desigualdades que no tienen origen en la sociedad). Siguiendo los postulados de Whitehead tenemos que una inequidad es una desigualdad injusta y potencialmente evitable (Linares y López, 2008). Esto último aplicado a los servicios públicos de salud nos permite afirmar que es necesario que la equidad se exprese mediante un acceso igualitario, uso igualitario, igualdad en la calidad y en el uso de recursos en proporción a las necesidades de las personas (Linares y López, 2008).

Como ya se ha argumentado, no basta con un concepto de justicia redistributiva para garantizar el cumplimiento de los derechos humanos básicos, sino que se requiere de una reflexión más profunda y una mayor instrumentación.

Por otro lado, queda la cuestión de la mirada teórica que organiza el documento. La postura de “la Comisión de determinantes sociales de la salud” pese a incluir una cierta noción de lo social, al ser ésta última una construcción conceptual formulada desde una mirada basada en los “factores de riesgo”, es todavía causalista (González, 2009); aunque presenta algunos planteamientos aparentemente “novedosos” en ese terreno.

La implementación de estrategias en pro de la justicia social idealmente no debería conducirse a

través de una perspectiva simplificada, menos aún por meras exigencias ideológicas. Por el contrario, el acto mismo de poner en cuestión las nociones conceptuales cristalizadas en los imaginarios sociales siempre nos facilitará la construcción de nuevas posibilidades en el quehacer intelectual y en la acción política (Castoriadis, 1996). Excepto, cuando existe compromisos (de cualquier tipo), que pueden llegar a impedir una reflexión objetiva, en el sentido formal del término.

Y en los planteamientos de la Comisión se pueden ver compromisos con el orden social actual, que es presentado como algo que en esencia no es posible cambiar, a lo sumo, “perfeccionar”, constituyéndose como un dominio que no puede ser discutido en su profundidad real ni en sus dimensiones sociohistóricas (González, 2009). De ahí que otra de las críticas de la salud colectiva y la medicina social transita por señalar que los asuntos de fondo no están siendo tratados. Se puede observar, además, que la falta de una teoría social compleja y la factorización de procesos, proveen una simplificación despolitizadora a la perspectiva de la Comisión. La ausencia de una discusión compleja es notoria, ya que se simplifica para proponer fórmulas que no afecten el orden social en sus determinaciones más profundas (González, 2009).

¿Es el Estado el único responsable de resolver las desigualdades en salud?

Preguntarnos por el Estado moderno y sus capacidades reales de intervención en materia de salud en vista de los actuales acontecimientos mundiales es una cuestión válida dados los contrastantes indicios que han surgido como resultado de la pandemia del virus Covid-19 (*cf.* Wallace, 2020). No se trata de evaluar la capacidad y pertinencia del Estado conceptualmente hablando como lo

hacen autores liberales. La mayoría de las críticas liberales (Friedman, 1988; Hayek, 2000) de los extremistas del libre mercado se hacen con retóricas limitadas y reduccionistas, además carecen de rigor de fondo. Tampoco es cuestión de calificar al gobierno en turno, ni de valorar la política institucional.

Por el contrario, la crítica va dirigida a la actual conformación del Estado, no a la idea de Estado en sí misma ni a su institucionalidad específica. Es probable que responsabilizar al Estado de objetivos que en realidad no puede ejecutar porque carece de atribuciones reales y efectivas forma parte de la simulación institucional capitalista que funciona para regular el conflicto social (Santos, 1998a). ¿El actual modelo de Estado liberal y asistencialista servirá para el propósito superlativo de subsanar las desigualdades en una generación” tal y cómo está propuesto por la comisión?

La reciente configuración liberal-asistencialista de la mayor parte de los Estados modernos carece de los recursos y la planeación para llevar a cabo una acción sostenida contra las inequidades en salud tal y como lo plantea la comisión. No sólo se trata de un problema económico en el sentido más general del término (referido a la carencia de recursos y a la mala administración pública) sino de toda una falta de capacidad de origen creada por la actual configuración de las sociedades capitalistas que basa gran parte de su funcionamiento en la autorregulación de las superpoblaciones (*cf.* Foucault, 1979; 1996).

En ese contexto “atomizar” e “individualizar” (Foucault, 1979; 1984; 1990) los problemas en salud es más que una simple ideología ocultadora de las relaciones de poder, es toda una estrategia sociopolítica para impulsar la autorregulación en

salud de las poblaciones, para hacer de los individuos (de todos y de cada uno) los primeros vigilantes de la norma (Foucault, 1975; 1979; 2000) de salud, de su propia salud.

La capacidad real de los servicios de salud de los países (incluso los de altos ingresos) parece estar ajustada de tal forma que se apuesta porque la mayoría de la población no requiera de los servicios al mismo tiempo y esto solamente hablando de atención a la salud, así lo ha demostrado la actual pandemia del covid-19 (*cf.* Wallace, 2020). Incluso los sistemas de salud europeos se han visto rebasados por la pandemia y han tenido auténticas crisis de ocupación hospitalaria (Wallace, 2020). En ese mismo sentido, lo que ha sucedido en Estados Unidos ha demostrado de manera indirecta la ineficiencia de los sistemas privados para atender este tipo de problemas de salud, siendo uno de los países que ha tenido una de las peores gestiones de la pandemia teniendo en cuenta la cantidad de recursos que posee. Por el contrario, Dinamarca un país que ha sido “acusado” por EU de tener políticas “socialistas” (González, 2018) ha tenido una mucho mejor gestión de la crisis, siendo uno de los pocos países que casi no se han visto afectados (Makooi, 2020).

Los sistemas de salud de muchos Estados nación modernos aparentemente no han podido resolver de manera efectiva un problema de salud emergente que se suscita en el estrato más superficial de la capacidad de la respuesta social organizada y que en teoría debería ser contenida con relativa facilidad puesto que no es la primera vez que la humanidad enfrenta una pandemia. La capacidad de atención de los hospitales ha resultado escasa y los confinamientos parecen ser un intento de los Estados nación de ocultar las capacidades limitadas de los sistemas de salud.

Es decir, si los Estados modernos, incluso los Estados de los países de altos ingresos han demostrado que sus sistemas de salud pueden colapsar con relativamente muy pocos enfermos (*cf.* Wallace, 2020) (tomando como proporción a su población total) ¿Cuál es el fundamento para pensar que se pueden crear mecanismos para reestructurar desigualdades (que son de fondo); y resultado de complejos procesos sociales, mucho más que una pandemia?

Pretender que el Estado puede ejercer acciones en contra de las desigualdades para aliviar las inequidades en salud es pedir demasiado al actual diseño liberal de las instituciones públicas. Los intentos constantes por parte de los Estados incluso aquellos con economías de altos ingresos por justificar la saturación de los servicios de emergencia, de hacer parecer como algo racional las limitaciones de los servicios es injustificada toda vez que se reporta la cantidad de lugares y capacidades de los servicios (Wallace, 2020). ¿Por qué los servicios de salud sólo tienen cientos de lugares en terapia intensiva para una población de decenas de millones de personas? ¿Cómo es posible que un virus de tan sólo un 10 % de mortalidad y un índice de contagio del doble de la gripe común, pueda colapsar servicios de salud, requerir de confinamientos generales y prolongados y poner en riesgo la economía mundial? (*cf.* Wallace, 2020).

La comisión afirma que “los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.” (CDSS, 2009:1). También se asevera que hay falta de voluntad política para impulsar cambios sustanciales en las inequidades en salud.

No se trata de falta de voluntad política sino de auténtica incapacidad estructural de origen debido al diseño mismo del Estado. Se podrán hacer extraordinarias reformas incluyentes, pero sin mecanismos, procedimientos e instituciones con atribuciones suficientes no se podrá realizar cambio alguno y mucho menos si no se pueden señalar a los auténticos responsables, en este caso los poderes económicos regionales y mundiales que quieren establecer sus propias leyes de facto, con o sin la aprobación de los Estados.

¿La “mala salud de los pobres” se mantiene solamente por políticas públicas deficientes y una mala gestión política?

La comisión indica que “el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios” (CDSS, 2009:1). Aunque la comisión va mucho más allá de los planteamientos de la epidemiología clásica ya que admite que lo social no es un factor lineal sino una meta causa que define, en última instancia, las diferencias en los resultados en materia de salud entre los países; su reconocimiento todavía está condicionado por una simplificación ideológica. Pese a ello es importante reconocer la trascendencia de un planteamiento como ese en un espacio sociocultural que todavía está dominado por concepciones simplistas, pragmáticas y biológicas. La salud no está determinada de manera lineal o causalista como se llega a concebir en ciertos saberes del sentido común (*cf.* Breilh, 2003).

También se aclara que “las consiguientes injusticias (...) afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible” (CDSS,

2009:1). Esa afirmación es importante porque en el mundo actual los saberes culturales de sentido común suelen acusar a las teorías críticas de ocuparse de problemas abstractos que no tienen referencias concretas. La comisión en oposición afirma que las desigualdades y sus efectos se pueden observar directamente en los resultados en materia de salud y que, realmente, no son entramados invisibles y complejos; difíciles de interpretar e intervenir. Algunos autores liberales podrían argumentar que no hay relación causal directa entre los fenómenos de la realidad que se caracterizan como desigualdad y la desigualdad como concepto crítico. Por el contrario, la comisión afirma que las evidencias emergen de manera inmediata, con una mínima inspección rigurosa de las variables. Es decir, las inequidades en salud tienen una dimensión estadística clara y no se necesita del desciframiento de una teoría sociológica complicada para comprender la manera en que las desigualdades operan.

De nuevo aparece la cuestión de los datos que emergen en cuanto se examinan y se auto demuestran como una evidencia ineludible que no requiere de ningún desciframiento ideológico o teórico. Los datos de la realidad objetiva están ahí y simplemente hay que extraerlos y mostrarlos; hablan por sí mismos como si de signos de lo real se tratasen (Foucault, 1970). En estas apreciaciones sigue estando presente la necesidad de validación ideológica del conocimiento “científico” al establecer que se ha producido un conocimiento puro libre de ideología (Bourdieu, 1999).

Los principales indicadores de la desigualdad según la comisión son el” acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, (...) la posibilidad de tener una vida próspera” (CDSS, 2009:1).

En suma, son las condiciones de vida en general lo que determina la posibilidad de una existencia saludable, también así definida por el pacto por los derechos sociales. Ya desde entonces se reconocía la importancia del cumplimiento de los derechos sociales en la construcción de la prosperidad, dignidad y sanidad de todos los sujetos de una sociedad y estas cuestiones están intrínsecamente ligadas en estas perspectivas (ONU, 1966; OEA, 1988).

El reconocimiento de una problemática no implica necesariamente acciones gubernamentales; de ahí que en los hechos muchos gobiernos no han tratado de garantizar estos derechos sociales de manera efectiva. Lo que en realidad han hecho es recurrir a eufemismos, redefiniciones y delegación de responsabilidades a otras instancias para cumplir únicamente con lo escrito de maneras parciales, indirectas y simuladas sin atender a la profundidad de los compromisos que como entidades públicas han adquirido con las poblaciones. En el actual sistema mundo capitalista (Wallerstein, 1979; 2005; 2007) muchos Estados han interpretado que la mejor política posible para mejorar las condiciones de vida es no tener políticas en absoluto, salvo las necesarias (en un sentido económico administrativo) y las asistencialistas.

En nuestro país muchas políticas públicas en salud ya tienen un enfoque asistencialista, lo que está apartado de los principios de universalidad consagrados en las leyes generales. Estos principios se mezclan indistintamente con acotaciones y especificaciones que restan sus posibilidades de aplicación. De ahí que, aunque en el artículo 4 constitucional se declare que “toda persona tiene derecho a la protección a la salud” (DOF, 1917) en las leyes específicas (DOF, 1984) en las modalidades de acción, en los programas de gobierno

y en la acción institucional y sectorial se van acotando las posibilidades reales de ese derecho.

Las instituciones públicas llevan a cabo un cumplimiento fragmentario de los objetivos, por lo que puede decirse que las actuales políticas de salud (en los hechos) operan parcialmente al mismo tiempo que simulan cumplir sus objetivos en un sentido general. E incluso se cree que la buena administración pública consiste en cumplir con metas mediante presupuestos y atribuciones limitadas. Esta situación no tiene nada que ver con los gobiernos de turno, este diseño institucional es de alta densidad histórica y tiene como objetivo directo inhabilitar o limitar directa o indirectamente los servicios públicos para así impulsar la resolución de los problemas de salud mediante el libre mercado.

La solución no pasa por cambiar de gobierno ni por reformar el Estado (Santos, 1998b) (para darle más atribuciones), sino por transformar la totalidad de la sociedad en un sentido profundo. Una cuestión compleja sin duda ya que no sólo el gobierno es liberal capitalista, la sociedad también lo es y reestructurar todo el orden de procesos para lograr un cambio sostenido requiere de una transformación más compleja y una organización mayor.

Pese a que los liberales suelen argumentar que la pobreza de las pasadas etapas históricas ha sido superada gracias al capitalismo liberal (*cf.* Friedman, 1988; Hayek, 2000), la evidencia demuestra que alentar las inversiones, la productividad y el crecimiento de la economía, la libre elección y la creación de productos y servicios en el libre mercado no ha repercutido en un mejoramiento sustancial de las condiciones de vida de la población, sino que, por el contrario, se ha condensado, diversificado y complejizado la desigualdad. En

consecuencia, se ha desvirtuado el papel regulador del Estado debido al crecimiento descontrolado e irracional del mercado: “el crecimiento por sí solo, sin políticas sociales adecuadas que aseguren que sus beneficios se reparten de forma relativamente equitativa, contribuye poco a la equidad sanitaria.” (CDSS; 2009:1). Algunos autores liberales incluso llegan a afirmar que la mejor regulación estatal es la no regulación estatal (Friedman, 1988).

Ante esta ideología liberal que aparece de forma generalizada en los más diversos grupos de la sociedad a escala global cabría preguntarse: ¿por qué la comisión propone una intervención estatal de esa naturaleza y amplitud en un conjunto de sociedades “liberales” donde se cree que la intervención del Estado en materia de resolución de desigualdades es de fondo ilegítima ideológicamente?

Si bien es cierto que las sociedades capitalistas son tolerantes con las políticas públicas asistencialistas e incluso en algunos países, con políticas universales referidas a la salud y a la educación; en el fondo desaprueban cualquier acción gubernamental que impulse la creación de algún tipo de igualdad forzada y artificial. Estas cuestiones necesariamente llevan a cuestionarse el carácter construido de la realidad social. Si puede haber una igualdad forzada y artificial, también puede existir una desigualdad con las mismas características, que además esté impuesta políticamente y justificada ideológicamente como efectivamente sucede en el capitalismo.

Es más, la comisión dice que “esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural» sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arre-

glos económicos injustos y una mala gestión política” (CDSS, 2009: 1). Pese a que se mencionan los “arreglos económicos injustos” no se especifica con suficiente precisión entre quienes son esos arreglos económicos, en qué ámbitos y de qué maneras. No se menciona tampoco ningún caso que ejemplifique en qué consisten.

Sin embargo, como se puede constatar en el documento la comisión señala con mucha agudeza en varias ocasiones que la desigualdad es resultado de políticas deficientes y mala gestión política. En tanto que ambas cuestiones son atribuciones del Estado la comisión responsabiliza fundamentalmente a éste de los malos resultados en salud lo cual a primera vista puede parecer una conclusión válida, sin embargo, con esas premisas que excluyen a los poderes económicos y culturales no se puede tener un panorama completo de la situación.

No obstante, es interesante observar que el discurso de la comisión oscila entre afirmaciones simplistas y argumentos que parecen tener una profundidad mayor. Sin embargo, las conclusiones y propuestas no reflejan la profundidad de muchos de los enunciados, por ejemplo: “Las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre distintas sociedades” (CDSS; 2009:2). Pese a que se haga alusión a la “organización de la sociedad” esta se presenta solamente de una manera superficial refiriéndose a fenómenos de lo aparente real sin problematizar la estructuración de las desigualdades de base. Asimismo, no se propone en ningún momento una nueva organización de la sociedad sino intervenciones redistributivas: “la inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que la genera.

La inequidad alude al carácter y modo de ser de una sociedad que determina el reparto y acceso desiguales (desigualdad social), que es su consecuencia” (Torres, 2008:139).

Es el modo de ser de una sociedad (Castoriadis, 1975) y no sus procesos específicos visibles en las interacciones sociales inmediatas los que determinan las desigualdades de base: “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” (Torres, 2008:123).

Esta manera de enfocar el problema por parte de la comisión tiene implicaciones importantes, primero se atomiza, fragmenta y oculta el origen estructural de las desigualdades que son producto de procesos económicos, políticos e ideológicos de distintos dominios, extensiones y tesis y que tienen como fundamento de sus procesos operar con base a la apropiación del trabajo ajeno, la privatización de las ganancias y la polarización de las diferencias. Las desigualdades son la síntesis de los antagonismos y las contradicciones económicas, políticas e ideológicas que se expresan en diversas formas de explotación, exclusión y subordinación (López, et al, 2008)

También por medio de esta simplificación del problema de las inequidades en salud de manera indirecta se afirma que las desigualdades son solamente un problema de voluntades políticas y no un problema económico estructural e incluso del sistema económico mundial. Por ello la meta de la comisión no es alcanzable ni razonable ya que no es posible “subsanan las desigualdades en una

generación” sino se ha hecho un auténtico diagnóstico del problema.

Las acciones propuestas más que ser atenuantes (*cf.* González, 2009) son en realidad un nuevo tipo de asistencialismo estatal más diverso y complejo que en el mejor de los casos probablemente será usado para regular el conflicto social (Santos, 1998a) y validar el actual orden económico internacional (*cf.* Wallerstein, 1979; 2005; 2007). Los procesos propuestos no tienen como objetivo transformar las relaciones sociales ni establecer nuevas pautas de distribución del poder y recursos, sino que se planea intervenir una vez que ya se ha producido la desigualdad.

La racionalidad de una política redistributiva de ese tipo que ve a las desigualdades como productos acabados del sistema social. Con ello se corre el riesgo de impulsar intervenciones limitadas con metas incompletas. Con objetivos parcelarios solamente se lograrán mejoras fragmentarias que se presentarán como resultados aceptables, aunque sean mínimamente representativos de una mejora sustancial. Pese a ello, es probable que, los grupos de poder declararán que se está haciendo una mejor distribución del poder y los recursos. Con un diagnóstico incompleto el peligro de recurrir a la simulación en este tipo de intervenciones será frecuente, pues no es posible que con este enfoque recortado las desigualdades sean disminuidas de forma sustancial, mucho menos resueltas.

El Estado moderno liberal asistencialista que predomina en nuestro país aún conserva rasgos del contractualismo (Santos, 1998b) surgido de la revolución y su pacto sociocultural está todavía concentrado en la actualmente reformada constitución. Aunque no puede ser considerado como un régimen de bienestar con políticas públicas fuertes, todavía operan servicios y empresas pú-

blicas de gran importancia. Desde la década de los 80 el gobierno mexicano ha impulsado reformas estructurales para liberar la economía. Estas reformas tienen su origen tanto en los macro poderes económicos mundiales, así como en la burocracia internacional. El actual gobierno mexicano que se ha declarado en contra de esas políticas ha sorteado numerosas dificultades en su proyecto de nación, la misma situación han enfrentado otros gobiernos progresistas en la región, lo que demuestra que los gobiernos alternativos que se oponen a la organización global capitalista liberal no pueden ejercer de forma efectiva su poder ni siquiera en su territorio.

El Estado moderno actualmente es objeto de una metaforización irracional en el sentido de que se le adjudican poderes y atribuciones que en realidad no posee únicamente con el propósito de responsabilizarlo de todos los problemas sociales. Y contradictoriamente se le cuestiona por problemas que son generados precisamente por impedir su acción. En ese mismo tenor, al Estado se le acusa de una mala administración pública al mismo tiempo que se le exige que libere bienes públicos para entregarlos al libre mercado.

El poder estatal de las naciones a escala global ha sufrido una transformación y ha cedido gran parte de su influencia a los mercados internacionales y a la política internacional. El orden societal de la sociedad civil (Samaja, 2004) es el que actualmente se está conformando como el poder de poderes del sistema mundo capitalista (Wallerstein, 1979; 2005; 2007). La preponderancia de las empresas transnacionales y la burocracia internacional (conformada de manera desigual ya que los países con mayores recursos también tienen mayor influencia) tiene cada vez una importancia mayor en la toma de decisiones a nivel mundial. De hecho, estas entidades tienen ya la capacidad fáctica

real de imponer programas de intervención entre naciones y poco a poco su influencia se expande a situaciones cada vez más específicas.

Si bien es cierto que todavía es posible hablar de malos gobiernos por muchas razones válidas, en ocasiones parece ser que el “terrible Estado nación autoritario, populista y despilfarrador” al que tanto temen los liberales (cfr. Friedman, 1988; Hayek, 2000) en muchos casos no es más que una ficción para responsabilizar a éste de manera unilateral de los problemas económicos y sociales que produce el libre mercado y sus agentes más influyentes a escala global.

Es necesario insistir que actualmente opera una reorganización conformada por un bloque de superpotencias que desmonta la antigua configuración de los Estados-nación con la finalidad de imponer una subordinación de toda entidad al mercado internacional (López, et al, 2008).

Conclusiones ¿Determinantes sociales desde una perspectiva crítica?

El texto de la comisión parece tener una conformación argumental sólida de tal manera que por momentos parece un legítimo reconocimiento de las meta-causas de las inequidades en salud. Sin embargo, las estrategias discursivas a las que recurre demuestran que su compromiso con el orden social vigente es manifiesto. Además, todavía se aferra a insertarse en la validación ficcionaria del progreso capitalista por medio del discurso científicista.

Referencias bibliográficas

Bourdieu, P. (1999). *El oficio del sociólogo*. México: Ed. Siglo XXI, 424.

Pese a que “La Comisión tiene una visión global de los determinantes sociales de la salud” en su lenguaje podemos observar algunas acotaciones ideológicas. Por ejemplo, la comisión habla de “la mala salud de los pobres” (CDSS. 2009), como si al identificar el problema en unas personas específicas se particularizara un problema que es más general, en este caso la desigualdad. No es la mala salud de los pobres lo que debe combatirse, sino la mala salud producida por la pobreza, que es un producto directo de la desigualdad.

No obstante, no se podría afirmar tajantemente que la ausencia de una mirada compleja en los señalamientos de la Comisión sea un asunto meramente ideológico. Pero la simplificación de los temas de fondo y los nuevos planteamientos disfrazados de contenido crítico muy probablemente transitan hacia la perpetuación del orden social actual y las intervenciones propuestas van en el sentido de “perfeccionar” al capitalismo, al formular nuevas formas de regulación del conflicto ajustadas a la realidad del capitalismo global actual.

Por último, hay que decir que una reflexión intelectual sobre las desigualdades requiere que el análisis de los aspectos claves se realice (necesariamente) desde una postura desligada de todo compromiso con los centros de poder y sus intereses ideológicos. De lo contrario, todo cuestionamiento será marginal y podrá ser fácilmente absorbido por la racionalidad del orden dominante.

Breilh J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Argentina: Lugar Editorial/Universidad Nacional de Lanús, 76-92.

- Castoriadis, C. (1975). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets, 584.
- Castoriadis, C. (1995). “La democracia como procedimiento y como régimen” (Ponencia). Encuentro internacional *La strategia democratica nella società che cambia*. Roma: Datanews, Via S. Erasmo 15, 00184.
- Castoriadis, C. (1996). *Dominios del Hombre: Encrucijadas del laberinto II*. Ed. Gedisa: Argentina, 256.
- Chalmers A. (2001). ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? Una valoración de la naturaleza y el estatuto de la ciencia y sus métodos. México: Siglo XXI, 246.
- CDSS (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud) (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Avanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen Ejecutivo*. Ginebra, Suiza: OMS, 40.
- CDSS (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud) (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Avanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final*. Ginebra, Suiza: OMS, 260.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 5 de febrero de 1917. Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 7 de febrero de 1984: Ley General de Salud.
- Foucault, M. (1970). *Marx, Nietzsche, Freud*. Madrid: Anagrama, 64.
- Foucault, M. (1971). *Las palabras y las cosas: Una arqueología de las ciencias humanas*. México: México Siglo XXI, 375.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y Castigar*. Madrid: Siglo XXI, 328.
- Foucault, M. (1976). “Curso del 14 de enero de 1976”. En: Foucault, M. (1994). *Microfísica del poder*. México: Planeta, 139-152.
- Foucault, M. (1979). “Nacimiento de la biopolítica”. En Gabilondo, A. (1999) *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós, 209-215.
- Foucault, M. (1984). “La ética del cuidado de uno mismo como práctica de libertad”. En Foucault, M. (1994) *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: La Piqueta, 105-142.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós, 152.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Argentina: Ed. Museo de Buenos Aires, 220.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica, 350.
- Friedman, M. (1988). *Libertad de elegir*. Barcelona: Ed. Orbis, 338.
- González, R. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Medicina Social/Social Medicine, 135-143.
- González, M. (2018). Dinamarca responde al informe de EEUU que habla de su error por abrazar el socialismo: “Sí, pagamos bastante en impuestos... pero obtenemos mucho a cambio”. Infolibre noticias. https://www.infolibre.es/noticias/mundo/2018/10/30/dinamarca_responde_informe EEUU que habla del error abrazar socialismo si pagamos bastante impuestos pero obtenemos mucho cambio_88298_1022.html (consultada el 15 de febrero del 2021).
- Hayek, F. (2000). “Friedrich Von Hayek. De la servidumbre a la libertad”. En: Santa Cruz, L. (coord.) *Conversaciones con la libertad*. Santiago de Chile: Ed. El Mercurio, 300.
- Hoyos, D. (2008). “Elementos para una teoría de la justicia: una comparación entre John Rawls y Amartya Sen”, *Desafíos*, vol. 18: 156-181.
- Institute of health equity. (2021). Resource reports. <https://www.instituteoftheequity.org/resources-reports> (consulta el 15 de julio del 2021).
- Kuhn, T. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Ed. FCE, 321.
- Linares, N. y López, O. (2008). “La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva”,

- Revista Temas y debates*, vol. 3, Núm. 3: 247-259.
- López, O.; Escudero, J. y Carmona, L. (2008). “Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES”, *Revista Temas y debates*, vol. 3, Núm. 4: 323-335.
- Lizcano, E. (2009). Ciencia e ideología. http://webs.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/C/ciencia_ideologia.htm (consulta 19 de febrero de 2021).
- Makooi, B. (2020). Dinamarca: ¿excepción europea ante el Covid-19? France 24 noticias. <https://www.france24.com/es/20200413-dinamarca-excepcion-europa-covid19-coronavirus-cuarentena> (consulta 21 de febrero del 2021).
- Marmot, M. y Allen, J. (2014). “Social determinants of health equity”, *American Journal of Public Health*, Supplement 4, vol. 104, Núm. S4: S517-S519.
- Morales, C.; Borde, E.; Eslava, J. y Concha, S. (2013). “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”, *Revista de salud pública*, vol.15, Núm. 6: 797-808.
- OEA (Organización de Estados Americanos). (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador.
- ONU (Organización de Naciones Unidas). (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Popper, K. (1982). *Conocimiento objetivo*. Madrid: Ed. Técnos, 15-40.
- Rawls, J. (1997). *Théorie de la justice*. Paris: Ed. Seuil, 99-116.
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI editores, 200.
- Sader, E. (2003) *La venganza de la historia. Hegemonía y contrahegemonía en la construcción de un nuevo mundo posible*. México: Editorial Era, 21-95.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Ed. Lugar, 248.
- Santos, B. (1998a). *De la mano de Alicia*. México: Siglo del Hombre Editores, 234.
- Santos, B. (1998b). *Reinventar la democracia, reinventar el Estado*. España: Sequitur, 102.
- Sen, A. (1995). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Ed. Alianza, 224.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Ed. Planeta, 105-150.
- Torres, M. (2008), “Los determinantes sociales de la salud y la acción política”, ponencia, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, ALAMES, Medicina Social (www.medicina-social.info) volumen 4, número 2, junio 2009 México, D.F. <http://www.alames.org/eventos/materiales-tallerdeterminantes-sociales/>
- Wallace, A. (2020). Coronavirus: qué capacidad tienen realmente los países de América Latina para hacer frente a la epidemia de covid-19. BBC News mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51916767> (consulta 1 de febrero del 2021).
- Wallerstein, I. (1979). *El moderno sistema mundial tomo I*. México: Siglo XXI Editores, 640.
- Wallerstein, I. (2005). *Análisis de sistemas-mundo. Una introducción*. México: Siglo XXI Editores, 153.
- Wallerstein, I. (2007). *Geopolítica y geocultura. Ensayos sobre el moderno sistema mundial*. Barcelona: Kairos, 336.