

El análisis de la salud desde la perspectiva de los determinantes-determinación social de la salud

Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas

Social Determinants of Health: official stance and critical views

Myriam Acero A¹; Ivonne M. Caro R²; Liliana Henao K³; Luisa F. Ruiz E⁴; Guillermo Sánchez V⁵.

¹ Medicina Veterinaria, Universidad Nacional de Colombia. Especialización en Epidemiología de Campo, Universidad de Antioquia. candidata a PhD en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: maceroa@unal.edu.co

² Médica General, candidata a Magíster en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: caroroa@yahoo.com

³ Odontóloga, Magíster en Salud Pública, candidata a PhD en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: nlhenaok@unal.edu.co

⁴ Psicóloga. Magíster en Psicología Clínica Familiar, Universidad Santo Tomás. Candidata a PhD en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: lruizslava@gmail.com.

⁵ Medicina y Cirugía, Pontificia Universidad Javeriana. Especialización en Epidemiología, Universidad El Bosque. Magíster en Epidemiología Clínica, Doctor en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: guillermosanchezvanegas@gmail.com

Recibido: 26 de octubre de 2012. Aprobado: 05 de julio de 2013.

Aguilar MA, Roa IC, Kaffure LH, Ruiz LF, Sánchez G. Determinantes Sociales de la Salud: Postura Oficial y Perspectivas Críticas. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31 (supl 1): S103-S110.

Resumen

La relación entre las desigualdades socioeconómicas y el proceso salud enfermedad ha sido demostrada desde hace ya algún tiempo. Su estudio y posibilidades de intervención, han sido motivo de análisis de actores académicos e institucionales que asumen posturas según la ideología o corriente de pensamiento en la que se inscriben. Con el ánimo de analizar las causas de las inequidades en salud y hacer algunas recomendaciones, la Organización Mundial de la Salud estableció en el año 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Perspectivas latinoamericanas como la Medicina Social y la Salud Colectiva reconocen la preocupación de la Organización Mundial de la Salud, sin embargo critican la posición asumida por la Comisión y organizan la discusión alrededor de los ejes conceptual, ético y de acción política, proponiendo, a diferencia de la Comisión,

buscar las causas de la inequidad y sus vías de solución en lo que significa la determinación social. Cuestionamientos al enfoque de los determinantes sociales de la Comisión llegaron también desde autores como Vicente Navarro, para quien no son las desigualdades las que matan, sino los responsables de esas desigualdades, llamando la atención sobre las relaciones de poder que se ocultan y sobre los responsables y beneficiarios de la inequidad. Finalmente con el objetivo de analizar la determinación social y la ubicación jerárquica de los determinantes sociales, se presenta el problema del hambre, inscrito en un circuito de reproducción y determinación que permite ubicar la particularidad y la generalidad en permanente interrelación.

-----**Palabras clave:** Medicina social, inequidad social, desigualdades en la salud.

Abstract

The relationship between socioeconomic inequalities and the health-disease process has long been demonstrated. Its study and possibilities for intervention have been submitted to analysis by academic and institutional actors which take more or less critical

stances depending on their paradigms. In order to analyze the causes of health inequities and provide some recommendations, the World Health Organization established the Commission on Social Determinants of Health in 2005. Latin American

approaches such as Social Medicine and Collective Health recognize the concern of the World Health Organization, yet they strongly criticize the position taken by the Commission, and organize the discussion around the conceptual, ethical and political action axes; in addition, and unlike the Commission, they propose to search for the causes of inequity and its solution in the meaning of social determination. Likewise, authors such as Vicente Navarro also questioned the Commission's approach to social determinants. For Navarro, it is not inequalities that kill people, but the actors responsible for those inequalities. He also

draws the attention towards the hidden power relationships and the entities responsible for inequity and those benefitting from it. Finally, in order to analyze the social determination and the hierarchical location of the social determinants of a particular problem, the issue of hunger is presented as embedded in a reproduction-determination cycle that makes it possible to locate the specificity and generality that are in constant interplay.

-----**Keywords:** Social medicine, social inequity, health inequalities.

Introducción

En la década del 70 del siglo pasado surgió en América Latina un interés por profundizar en la relación dimensión social – proceso salud enfermedad. La corriente latinoamericana de Medicina Social propuso una nueva manera de entender y abordar la salud pública en la que se hizo explícita la relación entre la estructura social y los procesos de salud enfermedad que vive una sociedad. Para comprender y explicar tales procesos se retomaron entonces, de las ciencias sociales críticas, categorías como *sistema económico, trabajo, clase social y relaciones sociales de producción*, que habían sido hasta entonces excluidas de las explicaciones [1].

La Medicina Social latinoamericana conceptualizó una propuesta de determinación social que implica la integralidad del sujeto en relación a su realidad, a sus contextos significativos, a su cultura, a su salud-enfermedad, a su ubicación en el proceso productivo y en las relaciones de producción capitalista y a su condición de dominador o subordinado, superando el enfoque hegemónico de la salud pública y de la epidemiología tradicional, concentrado en la construcción de modelos causales, con el fin de transformar las condiciones de vida de la población especialmente de los sectores oprimidos [2].

Por otro lado, en 1974 se publicó en Canadá el Informe Lalonde, con un primer modelo explicativo de los que hoy se conoce como determinantes sociales de la salud, el cual sostenía que las principales causas de la enfermedad están relacionadas no solo con la organización de la atención sanitaria, sino además con tres elementos fundamentales: la biología humana, el medio ambiente y los estilos de vida. Estos elementos se reúnen en el concepto campo de salud, desde el cual se propone la estrategia de promoción de la salud para modificar estilos de vida por medio de programas educativos dirigidos a individuos y organizaciones [3].

A partir de la idea de Campo de Salud, el concepto de determinantes sociales se desarrolla en la perspectiva

de la existencia de varios componentes en la explicación de los procesos de salud enfermedad. La multifactorialidad, que incluye lo social en lo medioambiental como uno más de los factores en acción, servirá de base para la propuesta de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que, como veremos, no asume procesos estructurales dinámicos, complejos ni multidimensionales de carácter biológico, histórico y social, como sí lo hace la propuesta de determinación social de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas [1].

Posterior al informe Lalonde, el 12 de septiembre de 1978 en Alma Ata, entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, se llevó a cabo el Congreso Internacional de Atención Primaria en Salud entre la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En el Congreso participaron 134 naciones, todas las instancias relacionados con la salud y el desarrollo y representantes de la comunidad mundial; el objetivo fue adoptar medidas para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo [4].

Del Congreso en Alma Ata surgió un acercamiento a la noción de determinantes sociales. Dado que la salud se comprendía, desde la década del 50, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y como un derecho humano fundamental* [5], el Congreso consideró que el nivel de salud más alto posible, debería ser un objetivo primordial para el mundo. Declaró así la meta *salud para todos en el año 2000* [2]. Esta declaración ha “*inspirado a las siguientes generaciones de activistas en salud [...] y ha sido considerada por algunos como un documento extraordinario que ha impactado de un modo en que pocos otros lo habían hecho antes*” [6].

Ya en el año 2000, y como fruto del negativo balance en la evaluación† de la meta por la equidad *Salud para todos en el año 2000*, se plantearon en Nueva York los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En esta oportunidad 189 países y 147 jefes de Estado y de gobierno se reunieron, aprobaron un plan para un

* Definición aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946 de la OMS, y la cual entró en vigor el 7 de abril de 1948.

† Solo en algunos países se consiguió mejorar la esperanza de vida y reducir algunos indicadores como tasa de mortalidad materna y mortalidad en menores de 5 años por enfermedades prevenibles respiratorias y gastrointestinales. Se estaba muy lejos de conseguir acceso universal a los servicios sanitarios y mucho más lejos aún de garantizar salud para todos.

mundo mejor y prometieron no escatimar esfuerzos en su materialización. En tal perspectiva trazaron ocho objetivos a lograr en el año 2015* [7]. En relación a la propuesta de Alma Ata se han observado marcadas diferencias; mientras la primera pugnaba por la mejora integral de la salud, la salud para todos, la salud como un derecho humano fundamental, la estrategia de atención primaria en salud, la justicia económica y el redireccionamiento del gasto militar, los ODM plantean avances en términos de indicadores, salud para la mitad de la población, responsabilidades compartidas, hacer de la globalización una fuerza positiva y desarrollar el libre comercio y la seguridad colectiva [8].

Dado que los problemas sanitarios se mantienen, las inequidades en salud aumentan y los resultados obtenidos han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los ODM [9], la OMS crea en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el propósito de reanimar la discusión sobre los determinantes a nivel mundial. Esta Comisión analizaría la problemática y construiría una propuesta para alcanzar la equidad sanitaria en el mundo [10].

A continuación se presentan las posturas de la OMS, de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas y un análisis crítico desde la perspectiva de Vicente Navarro, en relación a la determinación social y a los determinantes sociales de la salud. En la presentación de tales posturas, se desarrolla el marco ético, el marco conceptual y las acciones políticas y programáticas que cada una considera.

La posición oficial: “Subsanar las desigualdades en una generación”. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud – OMS

La concepción neoliberal adoptada por la OMS en los años 80 del siglo anterior, favoreció el papel del sector privado en relación a la atención en salud. Se adoptó un enfoque de eficiencia en vez de uno de equidad, y se tomó distancia de la propuesta de Atención Primaria en Salud formulada antes en Alma Ata. En este contexto la OMS disminuyó su protagonismo en el direccionamiento de las políticas del sector [2].

En un intento por recuperar su papel protagonista en materia de salud, la OMS impulsó la creación de una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud que se encargara, en sus palabras, de "recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones a favor de la equidad sanitaria y de promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo" [10].

La Comisión, dirigida por Michael Marmot §, trabajó entre los años 2005 y 2008 y estuvo integrada por académicos**, representantes del Estado†† y algunos miembros de organizaciones sociales‡‡. El equipo de la Comisión fue dividido en siete grupos de trabajo dedicados a recoger los puntos de vista de gobiernos, organizaciones académicas y sociedad civil en áreas de trabajo, ciudades, desarrollo del niño, género, globalización, exclusión y sistemas de salud [9].

El marco conceptual de la Comisión es construido a partir de la epidemiología social europea por autores como Whitehead, Dahlgren, Diderichsen y Evans. Esta perspectiva propone un modelo que agrupa los determinantes sociales en dos niveles jerárquicos: estructurales e intermediarios. Los determinantes estructurales implican la posición socioeconómica, el género y la etnia; de la posición socioeconómica dependen la educación, la ocupación y el ingreso; los determinantes intermediarios implican los factores biológicos y psicosociales que condicionan la salud y los sistemas de salud. De esta manera, los determinantes estructurales impactan la equidad en salud por medio de su interacción sobre los determinantes intermediarios [11].

La propuesta de análisis de las inequidades en salud y los principios para su superación, están inscritos en la concepción liberal socialista de la equidad [11]:

La equidad en salud implica que idealmente todos deben tener una oportunidad justa de lograr su pleno potencial de salud y, prácticamente, que nadie debe ser desfavorecido de la consecución de ese potencial.

No se trata de eliminar todas las diferencias en salud sino de reducir o eliminar aquellas evitables e injustas.

La equidad implica la generación de oportunidades para la salud y la disminución de diferencias evitables; esto es, igualdad de acceso a la atención de acuerdo a la necesidad, igualdad en la calidad de la atención para todos e igualdad en el servicio para la misma necesidad.

En ese orden de ideas, los siguientes son los principios de acción trazados por el modelo de la Comisión para la superación de las inequidades:

* Los objetivos de Desarrollo del Milenio son erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH – SIDA, el paludismo y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

§ Michael Marmot, reconocido investigador de la epidemiología y las desigualdades en salud, jefe del Instituto Internacional para la Sociedad y la Salud y el departamento de Epidemiología y Salud Pública del University College of London.

** Michael Marmot, Monique Bégin, William H. Foege, Yan Guo, Kiyoshi Kurokawa, Alireza Marandi, Hoda Rashad, Amartya Sen, Denny Vågerö

†† Giovanni Berlinguer, Pascoal Mocumbi, David Thatcher, Anna Tibaijuka y Gail Wilensky, Ricardo Lagos Escobar, Ndioro Ndiaye, Charity Kaluki Ngilu

‡‡ Mirai Chatterjee, Frances Baum.

Mejorar las condiciones de vida en términos de políticas y programas de intervención en la infancia, entornos saludables para una población sana, prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, desarrollo personal y posición social, protección social a lo largo de la vida y atención universal de salud.

Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, por medio de equidad sanitaria en las políticas, sistemas, programas y financiación equitativa, responsabilidad del mercado, equidad de género y emancipación política.

Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones: procesos de seguimiento, investigación y formación.

Como vemos, la propuesta de acción política y programática de la Comisión se enmarca en la implementación de mecanismos para alcanzar la equidad que están supeditados a la acción del Estado en el mejoramiento del acceso a la educación y al empleo. Se considera que por esta vía los sujetos estarán en capacidad de mejorar sus ingresos y con ello de mejorar su salud, disminuyendo las diferencias evitables. Esta lectura concentra las acciones en las políticas de Estado, la promoción de la cultura y los valores sociales [12], otorgando a las organizaciones sociales el papel de presión sobre el Estado para que cumpla su labor.

Medicina Social Latinoamericana y Salud Colectiva: el enfoque de la determinación social

En contraste a la posición de la Comisión sobre determinantes pero con una perspectiva similar a la desarrollada por la Medicina Social Europea del siglo XIX^{***}, la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas han investigado, desde la década del 70 del siglo anterior, la determinación estructural de las condiciones sociales e históricas en el desarrollo de los procesos de salud enfermedad. Tal investigación se ha desarrollado desde marcos teóricos, metodológicos, ideológicos y políticos distintos a los adoptados por la Comisión y por la Salud Pública convencional.

A pesar del trabajo de la corriente latinoamericana en la defensa del derecho a la salud, sus aportes teóricos y metodológicos no fueron tenidos en cuenta suficientemente en la formulación de la política de la Comisión [1].

La Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas exaltan la construcción colectiva de los procesos de salud enfermedad, enfatizan en la forma que adquieren en una sociedad y en un momento histórico dados

y en la posibilidad de transformarlos. Sus esfuerzos se orientan en cambiar las relaciones de poder y en vincular la formación y la investigación a la práctica política.

El nacimiento de esta corriente de pensamiento y acción se remonta a manifestaciones de inconformidad de grupos académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud, así como de trabajadores, estudiantes y organizaciones populares contra el modelo económico desarrollista que se implementó en la década de los sesenta en América Latina. Dicho modelo evidenció el deterioro de las condiciones de salud y vida de la población a pesar del crecimiento positivo de los indicadores económicos [13].

Durante el III Seminario Latinoamericano de Medicina Social, llevado a cabo en Riberão Preto, Brasil, en 1984, se constituyó la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Su objetivo sería profundizar en el conocimiento de las relaciones entre salud y sociedad y estaría conformada por académicos, trabajadores de la salud y movimientos sociales, bajo la consigna de reconocer la responsabilidad irrenunciable del Estado en la solución de los problemas de salud de las colectividades y en la promoción de justicia social y equidad [14].

Con el propósito de plantear una posición crítica frente a los presupuestos teóricos y metodológicos que sustenta la Comisión y, en este nuevo contexto, renovar la visión frente a cuáles serían las principales tareas y retos de la Medicina Social y la Salud colectiva latinoamericanas, ALAMES organizó en el año 2008, un taller de Determinantes Sociales en Salud. En este taller participaron reconocidos expertos organizados en tres ejes temáticos: la determinación social como problema de la salud, los problemas éticos en torno a la desigualdad, inequidad e injusticia, y la acción política y los determinantes sociales [15].

En cuanto al marco conceptual que sustenta el problema de la determinación social de la salud y de la enfermedad, ALAMES reconoce la importancia del trabajo de la Comisión y de diversos grupos sociales que se han organizado alrededor de ella para, con base en evidencias científicas, hacer pública la denuncia de los efectos negativos en la salud derivados de la inequidad social y de la injusticia, así como coincide en reconocer la articulación múltiple y compleja entre procesos sociales y procesos biopsíquicos de individuos y colectividades. Sin embargo, existen marcadas diferencias conceptuales con la propuesta de la Comisión dada la construcción teórica que la sustenta; esto es, el enfoque europeo de la epidemiología social.

El enfoque de la Comisión, aunque reconoce que los determinantes estructurales de las inequidades en salud se fundamentan en la distribución desigual del poder y de los ingresos según categorías como el género y la etnia, considera que los efectos en la salud se derivan de la posición

^{***} La medicina social europea del siglo XIX postula que la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que la condición social y económica tiene relación con los procesos de salud enfermedad y que esta relación debe ser motivo de investigación científica.

social que ocupan las personas de acuerdo a características demográficas como los ingresos, la escolaridad y la ocupación y que se usan para hacer estratificación social. Esta estratificación conlleva a exposición, vulnerabilidad y consecuencias diferenciales para la salud [16].

Para la medicina social y la salud colectiva latinoamericana, la estratificación social deviene de las relaciones de clase producidas por las relaciones de producción y la distribución de los recursos; es decir, que bajo este enfoque, la enfermedad es la expresión de las relaciones entre las formas de propiedad el poder y la división del trabajo, así como de las relaciones entre las formas a través de las cuales la producción y la reproducción propias del capitalismo producen diferencias en la calidad de la vida de las distintas clases sociales, los géneros y las etnias.

Mientras que para la Comisión los contextos social y político hacen referencia a las políticas públicas macroeconómicas y a aquellas que afectan el trabajo, la tierra, la vivienda, la educación, el bienestar social, la atención médica, el agua y el saneamiento, y la posibilidad de transformación está en la creación o reforma de tales políticas de Estado y en la promoción de culturas y valores sociales, para la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas lo que debería hacerse es cambiar la sociedad en su forma actual. El cambio radica en la inversión de la correlación de fuerzas entre el poder hegemónico de las clases dominantes y el contra-hegemónico de las clases subalternas en la lucha por la salud [17].

Desde la epidemiología crítica, enfoque metodológico y conceptual que acompaña a la Medicina Social y a la Salud Colectiva Latinoamericanas, el concepto de determinante social de la salud que asume la comisión es cuestionable. Aunque nace del distanciamiento del concepto de factor de riesgo expresado por la epidemiología social europea^{†††}, sigue atado a la explicación de la enfermedad desde factores externamente conectados que fragmentan la realidad y no asume procesos estructurales dinámicos, complejos y multidimensionales de carácter biológico, histórico y social, como sí lo hace la propuesta de determinación social [1].

En relación al marco ético, mientras que para la Comisión la inequidad se refiere a injusticia en el reparto y en el acceso a la riqueza y el poder, para la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas la inequidad reside en el proceso mismo que la genera. Es decir, mientras la primera está centrada en medir la desigualdad observable o, mejor dicho, las consecuencias, la segunda lo está en la inequidad que da origen a esa desigualdad y la juzga como fenómeno social.

La noción de justicia, inmersa en la definición de equidad del movimiento latinoamericano, asume que

las desigualdades son injustas al ser producidas por la apropiación indebida de los medios de realización de la vida de las personas por parte de una clase, un género o una etnia. Esta perspectiva es definida como igualitarista social por algunos autores [18].

En relación a la acción política, mientras que la Comisión se orienta a disminuir la estratificación social, la exposición, la vulnerabilidad y las consecuencias desiguales de la enfermedad, mediante la generación de políticas macroeconómicas y de mercado de trabajo, el estímulo de valores culturales que promuevan la igualdad de oportunidades, el control del riesgo y el acceso a los medios y servicios esenciales para reducir la pobreza, para la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas, la prioridad es abatir las inequidades y la injusticia social que las origina.

Mientras que la Comisión propone *subsananar^{†††} la brecha en una generación* sin cuestionar la base de la determinación del proceso salud enfermedad, el enfoque latinoamericano centra la acción política en propuestas dirigidas a favorecer los procesos sociales de emancipación. Procesos, que tienden a la transformación en las relaciones de poder entre aquellos beneficiarios del actual orden social y la lucha contra todas aquellas formas de explotación que conducen a modos de vida determinantes del deterioro de la salud.

Corresponde entonces a los procesos organizativos populares y académicos asumir la lucha por la transformación de las estructuras sociales, porque se reconoce que no serán los gobiernos ni las instituciones de salud quienes propongan una agenda, de tal pretensión, que anteponga los intereses de la población a las demandas de la ideología neoliberal.

Parece ser entonces que la falta de reconocimiento del trabajo de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas no obedece solamente a barreras para su difusión y al escepticismo de las investigaciones que provienen de la periferia, sino especialmente a diferencias conceptuales e ideológicas profundas que se expresan al ignorar un enfoque que cuestiona las relaciones generales de poder de la sociedad de mercado y que integra el análisis de los modos de vivir históricamente estructurados de clase, etnia y género, y de sus perfiles de salud, con la estructura de propiedad y de acumulación, las políticas de Estado y las relaciones culturales [19].

Determinantes Sociales de la Salud: desde la perspectiva crítica de Vicente Navarro

Vicente Navarro, aplaude el informe de la Comisión pero expresa una crítica profunda del mismo en su trabajo *“What we mean by social determinants of health”*

^{†††} Tras el reconocimiento de su limitación para el desarrollo de la salud pública bajo la lógica inconexa de las probabilidades.

^{††††} Subsananar: según la real Academia de la lengua española significa disculpar o excusar un desacuerdo o delito; reparar o remediar un defecto

[20], en el cual plantea lo ocurrido durante los últimos 30 años en las condiciones de salud y calidad de vida de la población mundial como consecuencia de la aplicación de las políticas neoliberales promovidas por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de la Salud.

Según Navarro las intervenciones estatales han cambiado su naturaleza y carácter, ocasionando transformaciones trascendentales en las relaciones de poder de clase en cada país. Estos cambios han originado alianzas al interior de las clases dominantes en los llamados “países desarrollados” y entre las clases dominantes de estos últimos con las de los llamados “países en vías de desarrollo”. Para Navarro, estas alianzas buscan perpetuar y promover la ideología neoliberal, causa de las enormes desigualdades en salud en el mundo de hoy.

A pesar que este autor reconoce y valora el informe final de la Comisión, critica su falta de atención en las relaciones de poder que representan los determinantes sociales. Basado en este análisis se desprende su argumento central en el cual subraya que aunque el foco de la Comisión son las desigualdades que matan a las personas, la realidad es que no son las desigualdades las que matan, sino los responsables de esas desigualdades.

Hambre: una comprensión desde la determinación social

Según la Fao, para el 2012 ochocientos setenta millones de personas padecieron hambre en el mundo [22]. Ochocientos millones de personas (el equivalente a la población de Estados Unidos, Canadá y la Unión Europea) viven con hambre en los países subdesarrollados [23]. Cada cuatro segundos muere de hambre un niño en el mundo [24] y tres menores de cinco años mueren al día en Colombia por desnutrición [25].

Simple reglas de tres generarían cifras aún más escalofrantes. Podríamos saber cuántos niños mueren de hambre en el mundo cada semana, cada mes o cada año.

La frecuencia y la ubicación geográfica de las muertes son resultado de un fuerte trabajo realizado en torno al tema del hambre. El tema del hambre hace parte de la agenda de trabajo de innumerables instituciones y organizaciones alrededor del mundo; del mismo tipo de instituciones y organizaciones que trabajan el tema del maltrato infantil, el tema de la pobreza^{§§§}, el tema del desempleo y el tema de la inequidad... el tema es la materia del discurso, es de lo que se habla y es sobre lo que se investiga.

Importantes mapas de la situación respecto del hambre en el mundo han sido levantados gracias al trabajo de tales instituciones; sin embargo, la asunción del hambre como un tema de trabajo ha producido también efectos deletéreos en la sensibilidad y capacidad de reacción frente a situaciones que las merecen del todo. La presentación de la información con énfasis en el número de muertos y su ubicación geográfica, acompañado de la apariencia física de niños africanos muertos de hambre en vida, han apaciguado eficientemente los impulsos de respuesta frente a situaciones dramáticas, o ¿a cuántos aún se les eriza la piel al escuchar que cada cuatro segundos muere un niño de hambre en el mundo y que tres menores de cinco años mueren al día en Colombia por desnutrición?

El problema del hambre, como no lo hace el tema, plantea la situación como clara merecedora de resolución. Conscientes de que la magnitud del problema no está dada por la relación entre el número de muertos y el tiempo que ha significado el hambre en el mundo, y de que, por tanto, un solo caso de hambre cuenta con el potencial suficiente para movilizar una respuesta inmediata, decidimos presentar el problema del hambre como la puerta de entrada a la evidente complejidad de los procesos de salud-enfermedad.

El hambre es uno de los elementos del circuito de reproducción pobreza, desempleo, enfermedad y analfabetismo, del que no pueden ni ubicarse un único inicio ni una lineal cascada, ni mucho menos pensarse que estos son los únicos elementos del circuito.

En este contexto ocurre el hambre. Personas de todas las edades mueren diariamente a causa de este problema. Bebés de madres desnutridas, ancianos sin familia, desempleados de barrios marginales, campesinos sin tierra, huérfanos del sida y enfermos que requieren alimentos especiales, son las poblaciones más críticas [22].

Las cardiopatías coronarias, la diabetes y la hipertensión han sido vinculadas con la malnutrición en edad temprana [25]. Entre veinte y treinta millones de bebés nacen anualmente con bajo peso en los países subdesarrollados; los que sobreviven tienen un crecimiento físico y un desarrollo cognoscitivo deficiente en la infancia que merma de adultos sus capacidades para trabajar, generar ingresos y romper el circuito [25]. De la misma manera, mujeres adultas con deficiente crecimiento físico a causa del bajo peso al nacer, perpetúan la problemática, determinada socialmente, dando a luz niños

^{§§§} De acuerdo a lo expuesto por Navarro, a principios del siglo XIX algunos políticos, médicos y estudiosos ya reconocían en la pobreza un determinante social de la salud. En 1842 Edwin Chadwick y su grupo de colaboradores reconocieron que las condiciones de pobreza eran responsables de las enfermedades y que estas a su vez perpetuaban la pobreza, conformándose un circuito de reproducción y determinación social de la enfermedad. En Alemania Rudolph Virchow, Solomon Neumann y Rudolph Leubuscher sostenían que la salud de las personas era responsabilidad de la sociedad y que las condiciones sociales y económicas tenían un papel importante en el origen de la enfermedad [18].

Históricamente se ha reconocido en la pobreza un determinante de la salud y apenas recientemente se ha producido un pronunciamiento global que, aunque con las debilidades anotadas, reconoce que los problemas de salud trascienden lo meramente biológico y están fuertemente determinados por las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas de las poblaciones.

igualmente bajos de peso y con las mismas consecuencias, generación tras generación.

Tres cuartas partes de la población que sufre de hambre en el mundo viven en zonas rurales y dependen exclusivamente de la agricultura para su subsistencia [25]. La ejecución de mega proyectos energéticos, viales, de explotación minera, de cultivos para exportación, usurpación de riqueza biótica nacional y biocombustibles ha empeorado la situación de los campesinos; una menor proporción de la tierra usada para suplir las necesidades de alimentación y un incremento en el desplazamiento y despojo de tierras, explican cada vez mejor la histórica situación de ausencia de soberanía y seguridad alimentarias [26].

Por otra parte, se espera que la consolidación del uso de semillas genéticamente modificadas agrave aún más la situación al impedirle a los campesinos hacer uso de sus propias semillas, pues tal modificación incluye que los cultivos no las produzcan o las produzcan inviables [...] y de este tipo, otras muchas situaciones relacionadas con la sostenibilidad del planeta.

Una comprensión del problema del hambre que tenga presentes las situaciones que la causan y la estructura social en la que se produce, permite comprender que acciones de diferentes niveles pueden llevarse a cabo teniendo impactos diferenciales en el problema mismo.

El hambre es un problema determinado socialmente y algunos de sus determinantes pueden ser atacados con consciencia clara de la medida en que dichos ataques contribuyen a solucionar el problema. Los comedores para estudiantes tendrán un efecto positivo en el desarrollo de quiénes a ellos acceden; sin embargo, son urgentes medidas estructurales que apunten a regular el uso de la tierra y el derecho al trabajo y a la educación en la perspectiva de la garantía real universal de vida digna para todos los seres del planeta.

Conclusión

De esta manera, si quiesieramos aproximarnos a la propuesta de la Comisión de subsanar las desigualdades en salud y alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, e incluso si queremos ir más allá acogiendo la propuesta crítica y transformadora de Navarro de identificar los responsables de las desigualdades que matan a las personas, requerimos de una profunda transformación política y económica que trascienda el enfoque neoliberal de la salud como un negocio, hacia un nuevo modelo que garantice la salud como un derecho, fortaleciendo lo público sobre lo privado y la democracia sobre el interés económico de pocos. Es importante resaltar, que la solución está en manos de los sistemas de salud que producen y reproducen

las inequidades sociales, que son evitables, pero que no serán resueltas hasta tanto no se asuman los costos económicos y políticos que implican el detrimento de los enormes capitales y las ganancias desproporcionadas de los tenedores de riqueza, que en la mayoría de los países son los encargados de legislar.

Referencias

- 1 Breilh Jaime. La Determinación Social de la salud “Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud”. Ponencia, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, México D.F.: ALAMES: 2008.
- 2 González R. “La Medicina Social ante el reporte de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, Organización Mundial de la Salud”. *Medicina Social* 2009; 4(3): 136.
- 3 Terris M. Conceptos de la Promoción de la Salud: Dualidades de la teoría de la salud pública. Washington DC: OPS/OMS: 1996. p. 37-44.
- 4 Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata (1978). *Salud Publica Educ Salud* 2002; 2(1): 22-24
- 5 Organización Mundial de la Salud. Constitución de la oms [Internet] [Acceso 13 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>.
- 6 Baum F. Clásicos de la Medicina Social. ¡Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo veintiuno. *Revista Medicina Social* 2007; 2(1).
- 7 Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2009. [Internet] [Acceso 13 de octubre de 2012]. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf
- 8 Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Avanza ALAMES El Salvador [Internet] [Acceso 05 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/alamessalvador.htm>.
- 9 Organización de los Estados Americanos. Informe Sobre los Determinantes de la Salud (dss): Contribuciones de la Sociedad Civil. OEA; 2007. p. 4.
- 10 Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. “Subsanar las desigualdades en una generación”. Informe final. 2008 [Internet] Ginebra: oms [Acceso 22 de mayo de 2012]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf.
- 11 Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO; 2000.
- 12 World Health Organization, Commision on Social Determinants of Health Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: who; 2008.
- 13 Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 12(2): 128-135.
- 14 Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Historia. [Internet] [Acceso 20 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos-alames/historia/>.
- 15 Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud; México: ALAMES; 2008. p. 3-13
- 16 Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Bases sociales de las disparidades en salud. En: Evans T, Whitehead M, Dideri-

- chsen F, Bhuiya A, Wirth M, editores. Desafío de la falta de equidad en salud, de la ética a la acción. Washington: OMS; 2002. p. 13-25.
- 17 Vega R. Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* 2009; 8 (16): 7-11.
 - 18 Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e Implicaciones. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud; México: ALAMES; 2008. p. 86-97.
 - 19 Breilh, Jaime. “Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud”. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. Universidad Andina Simón Bolívar. 2008: 4.
 - 20 Navarro V. What We Mean By Social Determinants Of Health. *Int J Health* [revista en Internet] 2009; 39(3):423-441 [Acceso 7 septiembre 2009]. Disponible en: <http://baywood.com/hs/ijhs393A.pdf>.
 - 21 AFP. Desnutrición mundial. Alrededor de 870 millones de personas padecen hambre en el mundo: FAO. En América Latina y el Caribe, 49 millones de personas padecen de subnutrición. Periódico El Espectador. 9 de Octubre de 2012. Sección El Mundo
 - 22 World Food Programme. Los rostros del hambre. Programa Mundial de Alimentos en América Latina y el Caribe [Internet] [Acceso 15 de junio de 2012]. Disponible en: <http://one.wfp.org/spanish/?NodeID=33>
 - 23 Universia. Cada cuatro segundos muere un niño de hambre en el mundo [Internet] [Acceso 12 de julio de 2012]. México: Universia; 2005. Disponible en: http://www.universia.net.mx/index.php/news_user/content/view/full/31461/
 - 24 Red de Defensores no institucionalizados. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Foro Hambre en Colombia: Viejos problemas y nuevas amenazas. [Internet] Bogotá; 2007 [Acceso 10 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.dhcolombia.info/>
 - 25 Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El hambre y la malnutrición en el mundo. 2006. [Internet] [Acceso 20 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.feedingminds.org/fmfh/el-hambre-en-el-mundo/es/>
 - 26 Morales JC. El hambre colombiana en el contexto internacional. [Internet] 2005 [Acceso 20 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=16429>