

Determinantes y Determinación Social de la Salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica

Social Determinants and Social Determination in Health as confluence of public health, epidemiology and clinical

Jaiberth Antonio Cardona-Arias¹

¹Microbiólogo y Bioanalista, MSc Epidemiología. Docente-Investigador Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia. Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia U de A, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia. E-mail: jaiberthcardona@gmail.com

Correspondencia:

Jaiberth Antonio Cardona Arias

Calle 67 Número 53 – 108, Bloque 5, oficina 103. Medellín, Colombia

Teléfono 2198486. Fax 2195486.

Correo electrónico jaiberthcardona@gmail.com

Resumen

El objetivo de este manuscrito es describir las particularidades del concepto salud-enfermedad según los postulados de los determinantes y la determinación social en salud. Para este fin el texto presenta los modelos teóricos clásicos del proceso salud-enfermedad y las limitaciones que pueden superarse desde la perspectiva de la determinación o los determinantes sociales de la salud. Adicional a ello, se resumen los principales estudios relacionados con las diferencias epistemológicas, teóricas, metodológicas y políticas de los determinantes y la determinación social. Se concluye que los contenidos del texto constituyen un punto de partida interesante para que los estudiantes de áreas de la salud reflexionen sobre las acepciones de salud que orientan o predominan en su praxis, particularmente la determinación y los determinantes sociales como enfoque articulador de la clínica, la epidemiología y la salud pública.

Palabras clave: Determinantes sociales de la salud; Salud pública; Epidemiología; Medicina clínica.

Abstract

The aim of this manuscript is to describe the peculiarities of the health-disease concept according to the principles of social determinants and social determination of health. To this end, the text presents the classics models of health-disease process and theirs limitations that can be overcome from the theoretical perspective of the determination or determinants of health. In addition, some studies related with the epistemological, theoretical, methodological and political differences between social determinants and social determination are summarized. It is concluded that the contents of the text are a useful starting point for students from health areas reflect on the prevailing concepts about health in their practice, particularly the social determination and social determinants as confluence of the clinic, epidemiology and public health.

Keywords: Social Determinants of health; Public health; Epidemiology; Clinical medicine.

Introducción

La epidemiología, en su concepción primigenia, pretende la comprensión de la enfermedad como un proceso determinado por la estructura y el funcionamiento de los grupos sociales, en conjunción con determinantes biológicos y físicos; por ello sus objetivos subsumen el estudio del proceso de salud-enfermedad en ambientes naturales, multidimensionales y multifactoriales; el entendimiento de la etiología de la enfermedad con base en su magnitud y distribución según variables de tiempo, lugar y persona; la comprensión de la historia natural de la enfermedad y el estudio de opciones terapéuticas (1-2).

Lo anterior pone de manifiesto la confluencia entre la racionalidad epidemiológica y la salud pública; sin embargo, de la mano del desarrollo de la estadística, la biología molecular, la genética y del paradigma de los factores de riesgo, cada vez es más frecuente ver la epidemiología como una disciplina independiente y alejada de la salud pública; focalizándose en la “*epidemiología de los factores de riesgo con la individualidad de sus mediciones en un vacío social*” (3). A este tipo de epidemiología se le critica su ineficiencia para modificar prácticas nocivas en salud y para orientar acciones preventivas; ello debido a su enfoque restrictivo que obsta variables grupales (históricas, sociales, económicas, políticas y culturales), hace énfasis en el factor biomédico y la aproxima más a la medicina hospitalaria que a la salud colectiva. Esta situación ha sido agudizada con el advenimiento del determinismo económico, en el que la industria farmacéutica financia investigaciones epidemiológicas de riesgo individual, basadas en la medición genética, ambiental o molecular (2-3).

En este contexto surge la propuesta de los determinantes y la determinación social de la salud, como enfoques que pretenden superar algunas fisuras del abordaje epidemiológico clásico; y como opción teórico-metodológica en la que confluyen la salud pública, la epidemiología, la clínica, las ciencias sociales, entre otras. A pesar de la relevancia de esta postura, en la literatura relacionada con la determinación y los determinantes sociales de la salud se presenta gran atomización de los manuscritos, algunos se focalizan en sus aplicaciones en salud pública, en críticas a la epidemiología clásica, en la diferenciación entre determinantes y determinación social de la salud o en sus fundamentos epistemológicos, políticos, teóricos y metodológicos (4).

En este orden de ideas, la mayor parte de la literatura relacionada con este tema, está dirigida a un público especializado (salubristas, epidemiólogos, entre otros profesionales de las áreas de la salud y las ciencias sociales). Por lo que personas no especializadas, como estudiantes o investigadores de otras áreas, pueden presentar dificultades en la aproximación o utilización de esta perspectiva en sus trabajos.

En coherencia con lo anterior, se desarrolló este manuscrito con los siguientes objetivos: i) describir las particularidades del concepto de salud-enfermedad según los postulados de la los determinantes y la determinación social en salud, ii) caracterizar el estudio del proceso salud-enfermedad desde la salud pública, la epidemiología y la clínica, como base para la ulterior aplicación de los determinantes o la determinación social de la salud.

Para el logro de estos objetivos este texto presenta los modelos teóricos clásicos del proceso salud-enfermedad; se describen los modelos de la determinación social de la salud en coherencia con los desarrollos de la medicina social latinoamericana y de los determinantes sociales según la mirada anglosajona asumida por la Organización Mundial de la Salud

(OMS); se relacionan algunos trabajos de investigación desarrollados con estos enfoques y se finaliza con una sucinta alusión a las acepciones de salud pública, epidemiología y clínica.

Modelos teóricos del proceso salud-enfermedad

La conceptualización del proceso salud enfermedad constituye un reto dado que previo a su desarrollo es preciso tener presente las siguientes consideraciones: *i)* cómo obtener tal definición, *ii)* qué métodos deben aplicarse para develar los aspectos esenciales del proceso salud-enfermedad, *iii)* cuáles son las definiciones históricas, *iv)* que definiciones pueden compararse con una finalidad totalizante (hallar una definición más universal-transversal).

En esta dirección, históricamente el proceso salud-enfermedad se ha conceptualizado desde diferentes paradigmas (por ejemplo el gnoseológico antiguo y el gnoseológico moderno en sus versiones anatomoclínica, fisiopatológica, etiopatológica y epidemiológica), teorías (miasmática, comportamental, del riesgo, administrativa, entre otras) y/o modelos (unicausal, red ecológica, pluralismo estructurado, entre otros).

En este marco, la salud constituye un concepto polisémico en razón de las comunidades y disciplinas interesadas, las tendencias políticas y económicas predominantes, los contextos socio-culturales u otro tipo de factores que predominen en un momento y lugar determinados; esto deriva en una amplia diversidad de conceptualizaciones sobre la salud-enfermedad y los factores que la determinan.

El trabajo Arredondo sistematizó la diversidad y los problemas operativos de algunas perspectivas teóricas, las cuales difieren en el tipo de aspectos que consideran determinantes para la salud-enfermedad, como se indica en las líneas siguientes (5).

- Modelo Mágico-Religioso: la enfermedad deriva de espíritus y representa un castigo divino o una purificación, por lo que las variables determinantes son fuerzas sobrenaturales y el hombre asume un rol pasivo (5).
- Modelo Sanitarista: la salud-enfermedad es consecuencia de la insalubridad por lo que el componente ambiental es el determinante primario del proceso, obstando condiciones sociales (5).
- Modelo Social: la salud-enfermedad se produce por condiciones laborales y de vida, privilegiando el componente social como el factor más importante (5).
- Modelo Unicausal: la salud-enfermedad es generada por agentes externos, principalmente de tipo biológico, lo que evidencia limitaciones explicativas, por ejemplo “*por qué el mismo agente no produce siempre enfermedad*” (5).
- Modelo Multicausal: la determinación de la salud y la enfermedad está en la triada agente, huésped y al ambiente; aunque no establece el peso de cada uno de ellos y obsta lo social (5).
- Modelo Epidemiológico: es basado en el multicausal, aunque adicionando la red causal con identificación de factores de riesgo; su mayor limitación es que no diferencia entre factores de riesgo biológicos, ambientales y sociales (5).
- Modelo Ecológico: la salud-enfermedad es producto de la interacción agente-huésped-ambiente, en este sentido es igual al multicausal aunque asigna un peso específico a cada factor (5).

- Modelo Histórico-Social: las variaciones en los perfiles de salud-enfermedad están relacionadas con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales (5).
- Modelo Geográfico: la enfermedad es generada por factores patológicos y factores del ambiente geográfico, siendo más relevante este último (5).
- Modelo Económico: se basa en la teoría del capital humano como determinante de la salud enfermedad y toma la salud como un bien de inversión y de consumo (5).

A pesar del trabajo previamente citado, la sistematización de dichos modelos es desactualizada e incluye concepciones que presentan algunas limitaciones como tener definiciones utópicas, difíciles de hacer operativas; supeditadas a visiones lineales que no jerarquizan las relaciones entre sus componentes o priorizan uno de ellos, y algunos están centrados en los aspectos más cercanos al efecto (enfermedad).

A esta problematización se suman las limitaciones del modelo médico hegemónico caracterizado, a grandes rasgos por su “*biologismo, concepción metodológica positivista, dominio de un marco teórico-ideológico evolucionista y cartesiano, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, escisión teórico-práctica*”. En dicho modelo hegemónico la salud-enfermedad constituyen mercancías, con dominación asistencial, prácticas médicas focalizadas en la eliminación de síntomas, sin una preocupación estructural por la prevención y con una relación médico-paciente asimétrica (6).

Determinación y determinantes sociales de la salud

En este contexto, surge la conceptualización del proceso salud-enfermedad con base en su determinación social desde la perspectiva de la epidemiología crítica latinoamericana. Esta postura conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso determinado social e históricamente, en el cual se interrelacionan diferentes componentes en tres dominios de la realidad, los cuales se exponen en la tabla 1 (7).

Tabla 1. Dominios y componentes del modelo de Determinación social de la salud.

Dominio	Componentes
Global	Es el plano de análisis de los modos de vida. Lógica determinante, de los procesos generales o estructurales. Incluye las dimensiones política, económica, cultural, ambiental. Debe incluir el análisis de la lógica de producción, consumo y el rol del estado.
Particular	Estudia las dimensiones propias de las condiciones de vida, es decir, patrones de trabajo, consumo de bienes y servicio, creación y reproducción de valores culturales e identidad, cosmovisión y perfil de subjetividad, formas de organización de acciones para beneficio del grupo, relaciones ecológicas y disfrute del ambiente.
Singular	Es el plano en el cual se abordan los estilos de vida, los cuales se reflejan en el fenotipo y el genotipo, este ámbito incluye el itinerario típico personal, el patrón individual y familiar de consumo, las concepciones y valores personales-familiares, la capacidad de organizar acciones en defensa de la salud y el itinerario ecológico personal y familiar.

Los tres dominios aludidos están directamente relacionados con la curación y prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, en este sentido, las intervenciones dirigidas hacia el dominio singular tiene como componente central la enfermedad y por ello derivan en acciones de curación y prevención; en la medida que se asciende en el dominio (del plano singular al general) las intervenciones disminuyen su componente de curación y el interés se centra en la promoción de la salud (8). Cabe aclarar que el estudio de los estilos de vida (plano singular) deriva en acciones de corto plazo – de impacto inmediato, las acciones dirigidas a impactar en las condiciones de vida son de implementación en el mediano plazo y la intervención de los modos de vida derivaría en impacto de mayor duración (Figura 1).

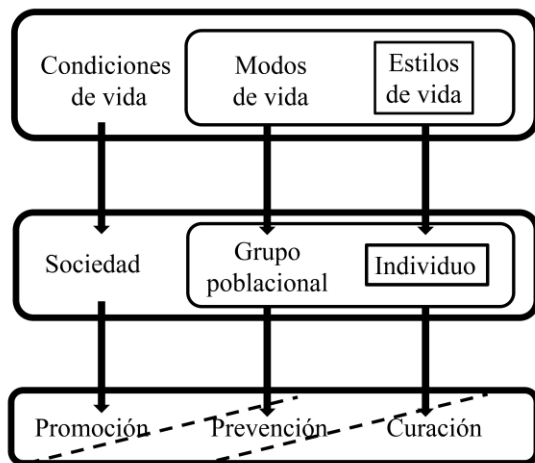


Figura 1. Relación entre determinación social acciones de promoción, prevención y curación. Adaptada de Castellanos (8).

Entre las principales ventajas del modelo de la determinación social de la salud destacan:

- Des-medicaliza la planificación e implementación de los proyectos, planes y programas de salud, a partir de un esfuerzo interdisciplinario e intercultural (9).
- La salud-enfermedad es un proceso socio-eco-biológico cuyo estudio requiere perspectivas teóricas y metodológicas de las ciencias sociales y naturales (9).
- Incorpora el holismo social en el conocimiento de la salud-enfermedad, trascendiendo el orden individual dado que este nivel, propio de los estilos de vida, es determinado por condiciones y modos propios de la vida colectiva, en coherencia con las posibilidades de clase, cultura y política de cada contexto (9).
- Esclarece que las condiciones individuales están supeditadas a procesos supra-individuales, históricos y de relaciones sociales (10).
- Incorpora el principio de multiplicidad, que permite reconocer la diferencia y la alteridad, estudiar la ecología política y la etno-epidemiología, así como la triangulación de procedimientos cuantitativos y cualitativos (7).
- La ventaja de la determinación social, sobre la visión de los factores de riesgo, está en que la primera asume que la posición social de un individuo es más relevante que su comportamiento individual (7).

En contraste con la postura latinoamericana de la determinación social, las Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado el modelo de los Determinantes sociales de la salud, cuyos componentes se hacen explícitos en la tabla 2 (11).

Tabla 2. Determinantes sociales de la salud, según la OMS.

Determinantes	Componentes
Estructurales	Gobierno, Políticas públicas y sociales. Posición socio-económica. Clase social y género. Educación, Ocupación e Ingreso.
Intermedios	Circunstancias materiales: condiciones de vida, trabajo, disponibilidad de comida. Factores biológicos y conductuales.

Un elemento transversal entre los determinantes estructurales e intermedios de la salud es la cohesión y el capital social. En conjunto, los determinantes estructurales e intermedios, más la cohesión y el capital social, son los que impactan y definen la salud y el bienestar de las poblaciones (11).

Desde la OMS, el énfasis de los determinantes sociales de la salud está en el diseño e implementación de políticas basadas en la acción intersectorial, la participación social y el empoderamiento social, con el propósito de reducir las inequidades, la exposición a factores de riesgo y las consecuencias inequitativas de la enfermedad en términos sociales, económicos y de salud (11).

En último término, se busca subsanar las desigualdades sanitarias, las cuales son determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. Para ello, la Comisión de determinantes sociales de la salud recomienda mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones (11).

Estudios relacionados con la determinación y los determinantes sociales de la salud.

Vale precisar que la literatura relacionada con este tema es prolija, para los fines de este estudio se reseñan algunos estudios de nuestro país, en los que el lector podrá ampliar la fundamentación teórica y metodológica de esta perspectiva.

- En nutrición y desarrollo psicomotor, el estudio de Carmona, concluyó que las altas deficiencias nutricionales y de desarrollo de preescolares de Urabá (Antioquia) “*están lógicamente determinadas por las condiciones de vida de las familias y el grupo social*” (12).
- En desnutrición, anemia y deficiencias de hierro y vitamina A, se ha indicado que entre 1965 y 2013 no se han registrado avances en las condiciones de vida de Urabá, dichas condiciones desfavorables son derivadas y mantenidas por el modelo económico-político de Colombia, el cual impiden mejorarlas e intervenir los problemas de salud (13).
- En malaria se han reportado análisis en los que se busca superar su estudio clásico desde el paradigma positivista y la concepción biomédica de la enfermedad, a partir de una perspectiva socio-biológica, en el que las características fenotípicas y genotípicas se articulen con las dimensiones históricas y sociales de los escenarios donde ocurre la enfermedad (14).
- En tuberculosis, se ha identificado la determinación de factores sociales en su ocurrencia, curación o muerte del infectada (15).

- Acero y colaboradores, estudian el hambre desde una perspectiva de la determinación social de la salud (16).
- Camargo y colaboradores, proponen la necesidad de desarrollar un modelo de análisis del deporte, la cultura física y la recreación desde la determinación social (17).

Adicional a esto, otros autores han ampliado algunos dilemas conceptuales en torno de las diferencias entre determinación y determinantes sociales, así:

- El grupo de Morales precisa que “*las diferencias entre la determinación social y los determinantes sociales de la salud no son sólo conceptuales, son también ético-políticas*”, dado que tienen diferentes explicaciones de la etiología de las enfermedades y sus riesgos; ello permeado por las visiones latinoamericanas (determinación) y anglosajonas (determinantes) de las relaciones de poder, la ética y el proceso salud enfermedad; es decir el dilema determinación o determinantes no es sólo gramatical, sino epistemológico, metodológico y ontológico (18).
- Por su parte, el texto de Peñaranda y Otálvaro resalta los siguientes puntos: *i)* la importancia de los determinantes sociales por la conformación de la comisión internacional de la OMS, *ii)* la realización de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, en Río de Janeiro en el 2011, *iii)* la necesidad de resignificar la salud pública, brindándole mayor trascendencia social, política e institucional, *iv)* desde la década de los setentas la medicina social latinoamericana y la salud colectiva han presentado desarrollos, desde los cuales se critica la propuesta de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; *v)* en términos generales, los determinantes y la determinación presentan diferencias *crasas* en sus bases epistemológicas, teóricas y políticas; con repercusiones directas en la concepción e intervención de la salud pública; *vi)* la propuesta de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud es promovida por la OMS, la determinación social de la salud por la Medicina Social latinoamericana, lo que redundaría en divergencias epistemológicas, teóricas, éticas, metodológicas y prácticas (4).
- Breilh expone tres grandes críticas, desde la determinación social: *i)* a la epidemiología clásica y su fundamentación positivista que deriva en los modelos causales relacionados con los factores de riesgo, *ii)* al modelo empírico-funcionalista de la epidemiología ecológica en el que los sistemas ecológicos se reducen a visiones empíricas del agente, huésped y ambiente, y *iii)* al modelo de los determinantes sociales de la salud de la OMS que perpetúa el “causalismo” de la epidemiología clásica y convierte los asuntos estructurales de la determinación social en variables adicionales del modelo clásico, sin el componente histórico, ni una crítica directa de la organización social de la sociedad de mercado (19).
- Restrepo en el texto sobre “*Determinismo/indeterminismo y determinación: implicaciones en el campo de la salud pública*”, diferencia los determinantes propuestos por la OMS y la “*determinación social de la salud y la vida*” de la salud colectiva latinoamericana (20).

Acepciones de salud pública, epidemiología, clínica y epidemiología clínica.

Lo expuesto evidencia la confluencia de la determinación y los determinantes sociales con la salud pública, la epidemiología y la clínica; la primera como abordaje del proceso salud enfermedad en perspectiva poblacional, la segunda como la disciplina que aporta los métodos

para su estudio en el mismo nivel y la clínica como abordaje del proceso en el plano individual.

Dado que en algunos escenarios, no se establecen las diferencias entre las tres, vale precisar algunas consideraciones conceptuales sobre salud pública, epidemiología y clínica.

La noción de salud pública es polisémica, en este sentido se ha aludido como saber, como práctica y como realidad social. Como saber refiere una disciplina cuyo objetivo radica en “*comprender y explicar la salud de los grupos humanos*”; la forma de materializar dicho objetivo está determinado por las condiciones históricas, ideológicas, científicas y tecnológicas de cada contexto. Como práctica, la salud pública subsume la ocupación de los salubristas, la gestión de servicios sanitarios, políticas públicas y la respuesta social frente a la prevención de la enfermedad, la promoción y recuperación de la salud. Como realidad social, la salud pública es un cúmulo de vivencias colectivas de orden objetivo (características del ambiente, condiciones de vida, proceso económico de producción) y subjetivo (valoración de la salud) (21).

Por su parte, la epidemiología es el estudio de la distribución y determinantes de los problemas de salud en una población específica y la aplicación de este estudio al control de la enfermedad. Estudia el proceso salud-enfermedad con base en la medición de la enfermedad y su distribución en la población antes, durante y después de la implementación de acciones preventivas u otras intervenciones. Sus principales objetivos incluyen *i)* estudiar la etiología de la enfermedad y sus factores de riesgo, *ii)* determinar la extensión de la enfermedad en la comunidad, *iii)* conocer la historia natural y el pronóstico de la enfermedad, *iv)* evaluar medidas terapéuticas, preventivas y la prestación de los servicios de atención en salud, *v)* proporcionar la base para obtener normativas públicas y tomar decisiones sanitarias (1).

En términos metódicos, la epidemiología y la clínica siguen una misma lógica, aplicado a escenarios diferentes, la clínica se focaliza en el enfermo con la finalidad esencial de diagnosticar y brindar tratamiento, la epidemiología se focaliza en la enfermedad y su presentación en una comunidad con la finalidad de determinar su causalidad y formas de control. Los métodos clínicos y epidemiológicos, a pesar de las diferencias en sus alcances, resultan complementarios y posibilitan la investigación transdisciplinar y una mayor asertividad en solución de problemas de salud (22).

La disyunción entre epidemiología y clínica puede sustentarse en su desarrollo, la primera ligada a programas de control de enfermedades infecciosas (con la transición epidemiológica al de las enfermedades no infecciosas), al desarrollo de investigación cuantitativa y a la epidemiología de los factores de riesgo. Por su parte la clínica, posterior a la II Guerra Mundial, se desarrolla en los hospitales, unida a la Microbiología, el laboratorio clínico, los rayos X y la anatomía patológica, y con los avances tecno-científicos se especializó aún más en la evaluación del enfermo (22).

A partir de experiencias e interrelaciones entre ambas disciplinas, en 1958 *John R. Paul* publica el primer libro reconocido sobre Epidemiología Clínica, en el que se indica que la epidemiología clínica y no clínica pueden formar parte del trabajo médico. En la misma línea de la epidemiología clínica, *Alvan Feinstein*, aporta obras relevantes en la experimentación

clínica que en la actualidad sustentan parte de la Medicina Basada en la Evidencia. *David L. Sackett*, indica que la racionalidad epidemiológica y la bioestadística, sumados a los juicios propios del quehacer médico, mejoran la exactitud y la eficacia del diagnóstico, del pronóstico, del tratamiento (22).

En este sentido, vale precisar que la figura del clínico epidemiólogo en algunos países como Cuba, no fue aceptada debido a que se consideraba que la epidemiología reducía el acto clínico a la aplicación de guías, algoritmos y decisiones matemáticas, lo que no resulta coherente con la tradicional médica clínica. Esto llevo a que la Epidemiología Clínica se circunscribiera a centros de investigación científica, fundamentalmente ensayos clínicos y evaluación de pruebas diagnósticas; mientras que el epidemiólogo (no clínico) focalizó sus competencias en acciones de vigilancia, promoción y control (22). Lo expuesto pone de manifiesto los nexos existentes entre la racionalidad epidemiológica y la clínica.

Por otra parte, en relación con los nexos entre epidemiología y salud pública, autores como García consideran que la investigación epidemiológica constituye un elemento esencial para el progreso de la salud pública considerando que la primera es un enlace entre las ciencias sociales y biológicas. A diferencia de la epidemiología, la salud pública no sólo genera información sobre un fenómeno, sino que debe tomar los conocimientos derivados de la epidemiología y de áreas relacionadas como la conducta, la educación, la comunicación y en general las ciencias sociales, y transformarlos en acciones que mejoren la salud (23).

En términos generales, la epidemiología debe focalizarse en la generación de evidencias para orientar la toma de decisiones y generar el contenido empírico de la salud pública, mientras que ésta última, a partir de la evidencia generada en fuentes diversas (investigación epidemiológica, de ciencias sociales y otras) debe generar modelo teóricos para observar, interpretar e intervenir los problemas de salud (23).

Conclusión

La presentación de estos contenidos constituye un punto de partida para que los estudiantes de áreas de la salud dispongan de un resumen de conceptos que les permita una reflexión de las acepciones que orientan o predominan en su praxis, particularmente la determinación y los determinantes sociales como enfoque articulador de la clínica, la epidemiología y la salud pública.

REFERENCIAS

1. Gordis L. Epidemiología. 3ra Ed. España: Elsevier. 2005.
2. Cardona A. Re-Conocimiento de la utilidad de la epidemiología descriptiva. *Medicina & Laboratorio*. 2013;19(3-4):109-10.
3. Martínez O. La epidemiología en busca de contexto social. *Acta Med Colomb*. 2012; 37(2): 93-6.
4. Peñaranda F, Otálvaro G. Editorial: El debate determinantes-determinación social de la salud: aportes para la renovación de la praxis de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013;31(supl 1).
5. Arredondo A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad. Saúde Públ*. 1992; 8 (3): 254-61
6. Espinosa A. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013;39(1):1-3.

7. Breilh J. Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Editorial Lugar. 2003.
8. Castellanos P. Los modelos explicativos del proceso salud–enfermedad: los determinantes sociales. En: Martínez J, Castellanos P, Mermet P. Salud Pública. Madrid: Mc Graw Hill. 1998.
9. Breilh J, Tillería M. Aceleración global y despojo en Ecuador: El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar Ediciones Abya-Yala. 2009.
10. Ávila R, Bravo E, Breilh J, Campaña A, Paz C, Peña L, et al. El sistema de aspersiones aéreas del Plan Colombia y sus impactos sobre el ecosistema y la salud en la frontera Ecuatoriana. Quito: Manthra Editores. 2007.
11. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Internet] 2015. [Consulta 20 May 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/closing_the_gap_how_es.pdf.
12. Carmona J, Correa A. Determinación social de la desnutrición y el retardo sicomotor en preescolares de Urabá (Colombia). Un análisis con la Epidemiología Crítica. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(1): 40-51.
13. Carmona J, Correa A. La determinación social de la salud-enfermedad: el caso de los parásitos intestinales y la desnutrición en niños y familias en Urabá, Colombia. Medicina Social. 2013;8(1):73-84.
14. Pineros J. Malaria y determinantes sociales de la salud: un nuevo marco heurístico desde la medicina social latinoamericana. Biomédica. 2010,30(2):178-87.
15. Cortés C. Tuberculosis y determinantes sociales; una propuesta para un tratamiento integral de una antigua enfermedad. Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria en la Oficina del PNUD. Cuba: PNUD. 2013.
16. Acero M, Caro I, Henao L, Ruiz L, Sánchez G. Determinantes sociales de la salud: postura oficial y perspectivas críticas. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013;31 (supl 1): S103-S110.
17. Camargo D, Gómez E, Ovalle J, Rubiano R. La cultura física y el deporte: fenómenos sociales. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013;31 (supl 1): S116-S125.
18. Morales C, Borde E, Eslava J, Concha S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev. Salud pública. 2013;15(6):797-808.
19. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.
20. Restrepo D. Determinismo/indeterminismo y determinación: implicaciones en el campo de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31 (supl 1): S42-S46.
21. Gómez R. la noción de “salud pública”: consecuencias de la polisemia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2002;20(1):101-16.
22. Martínez S, Ramis R. El método clínico, el método epidemiológico y la Epidemiología Clínica. Revista Cubana de Salud Pública. 2012;38(4):615-21.
23. García F. La epidemiología moderna y la nueva salud pública. Rev San Hig Púb. 1994; 6X: 101-105.