



## **Modelos determinísticos de la salud desde la perspectiva anglosajona y latinoamericana.**

Ferrán Torres R, MSc. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado \*

<https://orcid.org/0000-0003-0797-6797>

González Díaz A, MSc. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado

<https://orcid.org/0000-0001-5579-7377>

Pérez Chacón D, Dr. C. Profesor Titular. Investigador Titular

<https://orcid.org/0000-0003-2993-933X>

González Ochoa D, Dr. C. Profesor Titular y Consultante. Investigador Titular

<https://orcid.org/0000-0002-8505-2429>

Departamento de Epidemiología. Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí

### **RESUMEN**

Existen dos corrientes principales de pensamiento epidemiológico en torno a la comprensión social de la salud con implicaciones para la conceptualización y abordaje de los determinantes sociales: la anglosajona y la latinoamericana. Se examinaron semejanzas y particularidades de ~~ambas líneas~~ ambas líneas de pensamiento sobre los determinantes sociales de salud desde 1970 hasta 2019. Fueron descritas las características esenciales y generales de algunos modelos determinísticos y los contrastes de sus enfoques. Como resultado se obtuvo que las dos corrientes de pensamiento presentan diferencias conceptuales e implicaciones prácticas, aparentemente divergentes, se entrecruzan entorno a una comprensión social de la salud, que se construye sobre la base del reconocimiento de la incorporación biológica, de las experiencias de vida de las personas en diversos contextos sociales y ecológicos. Se muestra que las interacciones entre los modos, estilos o condiciones de vida se relacionan con las problemáticas de salud y bien desde niveles estructurales, intermedios y personales o singulares, particulares y generales, dan cuenta tanto de los determinantes sociales de la salud como de la determinación social de la misma. A pesar de que subyacen dos nociones complejas e históricamente construidas: la noción de justicia y de equidad son la esencia del discurso de los dos enfoques, han retado a la salud pública en la práctica, por tanto, es requisito que sean medidas y monitoreadas y que permitan discriminar el impacto de las diferentes actuaciones de salud sobre personas y poblaciones.

### **DESARROLLO**

El estudio de los determinantes en la salud pública y la epidemiología se comienzan a extender por el mundo a mediados de la década del 60 e inicios de los años 70, cuando epidemiólogos y médicos comenzaron a reconocer que las enfermedades que azotan a la sociedad están determinadas por algo más que la biología humana o el ambiente, algo que dependen más de la forma en que los hombres se relacionan, crean y recrean sus formas de vida. <sup>(1-3)</sup>

Desde 1973 y hasta la actualidad, numerosas han sido las publicaciones que abordan conceptual y/o operativamente el tema de los determinantes de los niveles de salud, una gran mayoría de ellas, provienen de países de altos ingresos, (4-7) que han adaptado estos modelos para explicar la situación de salud de sus poblaciones. (8,9,10,11)

En el marco del Estado de bienestar europeo, después de la segunda mitad del siglo XX, se desarrolló la epidemiología social anglosajona, en sintonía con cierta visión crítica de autores que modificaron el modelo epidemiológico clásico al destacar, como elemento importante, las desigualdades sociales en salud. (12,18) Más tarde otros autores realizaron una propuesta más concreta sobre determinantes sociales de la salud que servirá de referente para el trabajo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS. (2,12) En su informe, la CDSS corrobora, con suficiente evidencia, que las condiciones de vida determinan la manera como las personas enferman y mueren y, a su vez, propone mejorar dichas condiciones, y luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, para así eliminar las desigualdades injustas en salud, en una generación. (2,3) En la segunda reunión de la CDSS, se consideraron como modelos influyentes los propuestos por: Dahlgren y Whitehead (1991); Diderichsen y Hallqvist (1998, posteriormente adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehead 2001), Mackenbach (1994); Marmot y Wilkinson (1999). (2)

En Latinoamérica, por su parte, se desarrolla el movimiento de la medicina social y la salud colectiva a finales de los años 60 y comienzos de los 70, del siglo XX, bajo la influencia del pensamiento marxista, la revolución cubana, las luchas antiimperialistas y la búsqueda de un desarrollo propio garante de la soberanía de los pueblos. (12,16,19,20) Las discusiones sobre las condiciones de salud y de vida de los colectivos humanos propiciaron en la década de los años 60 la conformación de una corriente de pensamiento que se agrupó alrededor del llamado Movimiento latinoamericano de Medicina Social (MLMS). Este movimiento, del que participaron destacados académicos de los distintos países de la región, se postuló desde sus inicios como una propuesta contra hegemónica a la epidemiología y la salud pública clásica-tradicional y para ese fin ha desarrollado una serie de planteamientos teóricos y epistemológicos centrados en categorías políticas y sociológicas marxistas, para analizar la determinación de las condiciones de vida. (12)

En la segunda mitad del siglo XX, se configuraron dos corrientes de pensamiento principales en torno a la comprensión social de la salud: el primero derivado del saber epidemiológico clásico pero convertido en epidemiología social anglosajona y el segundo ejercido como propuesta alternativa a la epidemiología clásica y devenido en la medicina social y salud colectiva latinoamericana. (12,13)

En este devenir histórico, se han desarrollado varios modelos para mostrar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales afectan los resultados de salud, para hacer explícitas las relaciones entre los diferentes tipos de determinantes de salud; y para localizar puntos estratégicos para la acción política. (14,15,16,17)

Esta comunicación tiene como objetivo examinar las características y contrastes de las diferentes corrientes de pensamiento anglosajones y latinoamericanos

## MÉTODOS

Se realizó una síntesis de evidencia narrativa ~~de la~~ [literatura](#) relacionada con los determinantes sociales de los anglosajones y la determinación social latinoamericana, desde 1970 hasta 2019 en las bases de Pubmed y Scielo. Fueron descritas las características esenciales y generales de algunos modelos determinísticos y los contrastes de sus enfoques. Se mostraron diferentes modelos con las dos corrientes de pensamiento: autor y año de publicación, tipo de corriente de pensamiento, características esenciales y otras características generales. También se presentan los contrastes de cada uno.

## RESULTADOS

Los modelos más influyentes se agrupan en dos: los que se refieren a los determinantes sociales (anglosajones) y los que optan por la determinación social de la salud como proceso (latinoamericanos). Para cada modelo, son mostrados: los autores, año de publicación y las características esenciales. (Tabla 1)

Según la CDSS, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Circunstancias que son el resultado de la distribución desigual del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local; que depende a su vez de las políticas adoptadas. Explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables, observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. En la concepción del MLMS, la “salud-enfermedad” se reconoce como una expresión de las condiciones de vida históricamente determinadas/estructuradas, que dependen de las formas de organización social de la producción y que generan diferencias en la calidad de vida de los grupos humanos. En sus distintas etapas, el MLMS ha promovido la transformación de las ideas del causalismo hacia la noción de determinación, y para ello ha utilizado categorías centrales de análisis como: reproducción social; modos de vida; determinación social; clases sociales, inequidad y concentración de poder. Más recientemente ha propuesto las categorías de neohumanismo popular, la nueva subjetividad, la exposición/imposición y la interculturalidad. (Tabla 2)

En este sentido, comprende que los grupos de cada clase social, de acuerdo a su modo de inserción en la esfera productiva, a sus patrones de consumo, a sus formas específicas de organización e interacción, su cultura, su contexto histórico y su relación con el medio ambiente, pueden soportarse en fuerzas positivas que protegen su salud y les permiten avanzar durante su ciclo vital con calidad de vida, o al contrario, afrontar procesos destructivos que los constriñen y deterioran. A esto es lo que denominan la determinación social de la salud-enfermedad, resultado del movimiento histórico-social de la reproducción, sus relaciones, sus estructuras de poder y sus contradicciones. (12,21,22) De esta manera, analiza la determinación de la salud y el bienestar a partir de las formas de organización social y de las estructuras económicas y sociales que subsumen o condicionan lo natural y lo biológico en sus dimensiones general, particular y singular. (12,23,24,25). (Tabla 2)

**Tabla 1. Modelos de determinísticos anglosajones y latinoamericanos, 1970-2019.**

Autor y año	Tipo de corriente de pensamiento	Características esenciales
El modelo holístico de Laframboise 1970- Lalonde (1974)	Anglosajona	• Clasifica los determinantes de la salud en cuatro grandes grupos: la biología humana, el medio ambiente, los hábitos o estilos de vida y la organización de los servicios de salud
Dahlgren y Whitehead (1992)	Anglosajona	• Explica cómo las desigualdades sociales en salud son el resultado de las interacciones entre los diferentes niveles de las condiciones causales, de lo individual a las comunidades a nivel de las políticas nacionales de salud.

Diderichsen y 1998 Hallqvist el modelo fue adaptado por Diderichsen, Evans y Whitehead (2001).	Anglosajona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los contextos sociales crean la estratificación social y asignan los individuos a diferentes posiciones sociales, lo que determina su estado de salud.</li> </ul>
Mackenbach et al (1994)	Anglosajona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Infancia, medio ambiente, factores culturales y los factores psicológicos se incluyen en el modelo, que reconocen su contribución a las desigualdades en salud a través de la selección y la relación de causalidad.</li> </ul>
Marmot y Wilkinson (1999)	Anglosajona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este modelo relaciona la estructura social con la salud y la enfermedad a través de las vías material, psicosocial, y conductual.</li> </ul>
OMS, (2007)	Anglosajona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los gobiernos deben tomar la iniciativa en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud, con el fin de alcanzar la equidad sanitaria.</li> </ul>
Álvarez y colaboradores en Cuba.2015-2017	Latinoamericana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo de determinación social de la salud, configurado a partir de premisas y factores que tienen efecto en los indicadores de daño y desigualdades en salud</li> <li>• La producción social de la salud y su determinación, es una resultante del sistema social que se vive, de la ideología que impera y de la cultura dominante.</li> </ul>
Breilh (1976/1977) (2013)	Latinoamericana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asume los procesos colectivos o grupales como elemento irreductible a lo individual y espacio de intervenciones.</li> <li>• La epidemiología crítica es el conjunto de condiciones, ideas y prácticas/organizaciones que conforman un movimiento, social e históricamente determinado, que llevan a efecto los seres humanos,</li> <li>• Pensar en los problemas de salud con un sentido crítico, actuar en una línea de emancipación respecto a los procesos malsanos que provoca en los órdenes general, particular y singular, con una ruptura hacia una sociedad sustentable, soberana, solidaria y saludable en todos sus espacios colectivos, familiares e individuales</li> </ul>
Pedro Luis Castellanos. 1998	Latinoamericana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La interacción entre los determinantes de salud con la categoría condiciones de vida,</li> </ul>

		son los procesos generales de reproducción de la sociedad que actúan como mediadores para conformar el modo de vida de la sociedad como un todo y la situación de salud específica de un grupo poblacional dado.
Luz María Mejía 2013	Latinoamericana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir del informe de la CDSS y de las discusiones generadas por el MLMS, es evidente que ha resurgido</li> <li>• un reposicionamiento del tema en la agenda política y académica.</li> <li>• Los procesos reflexivos, investigativos y de intervención en salud pública, no deben limitarse a reconocer y explicar los DSS, sino principalmente a buscar la manera de actuar sobre ellos y estimular procesos de organización y de movilización que ayuden al proceso de transformación social.</li> </ul>
Jaiberth A Cardona Arias(2016)	Latinoamericana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios relacionados con las diferencias epistemológicas, teóricas, metodológicas y políticas de los determinantes y la determinación social.</li> </ul>
Sindy Cheesman (2019)	Anglosajona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un avance importante en esta línea ha sido el desarrollo de una nueva generación de indicadores, llamados «indicadores agregados de salud», que combinan los datos de mortalidad, con los de morbilidad y la calidad de vida se crearon indicadores más integrales, que miden el estado de salud como un estado de bienestar “completo “ (como lo define la OMS)</li> </ul>

Fuente: [Documentos-Literatura](#) revisados por los autores

**Tabla 2: Enfoques de los determinantes sociales de la CDSS y la determinación social del MLMS**

Diferencias de las corrientes de pensamiento	CDSS	MLMS
<b>Epistemológicas</b>	entienden la sociedad en su realidad poblacional, como sumatoria de individuos	asume la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual
	sostienen una perspectiva funcionalista de la sociedad, con privilegio de la idea de homeostasis como pauta y de	sostiene una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde

	cualquier alteración como desviación	lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social
	ven lo subjetivo referido al individuo y separado de lo objetivo y de lo social que lo contiene. De allí que las condiciones de vida se entiendan como factores de riesgo sin historia, cuya relación con el individuo está dada por la probabilidad, en un lugar y tiempo definido	identifica distintas formas y jerarquías de la determinación de los procesos de salud y enfermedad humanos para comprender la dialéctica de lo humano y la génesis de las desigualdades e inequidades
<b>Ontológicas</b>	Definen la estratificación social con base en los contextos sociales los cuales determinan la salud por las diferencias en educación, ubicación laboral, ingresos y cohesión social de los individuos y los determinantes intermedios se concretan en las condiciones de vida de la gente por medio de la exposición y vulnerabilidad diferenciales de los individuos	No privilegia ni al sujeto ni a la sociedad, recoge en la categoría de modos de vida tanto procesos de producción, como de reproducción, deterioro y desgaste, y niveles del proceso salud enfermedad en lo singular, particular y general. Los sujetos no están expuestos a un medio ambiente externo ni reciben el efecto de factores de riesgo contenido en este ambiente. Los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida impuestas por un todo social
	entienden que los resultados en salud están relacionados con un contexto social donde la posición social del individuo genera exposición y vulnerabilidad diferencial que explica la distribución de las inequidades en salud, pero invisibiliza las fuerzas en tensión y relaciones de poder de la sociedad	releva las relaciones de poder y exalta las dinámicas de acumulación de capital como esenciales para entender la determinación social de los procesos salud-enfermedad que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, las falencias de los soportes sociales y las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia
	buscan evidenciar las causas de las enfermedades como producto de la exposición a factores de riesgo, sujetas a la	por su parte, reconoce el fuerte vínculo de la ciencia y la política, y establece como propósito central de la

<b>Praxiológicas</b>	vulnerabilidad diferencial del individuo y al tiempo de exposición a nivel de lo empíricamente observable. Ambas propiedades individuales son asignadas al sujeto, aunque se señalen factores estructurales que funcionan como determinantes de dicha exposición.	investigación y de la acción, la transformación social
	confieren mayor potencial de cambio a las acciones estatales orientadas a fortalecer las políticas y programas sociales, los acuerdos económicos y la gestión política sin cuestionar las bases estructurales de las inequidades en salud que están relacionadas con el modelo de acumulación capitalista	otorga peso a los cambios en la correlación de fuerzas sociales y a la transformación de la calidad de vida con base en la contra-hegemonía de las clases subordinadas frente al poder económico, ideológico y político de las clases dominantes
	una sociedad justa se caracteriza por proporcionar un alto grado de libertad a todos sus miembros por igual. Esto implica que las desigualdades de salud en sí mismas no son intrínsecamente problemáticas, ya que las desigualdades que son el resultado de elecciones libres de una persona son aceptables y justas	la inequidad social es entendida como resultado de las desigualdades sociales en las relaciones de poder y de dominación. Dichas relaciones enajenan al sujeto de sus posibilidades de realización vital, en tanto configuran una matriz de “triple inequidad” conformada por la inequidad de género, de etnia y de clase social

[Fuente: Literatura revisada por los autores](#)

[Fuente: Documentos revisados por los autores](#)

## CONSIDERACIONES FINALES.

Es evidente que en diferentes contextos y momentos se han planteado modelos relacionados con la determinación social, pero la disyuntiva esencial se plantea en la catalogación del componente estructural y su relación con el poder político del grupo poblacional dominante. <sup>(16-18)</sup> La historia lo demuestra desde la comunidad primitiva, donde el trabajo, los bienes y conductas de los miembros de esas comunidades dependían de las decisiones del líder de la tribu. Esto fue reforzado en el periodo esclavista con los pueblos colonizados. Esto demuestra que las clases sociales no surgen espontáneamente, sino dependen de las acciones del poder dominante.

En el contexto cubano, existe un documento esclarecedor, que explica la importancia de alcanzar los objetivos trazados desde la revolución iniciada en 1868.<sup>(19)</sup> No hay dudas que con el triunfo de la Revolución cubana, se logra un progreso en el campo de la educación, la salud, seguridad social, la investigación-innovación, la cultura y el arte que no se habían podido alcanzar hasta que el modo de vida dependiente de la formación socioeconómica marcó la determinación social en sus dimensiones estructurales, intermedias e individuales.<sup>(16,24-27,20-24)</sup>

Un enfoque inicial de la determinación social dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible lo constituye el cambio de paradigma.<sup>(28,29,25-29)</sup> En nuestro equipo de trabajo no falta un llamado de atención en ese sentido.<sup>(29)(28,30)</sup>

## CONCLUSIONES

A pesar de que subyacen dos nociones complejas e históricamente construidas: la noción de justicia y de equidad son la esencia del discurso de los dos enfoques, han retado a la salud pública en la práctica, por tanto, es requisito que sean medidas y monitoreadas y que permitan discriminar el impacto de las diferentes actuaciones de salud sobre personas y poblaciones.

## LOS AUTORES NO TIENEN CONFLICTOS DE INTERESES

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Barrios R, Castañeda W. Determinantes sociales de la salud. Universidad San Carlos de Guatemala. Centro Universitario de Occidente. Compilación docente. [Internet];2020.Disponible en: <http://medicina.cunoc.edu.gt/articulos/0d3e2204b16b811464f7624a1d56c54b3d488693.pdf>
2. OMS. Commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. (Discussion paper. Geneve: [Internet];2007.Retrieved from [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)
3. Frank J, Abel T, Campostrini S, Cook S, Lin VK, McQueen DV. The Social Determinants of Health: Time to Re-Think? Int J Environ Res Public Health. [Internet]; 2020;17(16):5856. doi: 10.3390/ijerph17165856.
4. Zapico Sánchez Y, Gayol Suárez J A, Villadangos Fernández M, Argüelles Sampedro M. Determinantes de la salud. [Internet];2020 . Ocronos - Editorial Científico-Técnica. España. <https://revistamedica.com/determinantes-salud-modelos/>
5. Peter F, Evans T. Ethical dimensions of health equity. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (ed.). Challenging inequities in health: from ethics to action. London: Oxford University Press; 2001. p. 25-33
6. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services. 1992;22(3):429-445.
7. Diederichsen F, Evans T, Whitehead M. Chapter 2: the social basis of disparities. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, (eds.). Challenging inequities in health. London: Oxford University Press; 2001. p. 53-64.
8. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. Soc Sci [Internet];2012;75(4):761-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031>
9. Wilkinson R, Marmot M, (eds.). Social determinants of health: The solid facts. Copenhagen: World Health Organization; 2003
10. Álvarez Toste M, Gámez Sánchez D, Romero Placeres M. Higiene y Epidemiología. Aspectos básicos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2021.
11. Álvarez Pérez AG, García Carmona M, Pérez Jiménez D. Modelo del análisis de situación de salud enfocado a los determinantes sociales de la salud. En: Martínez Calvo S, editor.

- Análisis de situación de salud. Una nueva mirada. 3ra ed; [Internet];2020 . p. 155-174. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/analisis\\_situacion\\_salud\\_3ra.ed/analisis\\_situacion\\_salud.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/analisis_situacion_salud_3ra.ed/analisis_situacion_salud.pdf)
12. Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda J C., Concha-Sánchez S C. ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev. salud pública . [Internet];2013 Nov ; 15( 6 ): 810-813. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642013000600001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642013000600001&lng=en)
  13. Mejía LM. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet];2013; 31(1): 28-36. Disponible en:<https://www.redalyc.org/pdf/120/12028727003.pdf>
  14. Caballero E, Moreno M, Sosa M, Mitchell E. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. Rev Cuba Salud.[Internet]; 2012 [citado 9 ago 2022];15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/infodir-2012/infodir1215d.pdf>
  15. Jorge A. García-Ramírez y Consuelo Vélez-Álvarez. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. Rev. salud pública. [Internet]2013;15 (5): 731-742. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n5/v15n5a09.pdf>
  16. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet];2013; 31(1): 13-27. Disponible en:<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
  17. Cardona-Arias JA. Cardona-Arias JA, Salas-Zapata WA, Carmona-Fonseca J. Determinación y determinantes sociales de la malaria: revisión sistemática, 1980-2018. Rev Panam Salud Publica. [Internet];2019;43:e39. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2019.39
  18. Cheesman Mazariegos SS, Beber A E R. Determinantes sociales de la Salud. Universidad San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Compilación docente. ;2019[Internet]. Disponible en: <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2019/03/doc-dss-2019.pdf>
  19. García Gómez A. Castro Ruz, Fidel (2005). La historia me absolverá. **EduSol** [Internet];2022;22(78):216-219. Disponible en : <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
  20. García Ramírez J A, Vélez Álvarez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. Rev. salud pública. [Internet];2013 [cited 2022 Aug 22] ; 15( 5 ): 731-742. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n5/v15n5a09.pdf>
  21. Breilh, J. Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003. p. 18-37
  22. Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. The Lancet 2011; 377: 1724-1725
  23. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. [Editorial]. Revista Saúde em Debate 2009; 33(83): 341-342
  24. Breilh, J. Epidemiología crítica y la salud de los pueblos.Ciencia ética y valiente en una civilización malsana. 2021. 1ra Ed. Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador. Oxford University Press.pp 41-66 DOI: 0.1093/med/9780190492786.001.0001
  25. ~~Linares Pérez N. Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. Rev Cubana de Sal Públ [Internet];2014; 41 (1) Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/299>~~
  - 26-25. Rodríguez Milord O. Vigilancia de la salud pública [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022

- 27-26. Ferrán-Torres R, González-Díaz A, González-Ochoa E. Modelo general de la determinación social de la salud para la tuberculosis. Arch méd Camagüey. [Internet];2023 ; 27:e9219 Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9219>
- 28-27. Organización Mundial de la Salud. Implementación de la Estrategia Fin de la TB: aspectos esenciales. Ginebra: OMS; 2016. 113 p. Disponible en: [https://www.who.int/tb/publications/2015/end\\_tb\\_essential\\_spanish\\_web.pdf?ua=1](https://www.who.int/tb/publications/2015/end_tb_essential_spanish_web.pdf?ua=1)
- 29-28. Cambio de Paradigma. 2016-2020. Plan Global hacia el Fin de la Tuberculosis. [Internet];Disponible en: [http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB\\_TheParadigmShift\\_2016-2020\\_StopTBPartnership.pdf](http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf)
- 30-29. Pérez Chacón D, González Ochoa E, Álvarez Pérez AG. Meta de eliminación de la tuberculosis en Cuba: un llamado a la investigación de los determinantes sociales asociados a la enfermedad. Rev Cubana Med Trop . [Internet]; 2019 ;71(3). Disponible en: <http://www.revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/423/295>