

Determinantes o determinación social en la comprensión de la salud-enfermedad. Una reflexión necesaria

Jorge Ignacio Sandoval Ocaña* • Susana Martínez Alcántara**
Edgar Carlos Jarillo Soto***

RESUMEN

En la actualidad diversos análisis sobre la salud y la enfermedad remiten al concepto de determinantes sociales, principalmente desde el planteamiento resultado de la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud, pero en muchas ocasiones se pasa por alto la noción de Determinación Social de la Salud-Enfermedad proveniente de la perspectiva crítica latinoamericana. El objetivo de este trabajo es realizar un análisis comparativo de los conceptos de determinantes sociales de la OMS y el de determinación social de la medicina social/salud colectiva. Se reconoce un avance en la propuesta de la OMS al abordar los determinantes sociales pero se señalan sus limitaciones a partir de su posicionamiento político-ideológico; se identifican los orígenes de la postura latinoamericana sobre la determinación social del proceso salud enfermedad y se revisa el sentido de lo colectivo y lo social desde la perspectiva de la salud colectiva. Aquí se plantea al trabajo como actividad determinada y determinante que configura perfiles de morbimortalidad junto con las condiciones de vida, y como un fenómeno que tiene que ser revalorado desde la salud colectiva, dados los cambios observados en los últimos años.

A diferencia de los factores de riesgo propios de la concepción biomédica, la salud colectiva parte de una concepción compleja que reconoce la determinación histórica de los procesos, sobre todo a nivel de los grupos humanos, superando la visión individualista o simplemente gregaria. Se concluye que el concepto de determinación social de la medicina social/salud colectiva es más pertinente para comprender la dinámica de la salud-enfermedad de las poblaciones.

PALABRAS CLAVES: Determinantes Sociales de la Salud, OMS, Medicina Social-Salud Colectiva.

* Doctorante del programa en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Profesor de Tiempo Completo de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). jorgisao@unam.com

** Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara. Coordinadora y Profesora-Investigadora de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores de la Universidad Autónoma Me-

tropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Profesora invitada de la Universidad Autónoma de Querétaro en la Maestría en Psicología del Trabajo.

*** Doctor en Sociología por la Universidad de Barcelona. Profesor-Investigador de la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la UAM Unidad Xochimilco.

Fecha de recepción: 24 de junio de 2020.

Fecha de aceptación: 18 de agosto de 2020.

Determinants or social determination in the understanding of health-disease

ABSTRACT

Currently, various analyzes of health and disease refer to the concept of social determinants, mainly from the approach resulting from the Commission on Social Determinants of the World Health Organization, but on many occasions the notion of Social Determination is overlooked. of Health-Disease from the Latin American critical perspective. The objective of this work is to carry out a comparative analysis of the concepts of social determinants of the WHO and that of social determination of social medicine / collective health, an advance in the WHO proposal is recognized when addressing the social determinants but they are pointed out its limitations based on its political-ideological position; The origins of the Latin American position on the social determination of the health-disease process are identified, and the meaning of the collective and the social from the perspective of collective health is reviewed. Here, work is considered as a determined and determining activity that configures morbidity and mortality profiles together with living conditions. Unlike the risk factors typical of the biomedical conception, collective health starts from a complex conception that recognizes the historical determination of processes, especially at the level of the community, overcoming the individualistic or simply gregarious vision. It is concluded that the concept of social determination of social medicine / collective health is more pertinent to understand the dynamics of health-disease in populations.

KEYWORDS: Social Determinants of Health, WHO, Social Medicine-Collective Health

Introducción

A dos décadas del año 2000, cuando se esperaba haber cumplido con la meta de «salud para todos» establecida en la declaración de Alma-Ata en 1978¹, no solamente quedó en una aspiración por alcanzar, sino que, peor aún, la situación de acceso a la atención de la salud sigue agravándose para la mayoría de habitantes del mundo² (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En esa declaración, no obstante la diversidad de participantes, se logró reconocer a la situación de la salud-enfermedad de los pueblos no restringida a las acciones, o la falta de ellas, en el terreno exclusivo de las instituciones sanitarias o el actuar de los profesionales de la medicina. De manera más o menos explícita se planteó que las condiciones económicas, políticas y sociales determinan la salud enfermedad de los distintos grupos humanos.

Ante el incremento considerable de los problemas de salud-enfermedad como resultado del abandono de los gobiernos de parte de su responsabilidad de garantizar las condiciones mínimas para la salud de la población, resultado de la implementación del modelo neoliberal en la década de los 90

¹ La conferencia instó a la OMS y a UNICEF, como coordinadores, a alcanzar esa meta como prioritaria de la aplicación del modelo de Atención Primaria en Salud, en cierta medida motivada por el Informe Ladonde de 1974.

² La pandemia de SARS-Cov 2, como una emergencia sanitaria, al 3 de agosto reporta más de 17.8 millones de casos en el mundo (WHO, 2020).

del siglo XX (Laurell, 2014; González, 2015), y en consonancia con la presión social ejercida por los sectores críticos de algunos países de Latinoamérica, en 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó una comisión especial con la misión de poner en el centro del análisis la importancia de las relaciones sociales y otros aspectos relacionados con influencia en la salud de las poblaciones y en los sistemas de salud de los países.

Así, se conformó la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud con 20 expertos de distintos países y con la presidencia del epidemiólogo británico Michael Marmot (Medicina social, 2009). Esto ocurrió sin que, a juicio de Acero, Caro, Henao, Ruiz y Sánchez (2013), los aportes de la medicina social latinoamericana no fueran considerados con suficiencia por la Comisión de la OMS.

Múltiples vertientes resultan importantes al crearse esa Comisión, entre ellos destaca que la OMS finalmente tomó una posición al reconocer a los servicios de salud y las intervenciones de la medicina solamente como uno de los elementos que influyen sobre la salud de las poblaciones y reconoce la existencia de otros elementos para explicar la salud enfermedad, entre ellos las condiciones sociales y económicas bajo los cuales viven las colectividades humanas.

En un sentido, el reconocimiento de la OMS de los «determinantes sociales» puede parecer un avance importante en las conceptualizaciones sobre las posibles razones de la salud de las colectividades, principalmente las más desprotegidas, mucho más si se compara con las posturas impulsadas por el Banco Mundial en 1993 en su Informe sobre el Desarrollo Mundial (Banco Mundial, 1993). En ese informe, después de un balance parcial sobre las condiciones de salud de distintas

sociedades, se plantea que a pesar de las existencia de desigualdades importantes en indicadores como la esperanza de vida y el comportamiento de algunos padecimientos, finalmente había avances significativos en materia sanitaria y la forma efectiva de enfrentar los problemas no resueltos era incentivar el gasto en salud, fundamentalmente a partir de mayor participación de los servicios privados en su provisión, dejando de lado el objetivo de la prestación de servicios sanitarios como responsabilidad del Estado para amplios sectores de la sociedad con carencia de algún acceso a los servicios de salud. El Estado debería ser desfinanciado y desarticulado. Así la subsidiariedad de mayores recursos públicos dirigidos al sector privado hace su entrada triunfal como espacio importante para el mercado rentable.

Visto así el asunto, parece atractiva la idea de reconocer los trabajos de la Comisión de la OMS sobre determinantes sociales como un avance significativo a nivel mundial en el diagnóstico y las propuestas de solución a los problemas de salud-enfermedad en el mundo; no obstante, es necesario detenerse en algunos puntos porque a partir de un enunciado valioso existen interpretaciones divergentes fundamentales.

Determinantes sociales o determinación social

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) creada en el año 2005 y el reporte donde dan a conocer al mundo sus conclusiones se presenta en 2008. Sin embargo, un antecedente fundamental es la Declaración de Alma Ata en 1978, en ella se encuentran los gérmenes de ideas básicas tales como: la salud para todos, el reconocimiento de las condiciones sociales y económicas en la configuración del estado de salud de los países y la explicitación de la obligación

de los gobiernos en el cuidado de la salud de sus respectivas poblaciones (Organización Mundial de la Salud, 1978).

En esa perspectiva histórica puede concluirse que lo plantado por la CDSS en su informe de 2008 no constituye el primer esfuerzo ni el más comprometido con la salud de los pueblos.

Si bien la concepción de la influencia, el condicionamiento, o la determinación de las condiciones sociales sobre la salud y la enfermedad representan una idea refrescante en contraste con las concepciones biológicas, medicalizadas, individualistas y mercantilizadas imperantes en el mundo dentro del pensamiento sobre la salud enfermedad, la perspectiva de los determinantes sociales de la OMS significa un referente de suma importancia, y aún con las limitaciones en el reconocimiento por los organismos oficiales, no puede dejarse de lado al tratar el tema. Ese referente a su vez se cimienta en otro: la determinación social de la salud, una propuesta formulada desde los años setenta del siglo pasado en algunos países latinoamericanos, Breilh (2013) la denomina «epidemiología crítica latinoamericana», la cual ha nutrido múltiples debates, aproximaciones empíricas, constitución de grupos académicos y referente para acción social y políticas públicas (Waitzkin, Iriart, Estrada y Lamadrid, 2001).

Para la OMS los determinantes sociales se entienden como:

«las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias están moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos en los niveles local, nacional y mundial, sobre los cuales influyen las decisiones económicas y políticas. Los determinantes sociales de la

salud son, en su mayor parte, responsables de las inequidades en salud. Este término es una manera sencilla de incluir los esfuerzos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que determinan las condiciones de vida *de las personas*.» (Organización Mundial de la Salud, 2011:44).

Según el informe de la CDSS de la OMS, los determinantes sociales de la salud son, en esencia, la conjunción de determinantes estructurales y condiciones de vida. Los primeros se refieren al conjunto de condiciones políticas, económicas, sociales y medioambientales que determinan la salud; los segundos, también conocidos como determinantes intermedios, son las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud. Un objetivo prioritario dentro de la propuesta de la OMS es lograr la equidad en las políticas, sistemas y programas sanitarios; el informe lo plantea de la siguiente manera:

«Los fundamentos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud se basan en tres temas amplios. En primer lugar, es un imperativo moral reducir las inequidades en salud. En segundo lugar, es fundamental mejorar la salud y el bienestar, promover el desarrollo y alcanzar las metas de salud en general. En tercer lugar, es necesario actuar sobre una serie de prioridades sociales –además de la misma salud– que depende de una mayor equidad en salud.» (OMS, 2011:2).

Sin embargo, un problema de fondo es que en 2008, en el resumen del informe final, cuando se plantea subsanar las desigualdades sanitarias en una generación se reconoce explícitamente que eso es una aspiración, no una predicción.

Referirse a los determinantes sociales de la salud enfermedad no resuelve por sí mismo la manera de explicar el origen o las causas de la salud y la enfermedad de las colectividades. Para comprender cómo lo «social»³ interviene y participa en la determinación de los procesos, existen varios modelos conceptuales que incluyen en sus discursos los aspectos sociales (Almeida-Filho, 2013), con la pretensión de subsanar la carencia o insuficiencia de explicaciones en la comprensión de cómo aquello enunciado como «social», influye, determina, condiciona, o causa todo tipo de fenómenos, en donde está involucrado el ser humano y sus distintas formas de organización y relación, y por lo tanto la salud y la enfermedad. En muchas ocasiones algunas posturas teóricas suponen suficiente mencionar la palabra «social» para asumir la intervención de esa dimensión en la salud enfermedad, y pasan por alto el encuadre epistemológico y, por lo tanto conceptual, así como las implicaciones políticas que dan contenido y sentido al concepto de determinación social.

Las posturas teóricas y su entramado conceptual posibilitan la acción social, esto es mucho más evidente en el caso de la salud enfermedad, porque en razón de las interpretaciones formuladas, se orientan posicionamientos con implicaciones directas en la política pública y en consecuencia en las posibilidades de los sujetos para su vida y desarrollo en una sociedad. Roth-Dubel (2006:85) lo aborda de la siguiente manera:

«Un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables, y por medios y acciones, que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de

actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como *insatisfactoria o problemática*».

La definición orientadora de la política pública formulada desde las instancias del Estado, implica, en último análisis, una posibilidad de incidir desde el poder público una determinada direccionalidad para la acción social. Esto no puede soslayarse porque la salud colectiva como campo de estudio, formación e intervención social, desde sus inicios ha hecho uso de categorías analíticas y conceptos de diversos modelos teóricos y desde distintas disciplinas. Algunos de los conceptos más recurrentes, a decir de Duarte (2010), y necesarios de analizar desde el punto de vista epistemológico, son lo colectivo, sociedad y estructura.

Por otra parte, los conceptos encuentran su traducción en la dimensión política y pueden ser utilizados desde una postura no convencional y crítica o desde marcos más conservadores, y ello obliga a hacer las precisiones necesarias. En casos como el presente trabajo, el análisis epistemológico, conceptual y político es imprescindible para la comprensión más integral del fenómeno, considerando con claridad los distintos niveles de análisis y los planos o dimensiones específicas del fenómeno estudiado.

Si bien no puede negarse una interacción entre lo que se puede denominar un orden natural y un orden social, es imprescindible reconocer cierto grado de especificidad de «lo social» a parte de considerarlo, también, una construcción histórica, donde el entorno del humano no es el medio ambiente tal y como se entiende desde encuadres naturalistas o ecológicos; lo social sólo es posible entenderlo desde sus marcos históricos y en este sentido, la salud y la enfermedad son, principalmente, fenómenos histórico-sociales y por lo

³ Lo social implica una discusión amplia y profunda, como una aproximación de base véase Herrera, 2019.

tanto complejos (Jarillo, 2019). Lo histórico no es solamente la ubicación de hechos o acontecimientos significativos en un momento del tiempo de existencia de la especie humana, sino como reconocimiento del cambio constante con especificidades explicativas en antecedentes o coyunturas. Por su parte la dimensión social corresponde al interjuego de estos cambios de transformación geopolítica, económica y cultural de manera dinámica y propositiva por parte de los diversos actores sociales (Quevedo y Hernández, 1994).

Lo anterior conlleva la aceptación de la vida del ser humano de forma dinámica, no estática, se distingue por mostrarse en constante transformación, con al menos cuatro grandes características: la vida del ser humano se entiende como un proceso fundamentalmente colectivo e histórico; el mundo es esencialmente contradictorio y, en consecuencia, dinámico; la realidad social se manifiesta como un fenómeno complejo, integrado e indisoluble, no obstante el reconocimiento de procesos generales, particulares y singulares, se caracteriza por compartir propiedades universales y, por último, la vida colectiva se mueve dentro de un mundo jerarquizado donde existen procesos con mayor capacidad de influencia respecto a otros, los cuales en conjunción definen la dinámica de los sucesos.

Por lo anterior, la salud enfermedad no es un fenómeno exclusivamente biológico, es un proceso sociobiológico integrado y dinámico, determinado por leyes distintas a las de la vida animal y vegetal, aun cuando algunas de ellas se expresen y expliquen cierta parte del proceso, o alguno de sus atributos. En esa perspectiva se reconoce la unidad entre lo biológico y lo social en distintos niveles, que al final implica la subordinación y determinación de lo biológico a lo social (Breilh, 1994).

No obstante la preocupación por parte de la OMS a decir de Laurell (1994), la medicina dominante se caracteriza por no revisar la pertinencia de su concepción de la salud y la enfermedad; fincada en la concepción biomédica naturalista, su interés se centra en cómo racionalizar las intervenciones biomédicas y optimizar los recursos, y lo más que se aleja de esta perspectiva biológica, es incluir dentro de su esquema causal explicativo el hecho de que determinadas condiciones de vida juegan algún papel en la generación de la enfermedad a partir del concepto «estilos de vida». Siguiendo con esta autora, al referirse al carácter social del proceso salud-enfermedad hay dos interpretaciones sobre la determinación: una señala que los procesos sociales son origen de un conjunto específico de «riesgos» o procesos deteriorantes que producen patologías a nivel biológico y psíquico a partir de factores específicos que aparecen como mediadores entre lo social y lo biológico; es decir, los perfiles de morbimortalidad particulares de las colectividades son resultante de cómo los integrantes de estas comunidades se exponen de la misma manera a esos riesgos, lo que implica que la probabilidad de morir o enfermar simplemente se incrementa. Esto hace más que patentes las desigualdades y las inequidades existentes en la salud (Lima, 2017).

Otra forma más de interpretar la determinación social, es a partir de la propuesta de la existencia de niveles de mayor complejidad superpuestos a otros de menor complejidad; esto es, en el nivel social se subsume el nivel de lo biológico y lo psíquico, ambos con menor nivel de jerarquía, no obstante su alto grado de complejidad como fenómenos particulares. Esta concepción se entiende como una determinación estructurada en donde lo social como fenómeno de mayor jerarquía contiene a lo psíquico y lo biológico. En esta perspectiva quedan superados los conceptos de riesgo o

factores de riesgo (al menos en su acepción más tradicional) como mediadores, pues asumiendo al fenómeno en su complejidad se establece un nuevo orden y una lógica y jerarquía distinta en la relación entre los niveles de mayor y los de menor complejidad.

Si bien los elementos explicativos desde la complejidad permiten desarrollar una mayor comprensión del fenómeno de la salud y la enfermedad de los individuos y los colectivos, a partir de entender que no sólo ocurre una “multicausalidad” o una relación entre variables, sino una interrelación sistémica, jerarquizada, diferenciada de un subconjunto de elementos o componentes y subsistemas con cierto nivel de organización y equilibrio, con gradaciones y mediaciones, de transformaciones de orden cualitativo que pueden derivar en procesos emergentes, donde también existen momentos de desequilibrio, de intervención azarosa, todo lo cual orienta prácticas individuales y colectivas, estructura patrones culturales y que se encuentra determinado por el gran macrosistema social configurado por sus componentes económicos, ideológicos y políticos (Sandoval, 2009; Jarillo, 2019), aún falta articulación suficiente con la perspectiva del carácter social del proceso salud-enfermedad, centrado fundamentalmente en la historicidad de los fenómenos y no sólo en su carácter natural. Por ejemplo, la historicidad de los procesos biológicos en el humano como consecuencia de la plasticidad inherente al organismo y la mente humana, que le permite responder contra y a través de sus condiciones de desarrollo. El «contra» se refiere a cómo las condiciones concretas de carácter social implican exigencias de corte psicobiológico a enfrentar, y el «a través» indica la capacidad para transformar dichas condiciones, lo que muestra la acción transformadora de las condiciones sociales de la existencia de los individuos (Laurell, 1994).

Por lo tanto, son necesarios conceptos que permitan identificar los procesos sociales no sólo de manera general, sino cómo expresión particular, donde lo social tiene la cualidad de impactar a los procesos psíquicos y biológicos, desentrañarlos sigue siendo un reto. Un concepto que puede permitir establecer los procesos de determinación de lo social sobre lo corpóreo-mental es el de desgaste, formulado por Laurell (1989:76) como: «la pérdida de capacidad efectiva y/o potencial biológica y psíquica» determinada por los rasgos de los momentos productivos y reproductivos y que favorece el desarrollo de perfiles patológicos, malestares o padecimientos de los distintos grupos sociales. Salazar (1982:15), por su parte, se refiere al desgaste «como el proceso a partir del cual se pierden sustancias vitales y se acumulan materiales nocivos, se distorsionan las estructuras biológicas y se produce un deterioro de las funciones psicofisiológicas». De acuerdo con este último autor, las maneras de configurar el desgaste junto con la reproducción, la maduración, la salud, la enfermedad y el envejecimiento, están determinadas por la forma como se realizan la producción, distribución y consumo de bienes; caracterizando este proceso como estrictamente social y al trabajo como un determinante fundamental de ese rasgo social.

En el proceso de desgaste se concreta la expresión de las condiciones de vida y de trabajo en el individuo y la colectividad: jornadas extendidas e intensivas de trabajo, niveles constantes y/o altos de estrés, insuficiente o inadecuado sueño reparador, ingesta calórica y proteínica por debajo del nivel mínimo necesario, escasos momentos para el descanso, la distracción o diversión con familia, amigos o pareja; todo ello mina el cuerpo y mente, desgasta los procesos «naturales» y saludables del organismo, exige del cuerpo y de la mente respuestas por encima de la capacidad

compensatoria, rompe el equilibrio del organismo con el entorno y del sujeto con su medio. El cuerpo, en alguno de sus órganos, aparatos o sistemas se ve alterado, cuando no es una respuesta sistémica; el funcionamiento cognitivo y las respuestas emocionales o afectivas se trastocan al ser rebasados estos ámbitos, reducidos al mínimo de su expresión posible, parcializados, separados, o manipulados al grado de tener que mostrar cierto tipo de desempeño cognitivo junto con emociones contrastantes; por ejemplo, alta atención para la ejecución de la tarea al mismo tiempo que aburrimiento por la misma. Todo ello presupone un desgaste que de inicio se puede manifestar como dolencia, malestar o sufrimiento, no necesariamente como enfermedad, pero que de continuar es altamente probable se expresará en un cuadro patológico en el organismo o en una alteración de la dinámica mental.

Para Laurell (1989), el desgaste explica de una manera diferente el fenómeno del envejecimiento entendido como un proceso natural; para entender la duración de la vida de un individuo no basta con la explicación genética que determina un tiempo preestablecido de vida de un organismo, es necesario tener en cuenta las formas cómo viven su vida y su trabajo los sujetos, lo que se expresa en el proceso de desgaste.

Desde la perspectiva de la salud colectiva, es la sociedad y los movimientos más generales de la organización, la producción y la reproducción los que aparecen como los determinantes esenciales para la comprensión del proceso salud-enfermedad (Cabezas y Feo, 1994).

De manera específica, la salud y la enfermedad desde el marco conceptual de la salud colectiva se entienden como «momentos diferenciados del proceso vital humano, en constante cambio y ex-

presión de la corporeidad humana del modo específico de apropiación de la naturaleza, bajo una determinada forma de relaciones y organización social» (López, Escudero y Carmona, 2008:323-324).

Si bien, explícitamente se asume esta postura, también es de suma importancia cuidar de no caer en lo que Yépez y Barreto (1994), denominan la absolutización de lo social, caracterizado por ser, de la misma manera que el biologismo, un enfoque unilateral y reduccionista al subestimar el papel de lo biológico en la dinámica de los procesos de salud enfermedad.

Los rasgos definitorios de la perspectiva de la medicina social/salud colectiva

La determinación social de la salud y la enfermedad, según el paradigma de la medicina social y la salud colectiva, se distingue de la propuesta de la OMS en varios de sus fundamentos. En primer lugar, Breilh (2008) planteó que desde 1979 la determinación quedó entendida como un proceso o forma del devenir por medio de lo cual los objetos adquieren sus propiedades. Un primer rasgo del enfoque latinoamericano de los determinantes es su crítica sobre el causalismo que supone la noción de conexiones causales y asociaciones externas entre factores como variables o conjuntos de riesgos aislados sin conexión, lo cual implica la actuación sobre esos posibles factores y no sobre los procesos estructurales como el cimiento sobre el cual se enraízan todas las posibles causas de la salud y la enfermedad. Esta perspectiva atraviesa por el análisis crítico de los modelos médicos y epidemiológicos que naturalizan los aspectos sociales y centran en los individuos los fenómenos grupales o colectivos, no obstante, lo aborden metodológicamente con los criterios de las ciencias sociales.

Desde la salud colectiva se estudia el proceso salud enfermedad y otros procesos vitales humanos a partir de una dimensión material, como hecho concreto, y otra subjetiva, la cual se corresponde con las formas en cómo se viven, interpretan y afrontan este conjunto de procesos desde la subjetividad de las colectividades y su expresión en los individuos (López, Escudero y Carmona, 2008).

Otra característica destacada de esta visión, es el reconocimiento entre los diversos determinantes de las condiciones económicas, políticas e ideológicas imperantes en un momento histórico determinado como componentes estructurales y esenciales para comprender las distribuciones, frecuencias e intensidades de las patologías y la mortalidad en las poblaciones, junto con otras con diferente nivel de complejidad y por tanto de influencia en la generación del fenómeno y no sólo como meras variables con cierta influencia en la aparición de los riesgos y los daños. Entre otras dimensiones, también se encuentran las relaciones de clase, las inequidades por origen étnico, por género, las estrategias de sobrevivencia de las familias, las formas de vida cotidiana, el territorio, las redes sociales y los procesos de autoconstitución por parte de los propios sujetos (López, Blanco et. al., 2008).

De esta manera, la medicina social y la salud colectiva tienen como principio generador básico para comprender la salud y la enfermedad, que no basta con entender únicamente a la salud y la enfermedad, sino los determinantes que la explican en su génesis y distribución, en tanto proceso histórico social, en sus dimensiones individuales, pero principalmente en tanto grupos colectivos y sociedades completas, articuladas y organizadas en torno al proceso central que las explica: la producción de bienes.

Un concepto nuclear en la comprensión de la salud colectiva y la medicina social es, por supuesto, el de «lo social». Sobre este concepto, Spinelli (2008) señala a lo social como una palabra imprecisa y cuasicosificada, y parece tener la razón. Sobre el uso del concepto social se destacan dos grandes formas de abordaje: un uso indiscriminado y difuso sin ninguna precisión sobre el significado o sentido que se le da a la palabra al utilizarla en los análisis «sociales» o «sociológicos», o un uso más o menos claro del significado del término social, pero con un contenido simplista y reduccionista que distorsiona los análisis sobre la «realidad social» o encubre las trampas analíticas y políticas para lograr una real comprensión de la dinámica de esas problemáticas sociales.

Así, el uso del concepto ha significado desde lo simplemente «colectivo» entendido como suma de individualidades, que resultaría ser lo gregario; en otras puede entenderse como lo relacional en los individuos, o la interacción que se establece entre ellos o el plano de lo «intersubjetivo» (De la Garza, 2006), pero en todos estos casos el concepto parece quedar limitado para explicar lo que es realmente lo social.

De acuerdo con Gómez (2004), lo social es una producción eminentemente humana que articula ámbitos de un amplio rango de generalidad que, de cierta manera, influyen, condicionan, regulan o determinan otros fenómenos de menor grado de generalidad y complejidad. Estos ámbitos son lo económico, lo ideológico, lo político, lo ético y moral, lo estético o artístico y lo gnóstico; todos ellos considerados como una construcción histórica propia de la especie humana que da sentido a la existencia de las colectividades con todas sus contradicciones y esquemas de convivencia desde los niveles macros, como la relación entre na-

ciones, hasta los niveles micro como la relación entre individuos.

Así, al referirse a la determinación social de la salud y la enfermedad se alude a la articulación y dinámica diferenciada y jerarquizada en un momento determinado en una colectividad, incluye niveles estructurales y estructurantes de formas de relación, intercambio de productos o ideas, así como disputas por intereses que se expresan en las distintas formas de existencia de la salud o en las diversas formas de enfermar y morir dentro de una sociedad. Plantear así lo social no significa dejar de reconocer la capacidad de actuación de otros planos de la realidad social de menor nivel de generalidad y de ubicación en la jerarquía de la determinación.

La perspectiva de la Determinación Social de la salud-enfermedad es mucho más que un antecedente, surgida del seno de la Medicina Social y de la Salud Colectiva, como importantes corrientes de pensamiento en Latinoamérica, con pioneros en el campo como Juan César García de Argentina, María Isabel Rodríguez de El Salvador, y Miguel Márquez de Ecuador (Iriart et. al., 2002), Edmundo Granda de Ecuador y Cristina Laurell de México, entre otros más (Franco et. al., 1991). Representa una ruptura de fondo con el pensamiento médico conservador, con la epidemiología tradicional y con la salud pública oficialista y pasa a ser un encuadre epistemológico, teórico y político que desde una visión crítica reconstruye las formas de comprender y de actuar sobre lo que originariamente se denominó el proceso salud enfermedad.

Bajo este encuadre, lo colectivo no se entiende como sinónimo de «lo social», tampoco se concibe como lo gregario, como sumatoria de individuos dispersos o espacialmente agrupados; lo

colectivo se puede explicar no únicamente como lo compartido por un conjunto de individuos, es, principalmente, lo resultante de la construcción conjunta de esos individuos, a partir del intercambio entre los sujetos actuantes, pensantes, racionales, propositivos y con visión crítica de la realidad, permite conformar códigos, simbolismos, formas de actuación en y ante la sociedad. Lo colectivo es una delimitación de sujetos a partir de su coincidencia en tanto sujetos y les permite sobrepasar los límites de lo estrictamente individual para convertirse en una especie de ente con cualidades distintas y posiblemente superiores a lo aportado de individuo en individuo dentro de la dinámica social. La sociedad como el gran sistema global puede estar constituida por clases, estratos o grupos sociales con gran diversidad de intereses y posturas ante el mundo, pero también por colectivos que difieren y comparten pero que se auto reconocen como tal, como colectividades.

La trascendencia de esta perspectiva es limitada, parece inexplicable la falta de reconocimiento amplio y explícito de las aportaciones al análisis de los problemas de la salud y la enfermedad de este enfoque, eso también puede entenderse en el ámbito de lo social. Varias razones son posibles para comprender el ocultamiento de las formulaciones realizadas desde la salud colectiva y la medicina social, pero hay una posible idea general comprensiva de todas estas razones: es un modelo de pensamiento que critica de fondo la configuración de la sociedad con todas sus contradicciones, inequidades e injusticias, y su análisis, certero con todo lo que corresponde al campo de la salud, va más allá de ese campo circunscrito y, puede plantearse, alcanza las dimensiones de una meta-teoría y puede que supere incluso a muchos de los análisis que desde algunos enfoques de las ciencias sociales se hacen sobre la realidad social.

No obstante, los intentos de soslayar su presencia y aportes por parte de la visión imperante en las ciencias de la salud, no han podido borrar la importancia de la medicina social y la salud colectiva, la misma Organización Panamericana de la Salud da crédito a los impulsores de la concepción de la determinación social y los cita como referentes obligados para la comprensión de la evolución del pensamiento social en el campo de la salud, (Akerman et. al., 2010). Finalmente, es un espacio de disputa científica, técnica, ideológica y política, donde las posiciones dominantes han cooptado la mayor parte de los espacios donde se gesta y circula el pensamiento sanitario, al mismo tiempo que descalifican y oponen posiciones supuestamente desprendidas de compromiso ideológico, ratifican su hegemonía como pensamiento científico válido.

¿Qué distingue de manera específica la concepción de los «determinantes sociales de la salud» de la OMS de la perspectiva de «la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención» de la medicina social-salud colectiva? Pareciera que la distinción entre determinantes y determinación es de simple matiz, cuando no ficticia, pero ubicados en el terreno firme que va de lo epistemológico a lo político se pueden identificar diferencias de fondo.

Una primera diferencia de origen epistemológico se encuentra en los mismos conceptos de determinismo/indeterminismo y determinación de acuerdo con Restrepo (2013:45). Para este autor, el determinismo cancela la libertad humana y se entiende como una acción lineal donde la actuación y voluntad se nulifican y en sus palabras, esto: «tiene dos implicaciones éticas fundamentales: en primer lugar, el borramiento del sujeto y en segundo lugar, la naturalización de la injusticia». Por su parte, la noción de determinación remite al

interjuego dialéctico de categorías que permiten identificar la salud-enfermedad como un proceso emergente en el sentido que lo plantea Bunge, (2004) y ubicado en sus dimensiones históricas y sociales.

Otro conjunto de diferencias se encuentra en cómo para la Comisión de la OMS los determinantes sociales de la salud se conceptualizan como «las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas [...] apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios» (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2005:4).

Si bien es cierto que la comisión de la OMS en sus documentos de trabajo de 2005 y después en el informe de 2008, «Subsanar las desigualdades en una generación» y por último en el documento de trabajo de 2011, «Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud», se refiere a las condiciones sociales, la inequidad, la justicia, promoción de entornos saludables, protección social, atención universal, la responsabilidad del mercado, emancipación política y lucha contra la pobreza, todo se plantea sin distinción de jerarquía entre esas dimensiones, si bien constituyen componentes estructurales, funcionales y coyunturales de situaciones sociales, económicas, políticas y culturales, se agrupan en conglomerados de complejidad analítica en la dimensión social, con lo cual la determinación de unas sobre otras se pierde. Además, su enunciado comprensivo para todos los gobiernos miembros, implica la necesidad de dar cabida a todas las posiciones posibles, como discurso de los organismos oficiales pierde la posibilidad de estructurar una noción de causalidad y fuente estructural de los procesos.

También parten desde el encuadre del desarrollo de políticas reformistas del periodo neoliberal, sin cuestionar los orígenes, las causas profundas de todas estas problemáticas y las posibles soluciones las concentra en el plano de lo técnico-científico, con una perspectiva funcionalista, y en espera de la buena disposición de los gobiernos y la buena voluntad del mercado para contribuir y colaborar en mejorar la situación sanitaria en el mundo.

Desde la concepción general de la salud colectiva, la Organización Mundial de la Salud no da cuenta del origen de esta problemática, en tanto

«Están ausentes las reflexiones críticas y el análisis sobre la fase actual de desarrollo capitalista, sobre la globalización neoliberal y la recomposición geoestratégica del mundo, que impone un orden depredador y lesivo para la vida y la salud de los pueblos e impulsa procesos que ponen en riesgo la viabilidad del planeta (el cambio climático global, las guerras por recursos renovables y no renovables y más recientemente la crisis alimentaria y financiera)» (López, Escudero y Carmona, 2008:327-328).

A diferencia de lo planteado por la Comisión de la OMS, para la perspectiva de la Salud Colectiva, la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención, se encuentra marcada por la inequidad y la injusticia en la prestación de servicios sanitarios, la falta de empleo y la precarización del trabajo, la pobreza, la disminución de protección y la seguridad social, la inseguridad en todos los territorios y la falta de participación política de los ciudadanos, entre otros muchos componentes problemáticos, como resultado de un sistema de producción capitalista globalizado, marcado por los intereses del mercado afectando el ritmo de la vida social. En la actualidad la fase

de globalización neoliberal, produce sociedades divididas, cada vez más las relaciones de clase, resultado de las formas de producción, distribución y consumo, excluyen a amplios sectores y a otros los mantienen en el margen de lo necesario para la subsistencia.

Para la perspectiva de la determinación social, el problema no se reduce a formas de gobernanza, sino a la forma de estructuración de la sociedad basada en la extracción de valor por parte del capital y su distribución entre grupos y población de la sociedad, así como el sometimiento de políticas y acciones de los gobiernos nacionales a capitales nacionales y su complicidad con los transnacionales.

Para la medicina social y la salud colectiva la solución no se encuentra en el avance científico-técnico para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, sin duda necesario, pero no suficiente; tampoco únicamente en la disminución de las brechas ni en la democracia electoral, sino en la construcción colectiva de una nueva forma de sociedad donde todos los grupos sociales tengan la posibilidad de participar desde otra forma de producción y distribución, y en la toma de decisiones, lo cual implica que el conocimiento esté a su alcance, el poder no se concentre en grupos económicos con participación política alejados del ciudadano que los elige y la acción política colectiva sea a partir de un actuar consciente, no mediatizado ni alienado por estrategias electorales superficiales, propagandísticas con base en la mercadotecnia, sin discusión de los elementos totales y estructurales de la sociedad.

A decir de Breilh (1995), la salud colectiva y el concepto de determinación social emergen como un intento de transformación, como la intención de una construcción alternativa de la realidad, de

nuevos métodos para su estudio y de la praxis necesaria para lograr esos fines. A ello agrega que la salud colectiva y sus procesos determinantes necesitan el abordar una multiplicidad de procesos con todos sus atributos, magnitudes, su dinámica y sus relaciones.

El trabajo como un fenómeno central en la determinación y la salud colectiva y la medicina social

Un hecho a destacar en el caso de la salud colectiva, es considerar al trabajo como un componente constituyente de lo social, de las relaciones entre los dos grupos sociales que han configurado la historia de la humanidad. El trabajo es la actividad que permitió a una especie homínida transformarse en la especie humana, debido a ello el trabajo tiene una función trascendente entre las determinaciones sociales que configuran la salud y la enfermedad de las colectividades y, a la vez, el trabajo más que en cualquier otro momento de la historia, está determinado por otros ámbitos de lo social, la economía y la política en el plano global. Siendo parte estructurante de las determinaciones sociales, el trabajo se encuentra hoy más que siempre determinado.

Ha sido el trabajo la actividad que ha estado marcando la transición en la vida social, la relación entre los individuos y los grupos, desde la superación por la especie de las condicionantes estrictamente biológicas que le permitieron evolucionar hasta lo específicamente humano. La apropiación de la naturaleza para satisfacer las necesidades para la subsistencia de la especie en su desarrollo, se constituyó en un conjunto de actividades reguladoras de la vida colectiva, lo social se conformó a partir de dividir dichas actividades; la evolución social facilitó la apropiación del resultado del tra-

bajo de muchos por parte de otros pocos, la riqueza generada fue expropiada por quienes lograron concentrar poder para controlar a los otros, la sociedad se dividió en clases y por encima de cualquier otro tipo de actividad el trabajo condicionó la vida colectiva, como resultado del despojo inherente a la acumulación originaria.

Es a partir de eso que el conjunto de actividades denominadas «trabajo» configura a la sociedad en su conjunto, desde la recolección y el trabajo de la tierra, hasta la producción altamente industrializada o los trabajos intangibles del siglo XXI, la producción de bienes-mercancías, de servicios con alto grado de planificación-organización para la generación de una riqueza supuestamente «social», es decir creada por todos y para todos; el trabajo ha sido mediador, regulador, condicionante y determinante de la vida de todas las colectividades, de todos los grupos sociales.

Por supuesto no puede pasar desapercibido que el trabajo es a su vez condicionado, regulado, mediado o determinado por la gran estructura económica y por los intereses políticos, pero mediado y mediador, es el trabajo quien configura las relaciones sociales.

El trabajo como actividad principal en la vida humana, es lo que, de manera fundamental media, condiciona o determina las posibilidades de salud plena o de enfermar o morir por encima de los posibles condicionamientos de orden biológico o naturales, las formas de vivir, las maneras de «andar por la vida». A partir del trabajo se han configurado formas de hacer política, de estructurar formas culturales, hábitos colectivos, sistemas económicos, ideologías y creencias de distinto orden. El trabajo es parte fundamental constituyente del entramado económico como el determinante

último de la dinámica de la sociedad contemporánea. En el trabajo puede condensarse la relación dialéctica entre determinado y determinante.

A diferencia del papel central que tenía el trabajo industrial en los inicios de la medicina social latinoamericana, en la actualidad las actividades laborales han adquirido preeminencia en el sector de los servicios, y además, el denominado trabajo informal se ha extendido entre las poblaciones en todas las regiones del mundo, incluidas las de los llamados países desarrollados (Siqueira, 2016). Esta situación interpela a la salud colectiva de la segunda década del siglo XXI para retornar al liderazgo reflexivo, analítico, teórico y movilizador que le caracterizó en las décadas de los 60 y 80 del siglo pasado, cuando logro explicar la relación trabajo-salud desde una visión y un compromiso que le permitieron acompañar movilizaciones obreras importantes. Lamentablemente, este panorama se desdibujó en los 90 con los embates del neoliberalismo a la clase trabajadora; simultáneamente, el rango de temáticas, y la inclusión de otras categorías y fenómenos, enriquecieron el pensamiento crítico latinoamericano pero diluyeron el estudio sobre la salud en el trabajo.

Consideraciones finales

Así, se tienen son dos grandes concepciones sobre los determinantes y la determinación de lo social sobre la salud y la enfermedad, y a simple vista parecieran iguales o al menos muy similares, y cualquiera podría llegar a plantear que las diferencias, en caso de haberlas, son mínimas, de simple matiz, de lenguaje o incluso, en realidad son inexistentes. Lo que se tiene enfrente son dos posturas sobre el particularísimo fenómeno de la salud y la enfermedad no de individuos solamente, sino fundamentalmente de los grandes colec-

tivos que conforman la sociedad. Dos perspectivas disputando no solamente la explicación sobre cómo enferma la gente, sino la explicación sobre la forma como se distribuye de manera desigual la enfermedad, por qué el sufrimiento ante la falta de vida saludable es más intenso en ciertos grupos sociales y por qué la muerte se presenta más tempranamente y con mayor incidencia en unos sectores de la sociedad con relación a otros y con más carga de sufrimiento y, no en pocas veces, de crueldad.

El interés de la salud colectiva es desarrollar e impulsar el conocimiento científico para enfrentar los problemas sanitarios, entra en contradicción con la perspectiva de conocimiento fragmentado, de visiones lineales y mecánicas, características de la interpretación sobre los determinantes sociales surgida a partir de la Comisión constituida por la OMS. Las explicaciones desde la perspectiva de la determinación social de la medicina social y salud colectiva pretenden desentrañar los mecanismos complejos, las interrelaciones de los diversos componentes, los intercambios dialécticos, las mediaciones entre las múltiples funciones y estructuras; para comprender cómo lo biológico se constituye con lo social, cómo lo histórico configura las acciones presentes, cómo lo individual se articula con lo colectivo y se ve afectado, cómo la salud y las buenas formas de andar por la vida se enfrentan a las formas de morir, resultado de las formas de trabajar y vivir bajo condiciones adversas. Desde la perspectiva crítica la salud y la enfermedad, son lo central en el estudio de este proceso, pero eso no significa, como en el caso de la perspectiva medicalizada que sea lo único y todo ello esté desvinculado, desarticulado; si bien se busca la salud y el bienestar de los grupos humanos, se pondera todo lo que en apariencia es externo al logro de ese objetivo.

Para la salud colectiva y la medicina social, desde el modelo de la determinación social, la salud no es una mercancía, es un bien social, pero aún es necesario construir un proyecto social donde las inequidades y las injusticias sean ausentes y la salud adquiriera el rango de importancia que en el sistema imperante ha sido disminuido.

La discusión que se tiene entre los determinantes sociales y la determinación social va del plano epistémico al político, pero también atraviesa por otros niveles, por ejemplo, en el plano estrictamente metodológico, Santos (2010) establece que dada la complejidad del estudio de las desigualdades en salud, se recomienda el uso de técnicas y modelos matemáticos como los de regresión y la construcción de indicadores, pero también la evaluación de factores determinantes de carácter psicosocial a través de la técnica de auto reporte individual, a partir de encuestas sobre la percepción de las condiciones de salud, el entorno de vida y el porvenir personal y familiar.

La comprensión del fenómeno de la salud y la enfermedad implica ubicar los distintos planos en su contexto social y cultural, en su lugar en la historicidad y en la óptica desde donde se observa dicho fenómeno; la discusión acerca de determinantes y determinación social de la salud y la enfermedad, son parte de ello y requieren explicitar las posturas epistemológicas desde las que se parte y los recursos teóricos con los cuales se interpreta.

De acuerdo con Morales-Borrego y colaboradores (2013), las diferencias entre la perspectiva de la medicina social y la salud colectiva con respecto a la vertiente de la OMS se pueden identificar al analizar los supuestos ontológicos, epistemológicos y praxiológicos, particularmente en los planos ético-políticos. Un poco de este análisis es lo

que se ha presentado en este artículo. La discusión está abierta, es compleja pero necesaria en estos tiempos, donde se avizoran importantes cambios estructurales en la sociedad y en la concepción del mundo de los grupos que la conforman.

El análisis de la determinación social y los determinantes sociales como perspectivas de análisis, si no contrapuestas totalmente si distantes y con implicaciones diferentes para la acción, ha sido revisado en otros momentos, por distintos pensadores, con énfasis y matices diversos, es conveniente insistir que ambas categorías reflejan formas distintas para comprender y actuar sobre la realidad. El ejemplo coyuntural de este momento crucial de la historia del mundo es la pandemia de COVID-19, la OMS lo ha enfrentado desde la perspectiva de la epidemiología más convencional, mientras desde la medicina social y la salud colectiva latinoamericana las lecturas tienen más lejano alcance y enfatizan sus consecuencias mostrando las profundas desigualdades e inequidades sociales (Franco, 2020).

En el caso específico del trabajo, la situación sanitaria mundial hace suponer que el trabajo informal en el mundo, particularmente en los países no desarrollados y “emergentes” se verá afectado de dos maneras: por el significativo incremento porcentual de esa población y la agudización de los daños a su salud a partir del empeoramiento de la precarización de las condiciones de trabajo y la disminución sustancial de los ingresos obtenidos por su actividad. La Organización Internacional del Trabajo (2020), y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Gerdin y Kolev, 2020) ya analizan el fenómeno. De igual manera, el teletrabajo, y el *home office* y sus implicaciones en la salud de las colectividades que han modificado sus actividades laborales

en esa forma, renuevan la prioridad del estudio de la actividad laboral, con nuevos procesos, relaciones sociales y consecuencias en la salud, como

tema prioritario de la medicina social y la salud colectiva

Referencias bibliográficas

- Acero, M.; Caro, I.; Henao, L.; Ruiz, L. y Sánchez, G. (2013). “Determinantes sociales de la salud: postura oficial y perspectivas críticas”, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, vol. 31(supl 1):103-110.
- Almeida-Filho, N. (2013). “Towards a Unified Theory of Health-Disease: I. Health as a complex model-object”, *Revista de Saúde Pública*, vol. 47: 433-450.
- Akerman, M.; Cavalheiro, C.; Bógus, C.; Chioro, A. y Buss, P. (2010). “Las nuevas agendas de la salud a partir de sus determinaciones sociales”. En: Galvao, L.; Finkelman, J. y Henao, S. (Eds.) *Determinantes ambientales y sociales de la salud*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud. McGraw-Hill Interamericana Editores, 1-15.
- Banco Mundial/Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ (1993). *Invertir en salud: indicadores del desarrollo mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Washington, D.C: Oxford University Press, 1-37 y 161-180
- Breilh, J. (1994). “Las ciencias de la salud pública en la construcción de una prevención profunda: «determinantes y proyecciones»”. En: Rodríguez, M. (Coord.) *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud: 63-100
- Breilh, J. (1995). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología (epidemiología del trabajo)*. Quito: Ediciones CEAS, 27-49.
- Breilh, J. (2008). Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. México.
- Breilh, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, vol. 31 (supl 1): 13-27.
- Bunge, M. (2004) *Emergencia y convergencia: novedad cualitativa y unidad del conocimiento*. Buenos Aires: Gedisa, 25-44.
- Cabezas, G. y Feo, O. (1994). “Desarrollo del conocimiento científico biológico y social en la teoría y la práctica de la salud de los trabajadores”. En: Rodríguez, M. (Coord.) *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 129-142.
- Comisión sobre determinantes sociales de la salud. (2005). *Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud*. Borrador. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- De la Garza, E. (2006). “¿Hacia dónde va la teoría social?” En: De la Garza E. (coord.) *Tratado Latinoamericano de Sociología*. México: Anthropos, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, 19-38.
- Duarte, E. (2010). “Por una epidemiología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos”. *SALUD COLECTIVA*, vol. 6, Núm.1: 11-19.
- Franco, S.; Nunes, E.; Breilh, J. y Laurell, C. (1991). *Debates en medicina social*. Ecuador: Organización Panamericana de la Salud / Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 7-57.

- Franco, S., (2020, 13 de abril). Algo demasiado grave nos puede pasar con esta pandemia [en línea]. El Espectador. Recuperado el 4 de agosto de 2020 de <https://www.elespectador.com/opinion/algo-demasiado-grave-nos-puede-pasar-con-esta-pandemia-columna-914315/>
- Gerdin, A. y Kolev. A. (2020). Why protecting informal economy workers is so critical in time of COVID-19. <https://oecd-development-matters.org/2020/04/17/why-protecting-informal-economy-workers-is-so-critical-in-time-of-covid-19/> (consulta 3 de agosto de 2020).
- Gómez, G. (2004). *Lo social*. En: Apreciaciones Teórico-metodológicas: una mirada desde la psicología. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro, 47-78,
- González, R. (2015). Ética neoliberal y nuevas ideas críticas en salud. En Tetelboin, C. y Laurell, A. (coord.) *Por el derecho universal a la salud: una agenda Latinoamericana de análisis y lucha*. México: Universidad Autónoma Metropolitana/Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 139-155.
- Herrera, I. (2019). “Ontologías y emergencia de «lo social» en el pensamiento en salud”, *Salud Problema*, Segunda Época, vol. 13, Núm.25: 69-76.
- Iriart, C.; Waitzkin, H.; Breilh, J.; Estrada, E. y Merhy, E. (2002). “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”, *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, vol.12, Núm. 2: 128-136.
- Jarillo, E. (2019). “La complejidad del concepto Salud-Enfermedad”. En: Rosales, R.; Rodríguez, J.; Arreola, P. y López, J. (coords). *Epistemología de la Salud. Perspectivas desde la transdisciplinariedad y el pensamiento complejo*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 9-116.
- Laurell, A. (1989). “Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción”. En: Laurell, A. y Noriega. M. *La salud en la fábrica: estudio sobre la industria siderúrgica en México*. México: Ediciones Era, 65-92.
- Laurell, A. (1994). “Sobre la concepción biológica y social del Proceso salud-enfermedad”. En: Rodríguez, M. (coord.) *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1-12.
- Laurell, A. (2014). “Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina”, *Saúde em Debate*, vol. 38, Núm.103, 853-871.
- Lima, M. (2017). “Desigualdades en salud: una perspectiva global”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 22, Núm.7, 2097-2018.
- López, O.; Escudero, J. y Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. México.
- López, O.; Blanco, J.; Garduño, M. et al. (2008). Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. México.
- Medicina Social (2009). “Entrevista a Sir Michael Marmot”, *Medicina Social*, vol. 4 Núm. 2, 122-126.
- Morales-Borrego, C.; Borde, E.; Eslava-Castaño, J. y Concha-Sánchez, S. (2013). “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”, *Revista de Salud Pública*, vol. 15, Núm. 6: 797-808.
- Organización Internacional del Trabajo. (2020). Nota informativa. La crisis de COVID-19 y la economía informal: respuestas inmediatas y desafíos de política. https://www.ilo.org/global/topics/employment-promotion/informal-economy/publications/WCMS_745450/lang es/index.htm (consulta 3 de agosto de 2020).
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2011). Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Brasil: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2019). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS.
- Quevedo, E. y Hernández, M. (1994). “La articulación del conocimiento básico biológico y social en la formación del profesional de la salud: una mirada desde la historia”. En: Rodríguez, M. (coord.) *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 13-34.
- Restrepo, D. (2013). “Determinismo/indeterminismo y determinación: implicaciones en el campo de la salud pública”, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, vol. 31 (supl. 1): 42-46.
- Roth-Deubel, A (2006). *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aura, 73-106.
- Salazar, H. (1982). “La determinación social del desgaste y el envejecimiento 1º Parte”, *Salud problema*, Primera Época, Núm. 8, 14-21.
- Sandoval, J. (2009). “El fenómeno psíquico como fenómeno complejo: el caso de las representaciones sociales”. En: Miranda, A. y Torres, H. (coord.) *Modelos teóricos en psicología*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Autónoma de México, 97-131.
- Santos, H. (2010). “Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación”, *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 37, Núm. 2: 136-144.
- Siqueira, C. (2016). “Does Informal Employment Exist in the United States and Other Developed Countries?”, *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, vol. 26, Núm. 2: 337-339.
- Spinelli, H. (2008). La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina. Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. México.
- Waitzkin, H., Iriart, C.; Estrada, A. y Lamadrid, S. (2001). “Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups”, *The Lancet*, vol. 358: 315-323.
- World Health Organization. (2020). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/> (consulta 4 de agosto de 2020).
- Yépez, R. y Barreto, D. (1994). “La interdisciplinariedad, lo biológico y social en la formación de médicos”. En: Rodríguez, M. (coord.) *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 143-161.