

## **El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población**

### **Social approach as an essential element of the work in favor of the population's health**

**Rosario García González**

Académica Titular. Academia de Ciencias de Cuba. La Habana, Cuba.

---

## **INTRODUCCIÓN**

La preocupación por la salud del hombre es tan antigua como el propio surgimiento de la humanidad, y el reconocimiento de la interdependencia entre el desarrollo de la salud de la población y el desarrollo social tuvo sus primeras manifestaciones en los papiros egipcios,<sup>1</sup> y ya en la segunda mitad del siglo xx no hay discusión sobre la influencia directa de las relaciones sociales en la salud de la población,<sup>1,2</sup> pero no por ello se puede afirmar que este enfoque social de los problemas de salud haya tenido un desarrollo uniforme y continuo en el tiempo, ni que haya llegado a nuestros días libre de barreras y conflictos.<sup>3</sup>

Así, mientras el pasado siglo fue un fiel exponente de innumerables avances científico técnicos en materia de salud<sup>4</sup> y la década del 70 marcó un hito en la salud pública moderna con la declaración explícita de "la necesidad de una estrategia integral que no solo preste servicios de salud sino que también aborde las causas sociales, económicas y políticas subyacentes en la mala salud",<sup>5</sup> el siglo XXI dio entrada al nuevo milenio sin ver cumplida la meta de la Conferencia de Alma-Atá "Salud para todos en el año 2000."<sup>6</sup>

Por su parte, en la Declaración de la Cumbre del Milenio, se encuentran objetivos, metas e indicadores relacionados con salud,<sup>7</sup> pero terminada la primera década del siglo se sigue afrontando un franco desequilibrio entre los avances del siglo anterior

y su eficaz repercusión en la calidad de vida de la población y es que los avances tecnológicos y su introducción en la práctica están condicionados por las demandas particulares de cada contexto social en su momento histórico, están sujetos a las limitaciones y formas específicas de conocimiento de cada época y al desarrollo social.<sup>3</sup>

El objetivo del presente trabajo es abordar las dimensiones sociales de los procesos de salud en sus premisas teórico-metodológicas y su realización práctica con un enfoque integrador que responda a las actuales necesidades de salud de la población.

## **MÉTODOS**

A partir de la revisión bibliográfica, se abordarán las premisas del enfoque social en salud y se realizará un análisis contextual de la situación de salud en la actualidad para discutir otras alternativas en el quehacer salubrista y el papel de las ciencias sociales en el fortalecimiento teórico y las acciones prácticas de este enfoque integrador.

## **PREMISAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS**

El primer paso para la visión integral de los problemas de salud está precisamente en la definición del problema. Una estrecha visión que reduzca los problemas de salud a la presencia o no de determinada enfermedad y asiente su solución en la atención médica para controlar o superar el trastorno físico, resulta insuficiente en estos momentos.

En la medida en que las ciencias médicas logran superar este enfoque tradicional, centrado en el individuo y el afrontamiento a la enfermedad, como elemento antagónico a la salud, se deja de analizar esta como un concepto abstracto para definirla dentro del contexto histórico de determinada sociedad y en el momento específico de su desarrollo.<sup>8</sup>

Si la salud depende directamente del fenómeno social en que está inmersa, entonces un análisis de la situación de salud no puede obviar sus determinantes sociales: pobreza, globalización, inequidad, migración, deuda y privatización, entre otros.<sup>9,10</sup>

A su vez, este tránsito del enfoque biomédico hacia un enfoque social no surge ni espontánea ni casualmente.<sup>11</sup>

El desarrollo de las ciencias y sus diferentes ramas del saber, surge como necesidad de la práctica social, y si bien esta transformación tiene sus antecedentes en la etapa de descomposición del régimen feudal, es precisamente, el desarrollo de las fuerzas productivas en el capitalismo naciente, con su crecimiento industrial y el incremento de la pobreza en las clases explotadas quien obliga a la ciencia médica a transitar del enfoque de tratamiento médico individual al abordaje de la relación entre el desarrollo social y la salud de la población.<sup>7</sup>

La necesidad socioeconómica de la época generó nuevos objetos de estudio. Surgen la Salud Pública, dirección científica del quehacer para proteger la salud de la población<sup>12</sup> y la Medicina Social, que se ocupa del estudio de los determinantes sociales de la enfermedad y los servicios de salud.<sup>11</sup> Ambas disciplinas con un campo de conocimiento que obliga a la interdisciplinariedad y cuyo desarrollo está condicionado por las relaciones entre las prácticas de salud y la estructura social.<sup>7</sup>

Se amplía y fortalece el análisis de la relación entre desarrollo social y la salud. Se afronta la crisis del modelo biomédico y se trascienden los límites de la atención médica para buscar las diferentes maneras que tienen las clases sociales de enfermar y morir,<sup>12</sup> para comprender que todo el quehacer en el campo de la salud está en dependencia del proceso de producción económica.

Queda demostrado que:

- La pertenencia a determinada clase social, explica mejor que los factores biológicos, la distribución y el tipo de enfermedad predominante.<sup>8,10</sup>
- El estudio del nivel de vida supera a los estudios epidemiológicos en las acciones de prevención, pues los cambios en los procesos de salud no son efectivos si no se logran cambios en la estructura política y social.<sup>7,10,13</sup>
- La salud está enteramente relacionada con la distribución de la riqueza de la población.

## **DELIMITACIÓN ENTRE LO MÉDICO Y LO SOCIAL EN LOS PROBLEMAS DE SALUD**

Consecuentes con las premisas planteadas, correspondería ahora definir qué es un problema médico y qué un problemas social de salud. En el desarrollo histórico de las ciencias médicas se encuentra que, en sus inicios, el saber y el hacer se centraban en los aspectos anátomo-fisiológico de órganos y sistemas, en conocer la etiología y la etiopatogenia de las enfermedades, en la medida que el nivel de conocimiento científico de la época lo permitía.

El desarrollo histórico genera nuevas necesidades en la práctica social y obliga a afrontar las relaciones entre el proceso salud/enfermedad y el desarrollo social. No obstante, durante muchos años se mantendría la hegemonía del pensamiento médico sobre el social.<sup>14</sup>

La enfermedad -par antagónico de la salud- es considerada un asunto eminentemente "médico" que se afronta individualmente para curar o "restablecer" el orden físico. El programa de atención se centra en un rápido diagnóstico y eficaz plan terapéutico.

Solo se admite el estudio de las variables sociales cuando se abordan las epidemias, las enfermedades comunes en determinados grupos minoritarios y otros. Se atomiza el aval de lo social en el funcionamiento individual y se reduce la observación a la conducta personal.<sup>15</sup>

Ni que mencionar de aquellos temas que conciernen directamente a las ciencias médicas básicas, como estudios sobre el ADN, el genoma humano, o la ingeniería genética. Siguiendo esta línea de pensamiento, todos serían también problemas eminentemente "médicos."

Quedarían como problemas sociales de salud aquellos relacionados directamente con la salud de la población y aquellos estudios que incursionen en la interpretación del por qué determinados individuos, grupos o sectores poblacionales asumen una u otra conducta de salud.

Desde este punto de vista no resulta difícil clasificar los problemas de salud en médicos o sociales.

Un análisis más profundo del fenómeno da al traste con esta clasificación simplista:

- Cuando el cirujano está en el quirófano tratando de frenar un daño para restablecer determinado orden biológico, su acción es producto de todo el acervo de conocimiento acumulado en el desarrollo social y su práctica clínica es dependiente de la estructura social en que realiza la intervención quirúrgica. Por otra parte, el éxito o fracaso de esa acción tiene repercusión no solo en el individuo, sino también en el nivel de conocimiento y práctica médica y por último, en el contexto social donde el individuo se reincorpora a la actividad productiva o la afecta con mayor o menor grado de minusvalía.

- Cuando la ingeniería genética permite llegar a la creación de vacunas, por mencionar un ejemplo, este resultado no solo es producto del nivel de desarrollo social sino que marca un hito en este desarrollo. A su vez, la introducción del resultado en la práctica social mediante campañas de vacunación asequibles solo a grupos poblacionales privilegiados o a toda la población está en dependencia de la estructura social.

- Llegar al estudio del genoma humano requiere un nivel de conocimiento científico sólo alcanzable en determinado grado de desarrollo social y el buen o mal uso de la introducción de ese resultado en la práctica depende de la estructura y jerarquía de valores éticos de cada contexto social.

En esta perspectiva se podría afirmar que no debe hablarse de problemas de salud sociales y no sociales, sino que se está frente a un problema de salud que se desarrolla en un "continuo" donde lo social penetra la dimensión de lo médico y cambia la concepción del fenómeno en estudio y donde el peso de uno u otro campo está determinado más por el objetivo concreto de estudio que por la ubicación en uno u otro polo de su abordaje.<sup>15</sup>

## **ANÁLISIS CONTEXTUAL DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN NUESTROS DÍAS**

El análisis de la situación de salud actual refleja de manera general, una disminución y mejor control de las enfermedades transmisibles y las grandes epidemias de la humanidad, junto a un incremento de la prevalencia e incidencia de las enfermedades no transmisibles y de su morbilidad y mortalidad. También se observa cómo la contaminación atmosférica, fenómenos y desastres naturales, cobran vidas aquí y allá cada año.

Con referencia a las enfermedades trasmisibles, si bien las aparatosas epidemias que espantaron a las sociedades antiguas y medievales no tienen escenario en la etapa contemporánea, la sociedad actual no está completamente libre de este flagelo, ni puede ser separado de escenarios contextuales muy determinados.

Como ejemplo, se pueden citar la más reciente epidemia del cólera en Haití y la epidemia mundial del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) surgida en el siglo xx junto al general aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

En ambos casos se corrobora la estrecha relación entre desarrollo social y proceso salud/enfermedad. A pesar de que, desde el punto de vista clínico terapéutico, el *vibrium* del cólera es controlable, el contexto de miseria y desorganización político social,<sup>16</sup> agravado por la secuela de un terrible desastre natural, fue un excelente escenario para que se desatara una epidemia que dejó su impronta en los inicios del siglo xxi.

En el segundo ejemplo, se puede afirmar que inequidad, pobreza, privatización, bajo nivel educacional y violencia de género son, entre otros, factores sociales presentes en los sectores poblacionales que más sufren las ITS y que la pandemia del sida cobra sus mayores víctimas en países y sectores poblacionales de bajo nivel de desarrollo social.<sup>17</sup>

Otro importante fenómeno de salud, que va en aumento vertiginoso desde el pasado siglo, es la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles<sup>4</sup> y no por casualidad se elige este fenómeno como ejemplo de la fuerte relación entre desarrollo social y salud.

El desarrollo social del pasado siglo se vio marcado, entre otros factores, por la revolución científico-técnica y un contexto sociopolítico bipolar. Como fenómenos sociales generales pueden citarse la industrialización, las migraciones del campo a la ciudad y de los países en vías de desarrollo a los países desarrollados, la contaminación ambiental, los bajos índices de fecundidad y el envejecimiento poblacional.

La situación de salud sufre cambios influida directamente por los avances de la Revolución Científico Técnica y la impronta social de todos estos fenómenos. Las enfermedades transmisibles van cediendo espacio a las no transmisibles.

Disminuye la mortalidad materno-infantil y las muertes por infecciones agudas. Los sistemas de vacunación controlan sarampión, rubéola, poliomielitis, meningococosis, fiebre amarilla, entre otros pero aumentan las enfermedades crónicas: diabetes mellitus, asma bronquial, epilepsia, cáncer, alergias y otras.

Aumenta la esperanza de vida al nacer y envejece la población pero no siempre se agrega vida a esos años. La calidad de vida se ve afectada por minusvalías derivadas de las complicaciones -corto y largo plazo- de esas enfermedades crónicas. Los desastres naturales y la acción depredadora del hombre sobre el medio ambiente también influyen en el desarrollo social y la salud de la población en particular (Organización de Naciones Unidas. Cumbre para la Tierra. Convención sobre cambio climático. Río de Janeiro 3 14 de junio).

Este conjunto de fenómenos que caracterizan la época, influyen de manera muy particular en los diferentes sectores de la población. Las grandes posibilidades de producción material y científica enfrentan un aumento de la inequidad hasta límites incompatibles con la dignidad humana. La pobreza es el problema social de salud más importante y de mayor impacto en el inicio del siglo xxi.<sup>16</sup> El mundo desarrollado no ha hecho el mínimo esfuerzo para facilitar que cambie la situación para esos miles de millones de personas que continúan viviendo sin acceso a la alimentación, la salud o la educación,<sup>18,19</sup> el adecuado enfrentamiento a las cuestiones ecológicas es sobre todo un asunto político, de poder y de dinero.

La segunda mitad del siglo xx fue testigo de un impulso de la investigación empírica.<sup>11,15</sup> Se plantea que los problemas de salud debían ser interpretados y solucionados dentro de su contexto social, político, económico e institucional.<sup>11</sup> Tomó fuerza la atención primaria de salud, cuyo estudio debía hacerse a partir del modo de producción en que se desarrollaba.<sup>5,8</sup> Se puso énfasis en temas como educación para la salud y salud materno infantil y se aceptaba que para lograr salud había que avanzar en todos los objetivos sociales y desarrollar estrategias que imbricaran las características individuales con los factores sociales y económicos del contexto social donde estaba inmerso el individuo.

## **TRANSFORMANDO EL PENSAR Y EL HACER PARA ACERCAR EL DISCURSO A LA PRÁCTICA**

A pesar de que todo lo analizado en los acápites anteriores forma parte de la producción científica y de las directrices de los estudios sociales en general y de la salud pública en particular, un análisis crítico de la práctica médica actual muestra que la acción se ha centrado principalmente en la lucha contra las enfermedades.<sup>3,10</sup> Se ha puesto el énfasis en el desarrollo de ramas científicas como la biología molecular, inmunología, genética y electrónica. Se contraponen la tecnología a la clínica. El desarrollo industrial en busca del producto que cura o previene se prioriza por encima de las estrategias de promoción de salud. La salud se define como "un estado" en lugar de concebirla como un proceso dinámico. El problema de salud se homologa con la enfermedad, su solución se reduce a la atención médica y queda entonces circunscrito al sector de la salud.

Transformar este pensar y hacer en aras de lograr una mayor efectividad en la salud y la calidad de vida de la población requiere programas cuya filosofía de acción se sustente en un marco teórico integrador, donde la salud es un proceso cambiante y sometido a circunstancias ambientales y fenómenos sociales condicionados tanto a la estructura socioeconómica y los patrones socioculturales concretos como a las vivencias personales.<sup>10</sup>

El análisis de los problemas de salud no se reducirá a la presencia y comportamiento de determinada enfermedad, sus riesgos y factores clínicos, sino que abordará el amplio rango de los factores determinantes de la salud: alimentación, salario, vivienda, educación, medio ambiente, trabajo, estrés, violencia, pobreza y adicciones.<sup>10</sup>

Sin abandonar la atención médica, las estrategias de promoción y educación para la salud deben aumentar, puesto que precaver es mejor que curar y los efectos a largo plazo de la promoción de salud serán los de mayor impacto en la salud de la población.<sup>13</sup>

La estrategia de acción debe partir de la premisa de que la salud es el resultado concreto de las condiciones de vida, debe estar diseñada para llegar a toda la población sin distinción de pertenencia a determinado grupo social, debe ser conquistada por la población<sup>20</sup> y es responsabilidad de todos los sectores sociales, del Estado, las organizaciones de masas y sociales, con políticas que trasciendan al sector de la salud.<sup>21</sup>

La promoción y educación para la salud, también la educación como parte del tratamiento en personas con enfermedades crónicas (educación terapéutica), deben sobrepasar la tendencia a estandarizar el comportamiento individual que pierde de vista tanto la rica variedad de diferencias entre las personas como los parámetros sociales que determinan los comportamientos individuales.<sup>4,13</sup>

Asimismo, debe evitarse la tendencia a extrapolar el principio de compartir responsabilidades hasta el extremo de hacer sentir al individuo culpable de su propia enfermedad,<sup>4,13</sup> olvidando las causas sociales de la enfermedad y la necesidad primaria -no garantizada para muchos- de comer, asegurar su techo y vestir.<sup>3</sup>

## **LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN LA ESTRUCTURA SOCIAL**

Si bien, de todo lo planteado anteriormente, se deriva que en la práctica social el sector de la salud no puede actuar solo porque una gran parte de los determinantes de salud están fuera de su competencia,<sup>10</sup> es también obligado reconocer que el sistema de salud constituye un excelente escenario donde la práctica refleje el marco teórico que sustenta el quehacer por la salud de la población en el contexto social en que se inserta y del cual depende. Es más, para algunos, la interpretación de la relación existente entre la medicina y la sociedad se reduce al análisis del hospital y las funciones de sus recursos humanos.<sup>3</sup> Por tanto, los sistemas y servicios de salud son elementos a tener en cuenta en la transformación del "hacer" para acercar el discurso a la práctica.

Como reflejo de la subordinación del sistema de salud al microsistema social, se puede citar la tendencia socialista hacia un sistema único de salud, elemento que la diferencia del sistema capitalista.<sup>22</sup>

En relación con el objeto social del sistema de salud, se observa que cuando la preocupación se centra en la enfermedad, aislada de su contexto social, la estrategia de acción deriva sistemas para afrontarla como si se tratara de la reparación mecánica de una máquina.<sup>23</sup> Se crea un inmenso aparato médico-clínico-quirúrgico, con gran capacidad de solución pero con exceso de carga asistencial y medicalización, así como con un acceso no equitativo a los servicios.<sup>21</sup> Se toma la relación costo/beneficio como indicador principal de la calidad del sistema y el rendimiento se mide con parámetros mercantilistas.<sup>23</sup>

Un "hacer" transformador debe cambiar el objeto social, debe transitar de la enfermedad a la vida en sus múltiples dimensiones, con un enfoque interdisciplinario al que tributen, en igualdad de condiciones, especialidades de las ciencias médicas (genética, biología molecular, inmunología, biotecnología), como ramas de las ciencias sociales (antropología, sociología, historia, demografía, y derecho).<sup>20</sup>

La atención médica, subordinada a las leyes y regularidades del sistema de salud en particular y del sistema socioeconómico en que está inmersa, se enriquecerá con los principios generales de las ciencias de la administración y tiene como primera prioridad los servicios de la atención primaria de salud.<sup>24</sup>

Los servicios se organizarán bajo la voluntad política de transformar la realidad, luchando contra todo lo que quebrante la salud de la población, desarrollando todos los aspectos de la vida.<sup>24</sup>

Se enfatizará el desarrollo de la participación social comunitaria, no solo inducida por el sector para apoyar los programas establecidos sino promoviendo iniciativas propias de la comunidad y su participación en la toma de decisiones para promover salud, prevenir y controlar las enfermedades.<sup>20</sup>

Cuando los sistemas y servicios de salud se organizan bajo estos principios, se alcanza un mayor impacto en la salud de la población y se contribuye al desarrollo y la equidad social.

## **INTERACCIÓN DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD Y LAS CIENCIAS SOCIALES**

Como quiera que la salud de la población no pueda ser deslindada del desarrollo y progreso social, su campo de estudio y su práctica se imbricará tanto con el área del saber de las ciencias médicas y de la salud como con las diferentes disciplinas sociales.

En un esfuerzo por comprender los aspectos básicos de la salud y la enfermedad, la dimensión social estuvo presente en el análisis de las condiciones de vida desde el siglo XVII.<sup>3</sup>

Los problemas de salud son abordados en los diferentes campos de las ciencias sociales. Fueron pioneras la sociología y la antropología.<sup>15,25,26</sup> Clásicos de la sociología como *Durkheim* y *Parsons* abordan desde sus perspectivas teóricas el problema de la salud.<sup>27</sup> Más tarde se van incorporando la psicología social y la economía, la demografía, la historia y la geografía médica. También hay presencia de las ciencias políticas y la administración de salud.

En la medida en que el enfoque social va alcanzando su verdadero espacio en el conocimiento y práctica social de la salud, se va aumentando esta interacción, en la que no solo las ciencias sociales asumen el estudio de la salud sino que también van surgiendo -dentro del campo de la salud- nuevas especialidades cuyo objeto de estudio es el aspecto social en la determinación de los procesos salud/enfermedad y cuyo desarrollo se vincula a procesos estructurales de la sociedad<sup>3,11</sup> que, a su vez, se reflejan en los cambios sufridos en las instituciones de salud.<sup>28</sup> La matriz conceptual de la medicina social radica en la incorporación de las ciencias sociales al campo de la salud de la población,<sup>11</sup> *operativiza* los procesos de producción y reproducción social en las investigaciones,<sup>18</sup> las políticas de educación en salud y los determinantes sociales en salud.<sup>10</sup>

Se transita del modelo biomédico a la construcción de una teoría social de la medicina.<sup>11</sup> donde convergen especialidades de las ciencias médicas y de las ciencias sociales para enriquecer el marco teórico y ampliar el instrumental metodológico en investigaciones de salud. Lo social deja de concebirse como un cuerpo de variables y se opera un cambio en la concepción del fenómeno en estudio.<sup>15,23</sup>

Hoy día se da por sentado que las ciencias sociales y sus instrumentos metodológicos son imprescindibles en la comprensión del problema salud de la población, el desarrollo de las investigaciones en salud, la formación de los recursos humanos y en la organización y evaluación de sus sistemas y servicios.<sup>3,24</sup>



## CONSIDERACIONES FINALES

La salud humana es un fenómeno dinámico que se desarrolla en un contexto político social y económico determinado y en total dependencia del desarrollo social. Salud pública y medicina social son dos disciplinas de las ciencias de la salud que contribuyen a transitar del enfoque biomédico al enfoque biosocial y que enriquecen su objeto de estudio y acción práctica con un enfoque interdisciplinario e intersectorial, que se nutre de los campos del saber y procesos metodológicos de las ciencias médicas y sociales, sin subordinar unas a otras.

No obstante, a pesar de todo el quehacer del hombre por garantizar la salud de la población, y a pesar de todos los avances científicotécnicos alcanzados en materia de salud, el nuevo milenio sigue afrontando algunos problemas de salud que debían estar solucionados y otros que van surgiendo en el desarrollo social, lo que muestra fehacientemente que el quehacer salubrista solo será efectivo cuando se afronte en su estrecha interdependencia con el desarrollo social.

Más de un punto débil y controversial se encuentra en el análisis de la situación de salud de la población en la actualidad, que exige replantear el enfoque y las acciones para garantizar la salud como derecho del pueblo.

Hay que trasladar el énfasis de lo curativo a lo preventivo, centrarse en estrategias de promoción de salud y prevención de las enfermedades, lo cual está presente en el discurso pero sigue deficiente en la práctica social.

Si la salud depende de comportamientos individuales, determinantes sociales, del desarrollo y la justicia alcanzada en el contexto social donde el hombre vive, promover salud es responsabilidad de todos los sectores de la sociedad y dependerá en última instancia de la base económica y la equidad de su distribución. Los sistemas y servicios de salud deben priorizar las acciones preventivas y de promoción de salud con accesibilidad a todos los grupos poblacionales.

En esa interdependencia, la salud de la población no solo depende del desarrollo social y la equidad sino que nutre a ambos con el desarrollo de una población saludable que tributa a una economía dinámica con lo que debe aumentar el bienestar individual y la estabilidad social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berlinguer G. Determinantes sociales de la enfermedad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 [citado 19 Ago 2011];33(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=es)
2. Artilles L. Marco Antropológico "generizado" como herramienta de aplicación de los determinantes sociales en la práctica social. En: Rojas Ochoa F, Márquez M, compiladores. ALAMES en la Memoria. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Caminos; 2009. p. 783-93.
3. Duarte-Nunes E. Tendencias y perspectivas de las investigaciones en ciencias sociales en salud en América Latina: una visión general. En: Rojas Ochoa F, Márquez M, compiladores. ALAMES en la Memoria. Selección de Lecturas. La Habana: Editorial Caminos; 2009. p. 68-143.

4. García R, Suárez R. La Educación Terapéutica: Propuesta de un modelo teórico desde la experiencia del Programa Cubano de Educación en diabetes [Internet]. Washington: OPS; 2007 [citado 19 May 2011]. Disponible en: [paho.org/spanish/AD/DPC/NC/diacuba.pdf](http://paho.org/spanish/AD/DPC/NC/diacuba.pdf)
5. OMS/OPS/UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Atá [Internet]. WHO: OMS/OPS, UNICEF; 2011 [citado 29 Ago 2011]. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Conferencia\\_Internacional\\_sobre\\_Atenci%C3%B3n\\_Primaria\\_de\\_Salud\\_de\\_Alma-Ata#Declaraci.C3.B3n\\_de\\_Alma-Ata](http://es.wikipedia.org/wiki/Conferencia_Internacional_sobre_Atenci%C3%B3n_Primaria_de_Salud_de_Alma-Ata#Declaraci.C3.B3n_de_Alma-Ata)
6. Litsios S. The Long and Difficult Road to Alma-Atá: a personal reflection. Internat J Health Ser. 2002;32(4):709-32.
7. Torres C, Mujica OJ. Salud, equidad y los objetivos de desarrollo del milenio. Rev Panam Salud Pública / Pan Am J Public Health. 2004;15(6):430-39.
8. Rojas Ochoa F. Teoría y práctica de la Medicina Social. Boletín Ateneo "Juan C García". 1993;1(1):4-24.
9. Raphael D, editor. Social determinants of health: Canadian perspectives. Toronto: Canadian Scholars Press; 2004.
10. Rojas Ochoa F. El componente social de la Salud Pública en el siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2004 Sep [citado 2011 Ago 19];30(3):2415. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es)
11. Tajer D. La medicina social latinoamericana en los años 90: hechos y desafíos. En: Rojas Ochoa F, Márquez M, compiladores. ALAMES en la Memoria. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Caminos; 2009. p. 21-37.
12. Rojas Ochoa F. Acerca de la Historia de la protección de la salud de la población. En: Salud Pública/Medicina Social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 1-70.
13. Rojas Ochoa F. Algunos conceptos prácticos sobre Salud Pública, promoción de Salud y educación para la Salud. En: Salud Pública/Medicina Social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 100-17.
14. Rojo N, García R. Sociología y Salud. Reflexiones para la acción. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2000 [citado 19 Ago 2011 ];26(2):91-100. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662000000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200003&lng=es)
15. Mercer H. La contribución de la sociología a las investigaciones en salud. En: Rojas Ochoa F, Márquez M, compiladores. ALAMES en la Memoria. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Caminos; 2009. p. 144-60.
16. Rojas Ochoa F. El desarrollo económico global y su impacto sobre políticas de salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2003 [citado 19 Ago 2011];29(3):253-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300009&lng=es)

17. Ochoa R, Rojo N. Ciencias Sociales y Salud Pública en Cuba. Enfoques en la prevención del VIH. En: Ochoa R, Rojo N, editores. Investigaciones sobre VIH en el contexto de la Salud Pública cubana. La Habana: CNP (ITSVIH/sida-ENSAP); 2006.
18. Rojas Ochoa F. Las políticas sociales para la evaluación en las metas del milenio. En: Salud Pública/Medicina Social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 227-32.
19. Lage C. Intervención de Carlos Lage Dávila, Vicepresidente del Consejo de Estado de la República de Cuba en la XVI Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de gobierno [Internet]. [citado 9 Nov 2006]. Disponible en: <http://www.cubaminrex.cu actualidad 2006. nov. Cumbrelage.htm>
20. Eibenschutz C. Participación popular en salud. Rev Centroamericana de Ciencias de la Salud. 1982;8(1):121-8.
21. Franco S. La Salud al final del milenio. En: Rojas Ochoa F, Márquez M, compiladores. ALAMES en la Memoria. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Caminos; 2009. p. 311-41.
22. Bloch C, Testa C. Estado y salud. En: Rojas Ochoa F, Márquez M, compiladores. ALAMES en la Memoria. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Caminos; 2009. p. 144- 60.
23. Torres J. La globalización y su impacto en el trabajo y la salud. En: Rojas Ochoa F, Márquez M, compiladores. ALAMES en la Memoria. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Caminos; 2009. p. 508-28.
24. Rojas Ochoa F. Situación, sistemas y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. En: Salud Pública/Medicina Social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 169-92.
25. Fajjreldin V. Antropología Médica para una epidemiología con enfoque sociocultural: elementos para la interdisciplina. Cienc Trab. 2006;8(20):95-102.
26. Parada M. Desafíos de las Ciencias Sociales en su relación con la salud en la América Latina. En: Rojas Ochoa F, Márquez M, compiladores. ALAMES en la Memoria. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Caminos; 2009. p. 720-36.
27. Durkheim E. Suicide, a study in sociology. New York: Free Press; 1966.
28. García JC. Historia de las instituciones en salud en América Latina. 1880-1930. En: Educación Médica y Salud. 1981:1571-87.