

Determinantes sociales de la salud en la formación médica UAGro contribuyen al desarrollo social

Luis Amador Ríos Oliveros¹

Patricia Villalobos Aguayo²

Brenda Ivonne Morales Benítez³

Resumen

Las Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son fundamentales en las dinámicas de la sociedad tanto para la salud como para el desarrollo, En estas determinantes, la pobreza juega un papel crucial dentro de los factores externos que influyen en la salud de las personas y las comunidades. Estos determinantes incluyen aspectos como el entorno físico, el acceso a servicios de atención médica, la educación, el empleo, la vivienda y la seguridad alimentaria. En la formación médica es fundamental comprender cómo estos factores afectan la salud de los pacientes y de ellos como común denominador la pobreza es clave para abordarlos para brindar una atención integral, no sólo clínica como el modelo hegemónico lo ha establecido sino con la orientación social que ampliamente ha demostrado su incidencia en la salud; La educación médica no les ha dado la importancia y el impulso que deberían tener, esta con características positivista, biologicista, fragmentada sin reconocer la necesidad de cuestionar su impacto social, de fortalecer la ineludible prevención y promoción de la salud que contribuye con mejores resultados de salud a solo concentrarse en la curación con mayores costos y menores efectos en lo colectivo. Este Modelo Médico Hegemónico reduce a sólo factores de riesgo la complejidad social de la salud, sin articulación con las Determinantes Sociales Salud, que requiere compromiso social, a través de transformarse, complementarse con los paradigmas de la complejidad, el enfoque sociocrítico, la multidimensionalidad, dirigirse a los rubros de bienestar y calidad de vida como contribución al desarrollo social. El propósito general de este ensayo es discutir, proponer y abonar a la formación médica en las DSS con especial énfasis en los graves estadios de pobreza del estado de Guerrero que nuestro futuro médico debe vincular a su quehacer y concienciar su contribución en el desarrollo social. Planteando un futuro médico como agente de cambio social con una preparación tanto técnica como sociomédica que le permita asumir un liderazgo social que cohesione, estimule la participación social en la resolución de los problemas de salud de familias y comunidades con atención de las Determinaciones Sociales de la Salud y del desarrollo social alineado con el modelo de atención de salud para el bienestar enmarcado en la estrategia de la atención primaria de salud.

Conceptos clave: Desarrollo Social, DSS, Formación médica, pobreza.

¹ D en C. Universidad Autónoma de Guerrero, luisrios@uagro.mx

² D en C. Universidad Autónoma de Guerrero, pvillalobosa@uagro.mx

³ D en C. Universidad Autónoma de Guerrero, ivonne483@gmail.com

Introducción

Las ciencias de la salud y en particular en la formación médica tienen el compromiso social imprescindible de estudiar, investigar, la relación de la pobreza como eje central de las DSS y su impacto en la salud y el desarrollo que rompa el círculo vicioso de pobreza, ignorancia, enfermedad sobre todo en nuestro estado de Guerrero; para facilitar la enseñanza y el aprendizaje de los Determinantes, con el propósito de promover la reflexión del papel del profesional en su contribución para la disminución de las inequidades sociales, el mejoramiento en la salud de la población en su inserción en el sistema de salud. (Mejia-Lancheros C, 2020)

La Organización Mundial de la Salud define las Determinantes Sociales de la Salud como “*las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana*”. (OMS/OPS, 2009) proponiendo apoyar el trabajo multisectorial para afrontar las inequidades relacionadas a la salud y atendiendo a la salud como derecho humano en el marco de su complejidad mediante la investigación multidisciplinaria. En el informe del director de la OMS (2021) indica no dirigir todos los esfuerzos en la reducción de enfermedades sino tener en cuenta también las causas subyacentes, de manera consecuente los aspectos sociales, ambientales y económicos de la salud.

En el enfoque de las DSS las desigualdades en el desarrollo de la vida y la salud están determinadas por la forma en que está organizada la sociedad. De acuerdo con los planteamientos de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) creada por la OMS, la disminución de las inequidades en salud es un tema de justicia social, cuyo principio ético rector es la equidad en salud, definida como la ausencia de injusticia evitable y remediable o las diferencias en salud entre grupos sociales donde la responsabilidad primaria recae en los gobiernos. (OMS., 2007) A partir de lo anterior, surge el enfoque de los DSS, en cuya visión el contexto mundial afecta la forma en que las sociedades prosperan mediante su impacto en las políticas públicas y las relaciones internacionales.

Las DSS son los fundamentos que vinculan las desigualdades sociales en salud, la observación de estas diferencias entre comunidades es clave para afrontar las inequidades, en esta vía el marco conceptual propuesto por la Comisión de las Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2007) fue una piedra angular en el reconocimiento de los entornos socioeconómico y político, en el que viven las comunidades y que ha ido cambiando en las últimas décadas en el contexto de la evolución del pensamiento sobre el papel de la salud. El gradiente social basado en la división de la sociedad que genera la diferente posición socioeconómica de los individuos es el determinante central más importante que conduce a la actual distribución desigual de la salud en la población. (Otero Puime & Zunzunegui, 2022, pág. 87)

Este modelo conceptual y causal en que el determinante central del proceso que conduce a una distribución desigual de la salud y el bienestar en la población es la posición social de los individuos y familias de esa población. La salud es una cuestión de equidad social que no se debe reducir, más bien acometer multidisciplinariamente, como las siguientes dimensiones; posición socioeconómica que condiciona la salud y las disparidades en su distribución a las que llamó “determinantes estructurales”, mientras los ambientes materiales, los componentes conductuales, biológicos y psicosociales serían los “determinantes intermedios”. (Ruiz Álvarez M, 2022, págs. 1-2,29), (Braveman P, 2014), (Whitehead M, 2006) .

En este marco teórico, el Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud (2009) define a la equidad como la “*ausencia de*

diferencias injustas, evitables o remediables en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente". (Agrazal García, 2012, pág. 293)

La pobreza y la educación son determinantes sociales íntimamente relacionados al proceso salud-enfermedad; su análisis y abordaje integral puede contribuir de manera positiva a mejorar las condiciones de vida y salud de la población.

Las circunstancias sociales y económicas de las personas afectan su salud durante la vida, diferentes evidencias demuestran que las personas que nacen en los estratos más pobres tienen el doble del riesgo de sufrir enfermedades graves y muerte prematura que los que nacen en los estratos más altos. (Comisión de las Determinantes Sociales OMS, 2008)

Las condiciones sociales y la pobreza en que vive una persona influyen sobremanera en su estado de salud. Podemos observar una estrecha relación entre los factores de la educación, los ingresos económicos y la pobreza con las condiciones de salud y como el abordaje de uno de estos factores determinantes (educación y pobreza) puede contribuir a alcanzar condiciones de salud adecuada. (Agrazal García, 2012, págs. 293-295)

Para 2019, América Latina y el caribe se consideró la región más inequitativa del mundo, a pesar de que en años anteriores se hicieron esfuerzos para disminuir la pobreza extrema y mejorar las desigualdades de su población (Moreno Gómez, 2021); Esto indica que *“las políticas destinadas a combatir las desigualdades en el sector de la salud deberían dirigirse a reducir las desigualdades tanto en el lado de la oferta (por ejemplo, la calidad y la disponibilidad de servicios de salud), como en el lado de la demanda (ingresos, conocimientos, y especialmente conocimientos relacionados específicamente con la salud, accesibilidad de los servicios de salud”* (Wagstaff, 2002)

Distinguiendo la pobreza como el mayor obstáculo para la salud se constituye en la principal DSS; resulta pertinente considerar lo establecido por el gobierno mexicano cuando utiliza una metodología multidimensional de medición de la pobreza, basada en el análisis del cumplimiento de derechos humanos sociales tales como salud, educación, seguridad social, nivel de cohesión social o características y servicios de la vivienda, y que coincide plenamente con la metodología utilizada por UNICEF. (cidics.uanl, 2018)

“Entre 2018 y 2022 la ENIGH reportó un aumento real del ingreso de todos los hogares de 14.2 %, mientras el ingreso nacional disponible de cuentas nacionales apenas crecía 1.5 %. Para ese periodo, el CONEVAL estimó que 6.4 millones de personas dejaron de ser pobres por ingresos. Pese a que en el mismo lapso 30.3 millones de personas perdieron acceso a los servicios de salud, la pobreza multidimensional bajó 5.1 %.” Así de importante resultó la dimensión de ingreso para determinar el saldo final, cuestión de suficiente peso para examinar con detenimiento su evolución. (De la Torre, 2024)

Las DSS resumen el conjunto de aspectos sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud, las que se ven influenciadas por las transiciones demográficas, epidemiológicas, los costos de las tecnologías médicas, los costos hospitalarios, obligan a los tomadores de decisiones a considerar de-construir la noción hegemónica del concepto salud-enfermedad, surgiendo la necesidad de puntos de vista innovadores dando espacio a una cosmovisión transdisciplinaria que emerge en contraposición de la especialización y el tecnicismo. *“La reconstrucción de un enfoque pluralista de la salud en lugar de la hiperdisciplina es crucial, ya que «propone un diálogo entre las ciencias, las artes, la literatura [y] la experiencia*

humana». En primer lugar, los problemas de la complejidad y de la lógica de las realidades se deben abordar y no ignorar”. (LLambías-Wolff, 2021)

Asumir los DSS es distanciarse de las reformas neoliberales y aceptar su fracaso e incapacidad para solucionar complejos problemas actuales de la salud. Este enfoque se diferencia sustancialmente de la perspectiva de factores de riesgo y se ubica en la comprensión de las inequidades entre grupos sociales. Inequidades entre las que sobresalen la distribución desigual de bienes sociales como: ingreso, riqueza, empleo digno y con estabilidad, alimentación y hábitos saludables, acceso a servicios como la salud, la educación y la recreación entre otros. (Sánchez-Ordóñez, 2021, pág. 416)

Urbina (2012) ya había planteado la relación estrecha de los DSS, con la salud y el desarrollo sostenible, en las que encuadraba tres pilares; el social, el ambiental y el económico; señalaba que el pilar social no incluía la salud ni la educación, destacando que su inclusión son claves para la búsqueda de un desarrollo sostenible; Así también, refería los conceptos de desarrollo sostenible y DSS como una nueva forma de entender la interacción de dimensiones dentro de los tres pilares. Resaltando la inequidad como obstáculo para el desarrollo sostenible y quedando claro que la equidad en un valor central en esta concepción para transformar las DSS para el desarrollo sostenible y para la mejor salud de individuos y familias con objetivos muy específicos que van en consonancia con lo declarado por Gostin sobre una visión amplia de la salud con acciones colectivas para asegurar que las comunidades transiten a mejores circunstancias en las DSS de manera sostenible, trascendiendo la visión acotada de estudiar factores de riesgo y de riesgos proximales mayoritariamente individuales sin la vinculación a procesos estructurales multidimensionales de producción y reproducción de la sociedad desde esta revisión ampliada en una perspectiva de derechos y justicia social. (Urbina, 2012, págs. 43-61), (Zapata Benitez, 2016)

Edgar Jarillo (2007) apunta aspectos críticos de las DSS centrales para su desarrollo; lograr una modificación real sobre los determinantes sociales de las inequidades en salud demanda la acción de múltiples actores, que logren colocar la balanza de las fuerzas políticas a favor de la vida, el bienestar y la salud y se oponga a las fuerzas a favor de la acumulación, la exclusión, la enfermedad y la muerte.

Actuar bajo la lógica de los DSS, requiere la confluencia de distintos cuerpos disciplinarios, por la complejidad de los objetos de estudio, que no sólo atañen a la interpretación, sino que también tienen un sentido instrumental y de acción transformadora en las intervenciones políticas y prácticas en salud, por lo que se requiere el impulso a campos comprensivos, más que disciplinas. Se requiere transitar a propuestas de formación e investigación, donde se abandone el modelo de cuerpos disciplinarios estáticos y rígidos, a campos de conocimiento, al menos, multidisciplinarios y en el mejor de los casos interdisciplinarios. (Jarillo, 2007, pág. 331)

En este contexto, se hace evidente que para avanzar en la superación de las inequidades en salud se requiere de manera fundamental configurar modelos de desarrollo social y económicos sustentables, garantes de los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, sexuales y reproductivos; un modelo de Estado que garantice dichos derechos; impulso a la soberanía y seguridad alimentaria; democratización del capital cultural de la humanidad a través del acceso universal a la educación; concreción de la democracia participativa; y desarrollo de políticas públicas intersectoriales universales, integrales, equitativas y participativas” (Jarillo, 2007, pág. 333)

Para caminar hacia el cambio social propuesto al afrontar las DSS en la formación de los futuros médicos que aporten con su participación al desarrollo resultan apropiadas y con vigencia lo señalado por Canabal (2000) a pesar de haberse formulado hace 24 años declara; El cambio social es un concepto multidimensional, que es visto como un proceso. Es también un concepto dinámico y puede ser considerado un concepto dialéctico debido a que se presentan posiciones diferentes y contradictorias, que emergen durante el proceso de cambio social.

El desarrollo social. Es una variante de cambio social es la diferenciación, expansión, cristalización y articulación del campo social en sus diferentes dimensiones, que resultan de tendencias internas.

Progreso social. Es cualquier desarrollo y se concibe con beneficio relativo a algún punto de vista axiológico; es además, un proceso direccional, el cual acerca el sistema a la implementación de ciertos valores seleccionados sobre bases éticas, tal como felicidad, libertad, prosperidad, justicia, dignidad y conocimiento.

Consecuencias del cambio social. El cambio social puede tomar muchas formas y a su vez producir una gran variedad de consecuencias, algunas de beneficio, mientras otras pueden ser dañinas. Evidente mente es necesario que los profesionales se involucren activamente en trabajar nuevos modelos que contribuyan a cambiar los programas y prácticas tradicionales en la educación y en el trabajo en salud, y así contribuir con los pasos necesarios para el cambio social.

“El cambio social es un proceso dinámico, orientado hacia el futuro, determinado contextualmente, que requiere de la actividad humana; es movido por fuerzas internas y externas para lograr la equidad, justicia, libertad y amor y se caracteriza por un pasaje de la concientización a la problematización y de ésta a la acción colectiva.” El cambio social implica acción social, lo que a su vez involucra colaboración entre los miembros del equipo de salud y el establecer relaciones de horizontalidad entre ellos. Todos los profesionales deben estar involucrados en un trabajo conjunto hacia una meta común.

“La práctica de los estudiantes de las profesiones de la salud necesita moverse de un modelo de control social que usa el lente biomédico para ver los problemas y soluciones con énfasis en los agentes patógenos como causa externa de enfermedad, descuidando las raíces sociales de la enfermedad hacia un modelo de cambio social que permita retar el status quo e incorpore principios de empoderamiento, organización comunitaria, participación, concientización, selección de asuntos de importancia y prioritarios, diálogo problematizador y acción.

La práctica de los profesionales de la salud debe redefinirse para orientar las intervenciones a un nivel macrosocial, mesosocial y microsocioal, en la promoción del bienestar. El énfasis en servicios comunitarios, educación e investigación es imperativo; los papeles tales como compañero (a) comunitaria y facilitador (a) de empoderamiento comunitario, son importantes para involucrarse en el trabajo comunitario y para la colaboración intersectorial, asimismo para planear, desarrollar y ofrecer cuidado en salud de manera equitativa.

¿Cómo se puede ayudar a los estudiantes a aprender a analizar varias perspectivas sobre salud y asuntos relacionados con salud, a desarrollar sus habilidades para la crítica y a adquirir el sentido de la obligación moral y de ciudadanía profesional?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la responsabilidad social de las facultades de Medicina como el compromiso de dirigir sus actividades educativas, investigativas y de servicio hacia las necesidades prioritarias de su comunidad, región y/o nación. Estas necesidades

deben ser identificadas de manera conjunta por gobiernos, organizaciones de salud, profesionales sanitarios y la población en general.

En términos simples, la responsabilidad social en el ámbito médico implica la obligación moral y ética de los profesionales de la salud hacia la sociedad en la que trabajan. Esto implica reconocer y responder a las necesidades de la población, permitiendo mejorar su salud y bienestar. Este enfoque no se limita únicamente a la atención individual de pacientes, sino que también incluye políticas para promover la equidad en la atención médica, medidas de prevención y mejoras en las condiciones de vida.

Un estudio llevado a cabo por Püschel *et al* (2017) identificó varios aspectos clave que caracterizan a una escuela de medicina socialmente responsable en América Latina. Estos incluyen la orientación de la investigación hacia las necesidades locales, la formación de profesionales sensibles a las inequidades sociales y la colaboración con comunidades marginadas para mejorar su acceso a la atención médica. Estas prácticas no solo enriquecen la formación de los(as) estudiantes, también tienen un impacto positivo en la salud de la población. Al cultivar una conciencia social desde las primeras etapas de su formación, los futuros médicos estarán mejor preparados para abordar los desafíos de la atención médica en el siglo XXI y contribuir a mejorar la salud de la población mexicana.

No se puede sino estar de acuerdo con López Pardo cuando afirma que “es difícil definir un marco teórico donde se ubique la salud respecto al desarrollo, cuando la salud es desarrollo y el desarrollo es salud”. En Latinoamérica, la identificación de los rezagos y las brechas sociales en materia de condiciones y atención de la salud y las medidas para superarlos deben considerarse multidisciplinar y estratégicamente, como un componente esencial de la acción pública integral destinada a romper el círculo vicioso de la pobreza, la ignorancia y la enfermedad. (Álvarez A, 2007)

La garantía de la salud con orientación al desarrollo humano como impulsor de calidad de vida para afrontar las brechas sociales, el atraso y los problemas de salud añejos que el sistema de salud hegemónico ha sido incapaz de corregir en el acceso y calidad de la atención en salud. (Casas-Zamora, 2002), (OPS, 2001.)

Éstas últimas corrientes del pensamiento que amplían los campos disciplinares, con el propósito de estudiar las necesidades sociales de salud de individuos, familias, comunidades; la organización, planificación, gestión de la salud y no sólo enfocarse a daños, riesgos, enfermedades y muerte.

Donde el desarrollo humano discurre en paralelo con mejores condiciones de salud representadas por la reducción en la morbilidad y mortalidad general. (Sen, 2000).

Poniendo mayor atención a las desigualdades con carácter diferenciado y estratificado entre diferentes grupos de las poblaciones con motivo de la salud afectan el desarrollo en sus versiones humano, social, sostenible y se convierten en obstáculos para el progreso social-económico de familias, comunidades y la sociedad en su conjunto. La posición social determina y debe determinar el nivel de la salud. Es necesario considerar las circunstancias en las que las personas nacen, ya que no es lo mismo nacer en una comunidad urbana, en una comunidad suburbana o una comunidad rural. Asimismo, hay que ver cómo viven, en qué trabajan, cómo estamos envejeciendo, incluso cómo está envejeciendo el propio sistema de salud. (Salinas-Castañón, 2012, pág. 122) Estos contextos desfavorables de los DSS conllevan a desequilibrios que interactúan y se acentúan entre

ellos, dando lugar a desniveles intergeneracionales que retrasan colectividades completas impidiendo el despliegue de su potencial. (OMS, 2021)

El Centro para el control de Enfermedades de Atlanta, Georgia. USA. Ha demostrado que la pobreza como mayor componente de los DSS tiene una mayor influencia en la salud que los factores genéticos o al acceso a los servicios de atención médica. Destaca el efecto de la pobreza con peores resultados de salud y mayor riesgo de muerte prematura en la comunidad negra y en los estratos más bajos de aquella nación. Las mismas condiciones deficientes observaron en el acceso a beneficios sociales, económicos, de educación, empleo, vivienda. (CDC, 2024)

La pobreza genera mala salud, y la mala salud hace que la pobreza se perpetue (circulo vicioso pobreza-enfermedad). Recientemente la prestigiosa revista "The Lancet", publicó que la pobreza es un factor de riesgo para la salud. La Dra. Stringhini y col. demuestran que la pobreza acorta la vida similar a la obesidad o la hipertensión. El estudio prospectivo, fue llevado sobre una cohorte de 1,7 millones de personas. The Lancet sostiene que "un estatus socioeconómico bajo es un indicador fuerte de morbilidad y mortalidad prematura a nivel mundial que, sin embargo, las estrategias sanitarias globales no lo incorporaron como un factor de riesgo modificable" (Jhony A. De La Cruz -Vargas, 2018).

De estos determinantes es claro que la mayoría quedan fuera del ámbito del sector sanitario, para este desafío se precisa un enfoque multisectorial que permita lograr mejoras, para tal efecto es necesaria la coordinación intersectorial y nuestra tendencia natural es poner en el centro la salud lo que provoca que los demás sectores reaccionen renuentes a trabajar por la salud exclusivamente, lo que lleva a plantearles una concepción de la intersectorialidad de beneficios para todos esos sectores en la vía de los desarrollos humano, social, sostenible con resultados positivos para los DSS de la Salud de familias y comunidades que retroalimentan a todos los sectores involucrados. (Filho, 2012, pág. 84)

La enseñanza sobre DSS para futuros médicos debe incluir aprendizajes sobre desigualdades, esto conlleva distinguir sobre contextos como el nivel socioeconómico, el género, la ubicación geográfica que afectan la salud; Las condiciones de vida para un acercamiento integral que tome en cuenta la situación y los entornos de las familias, los recursos de toda índole y no solo los aspectos biológicos de la enfermedad; Sensibilidad cultural, empatía hacia las experiencias de los pacientes, respaldar la equidad en el acceso a la atención médica, la prevención y fomento de la salud además de la atención médica. Con conocimientos de desarrollo humano, social y sostenible que integran dimensiones que determinan la salud y a su vez contribuyen hacia ellos en una retroalimentación continua.

En la formación médica son indispensables las estrategias pedagógicas y de investigación, que faciliten la enseñanza y el aprendizaje de los Determinantes, complementando y superando el modelo convencional de enseñanza dirigido al conocimiento y tratamiento de enfermedades, para que tomen en cuenta los factores que crean las inequidades y comprendan la influencia que tienen en el perfil de salud-enfermedad de la población, para que puedan actuar como agentes de cambio social e incidir directamente en las problemáticas de las personas y las poblaciones con las cuales trabajan. (Moreno Gómez, 2021), (Hernández-Rincón EH, 2016)

Con lo cual se promueven la reflexión del papel del profesional en la disminución de las inequidades sociales y el mejoramiento en la salud de la población. Con esta preparación contribuirá con los sistemas sanitarios para que cuenten con personal debidamente entrenado en el abordaje de los DSS, pues, al ser los recursos humanos la piedra angular de estos sistemas, estos

tienen mayor influencia en la promoción de los entornos saludables y en la mejoría de los indicadores de la salud a nivel individual, familiar y poblacional (Mejia-Lancheros C, 2020).

Lo anterior implica generar espacios de aprendizaje que les permitan a los estudiantes apropiarse del conocimiento; por ejemplo, la inclusión en comunidades vulnerables, para mejorar la empatía y las habilidades de aprendizaje y colaboración interprofesional, lo cual permite que haya un mayor entendimiento de las problemáticas sociales y la identificación de las barreras que limitan el acceso a los servicios de la salud e imposibilitan la resolución de conflictos propios de la comunidad. (Snyman S, 2019), (Bromage B, 2019)

Las universidades en forma dinámica como generadoras de conocimiento y servicio para las sociedades se plantea la necesidad de una concepción médico social y humanista en la formación de profesionales de la salud que contribuyan a la calidad de vida de las poblaciones con el objetivo de proporcionar a familias y comunidades los medios, estrategias, técnicas, metodología para facultarlos o empoderarlos en el camino de la sostenibilidad, se destaca la promoción de la salud comunitaria impulsando estilos de vida saludables y reorientar los servicios sanitarios con la participación de sus derechohabientes. (Pupo Ávila NL, 2015, págs. 577-578), (Hernández, 2017)

“Salud y desarrollo son entendidos como partes de un mismo proceso dinámico, que tiene al ser humano, el bienestar y la equidad como sus ejes centrales”. (Muñoz Muñoz, 2011, pág. 167)

Tanto el desarrollo como la salud son dos dimensiones que avanzan en paralelo con sus propios corpus teóricos, epistemológicos y metodológicos; sin embargo, ambos conceptos están implicados desde su génesis tras el nuevo orden mundial establecido en la segunda posguerra. Es evidente que los niveles de desarrollo afectan las condiciones de salud y que el grado de salud de una población determina su desarrollo. Pero por alguna razón no evidente, tanto los economistas como los salubristas persisten en sus desarrollos científicos separadamente, asumiendo cada concepto como un fin en sí mismo o, en el mejor de los casos, cada concepto se asume como medio para el otro. (Sánchez-Ordóñez, 2021, pág. 416)

Salud y desarrollo son conceptos multidimensionales que encierran gran complejidad debido a que se soportan en ideologías, creencias, valores y sobre todo en intereses de grupos específicos. (Sánchez-Ordóñez, 2021, pág. 424) La salud, en tanto bien público, constituye una de las principales responsabilidades del Estado moderno. Siendo esta entendida como un medio para el bienestar de las personas, toda inversión que se realice desde el Estado o desde otros sectores implicados reedita en capital humano y productividad; la salud es, además, una capacidad básica para el desarrollo humano y el bienestar social (Agudelo, 1999; García-Rodríguez et al., 2017).

Desde el lado del desarrollo, es un hecho bien establecido que este último puede tener un amplio beneficio sobre la salud, en varios sentidos: los ricos o las personas de estratos altos “... tienden a gozar de una vida más larga y a ser más sanos que los pobres”; los niveles de mortalidad infantil, por sexos y por edades, son inferiores en las sociedades desarrolladas con respecto a aquellas que no han alcanzado tal estado; a mayor desarrollo y riqueza social generalmente se encuentra un mayor gasto en salud y una más amplia cobertura, disponibilidad y acceso a todos los tipos de servicios de salud.

Algunos estudios realizados en América Latina indican que también en esta región los grupos en condiciones sociales y económicas más desfavorables tienen un riesgo más alto de enfermar y morir. Las relaciones entre desarrollo y salud también pueden ser ilustradas desde el lado de la salud. Numerosos análisis indican que la buena salud ejerce un impacto definido en la situación

económica de la población y en la productividad económica, ya sea por la vía del aumento de la producción o de la disminución de las incapacidades.

El concepto "desarrollo humano", según el cual el ser humano es el centro del esfuerzo de desarrollo. Para ello debe tener satisfechas sus necesidades básicas, ha de contar con capacidad de decidir entre alternativas y tener acceso a opciones de trabajo dignas. El concepto de desarrollo humano apunta a complementar las medidas tradicionales de desarrollo como el PBI que excluye el bienestar. (Agudelo, 1999, págs. 19-24)

Este feedback Salud-Desarrollo tiene en la promoción de la salud, la búsqueda de niveles de vida justos, buenas condiciones de trabajo, vivienda, educación, ejercicio físico, medios de recreación la conexión con los objetivos de desarrollo; Y se equipara con los postulados de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud se destacan determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. (OMS, 2001, pág. 83)

La carta de Ottawa menciona las cinco funciones de la Promoción de la Salud alineadas con objetivos de desarrollo para mejorar los DSS que el estudiante de medicina debe conocer y aplicar:

1. Desarrollar aptitudes personales para la salud: se refiere a proporcionar la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida;
2. Desarrollar entornos favorables: consiste en impulsar que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente;
3. Reforzar la acción comunitaria: impulsar la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones, elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud;
4. Reorientar los servicios de salud: impulsar que los servicios de salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica;
5. Impulsar políticas públicas saludables: colocar a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno. (SSA, 2013, pág. 87)

El modelo médico hegemónico sin articulación con la determinación social de la salud, tampoco con las DSS, que pueden ser divididas en determinantes estructurales (sociales, económicos y políticos) e intermedias (condiciones de vida, riesgos y amenazas medioambientales, estilos de vida y cambios de conducta). (Muñoz Muñoz, 2011, pág. 172)

Dando cabida a lo planteado por Cadavid (2004) y Pupo Ávila (2017) cuando cuestionan los currículos de los planes de estudio de medicina señalando la falta de integración de la pds a todas las actividades del médico ubicado en la Atención Primaria de salud, tanto las docentes, asistenciales, investigativas como administrativas y de gestión. En su misma línea otros autores lo atribuyen a una crisis de las ciencias de la salud en lo referente a un reduccionismo epistemológico y proponen como opción a este una cultura de la vida mediante una refundación conceptual del saber médico y del concepto de promoción de la salud. (Cadavid B, 2004, pág. 12), (Pupo Ávila, 2017, pág. 220)

La promoción de la salud se constituye en una vía para cambiar y mejorar las DSS enmarcadas en un proceso político y social global que conduce a atributos individuales de reforzamiento de habilidades y capacidades, así como colectivos de mejora de entornos sociales, ambientales y económicos para la salud pública, en una secuencia de posteriores conferencias de la OMS ya en 2009 en la conferencia de Nairobi en Kenia se planearon estrategias y responsabilidades puntuales para acercar la implementación en salud y desarrollo a través de la promoción de la salud; con los conclusiones de acrecentar la salud, el bienestar y disminuir las inequidades en esta dualidad salud-desarrollo. (SSA, 2015)

Con el fin de ofrecer guías a los gobiernos para abordar las DSS en la dirección de alcanzar salud para todos, construir políticas públicas coherentes que la pds se incluya en la agenda de desarrollo mundial. A partir de esos antecedentes se debe trabajar con la gente del sector salud para sensibilizarlos y convencerlos que la política de salud es básica, es fundamental para que haya un buen desarrollo social y para que haya estabilidad social, la salud es un asunto de Estado, ya que sin salud no hay desarrollo, pero al mismo tiempo, sin desarrollo no hay salud. (Urbina, 2012, págs. 123,124)

Para la consecución de estas directrices se demanda además de la coordinación de esfuerzos de personal preparado en los sistemas de salud con esta orientación hacia las DSS para la promoción de entornos saludables, mejora de los indicadores de salud, socioeconómicos, de recursos, de políticas públicas comprometidas con estos propósitos y que impulsen los programas de formación de personal de salud con esta perspectiva para un cambio manifiesto con plena conciencia de su papel articulador de la participación social de familias y comunidades, de prestadores de servicios de salud con incidencia lo mismo en la curación como en la prevención y promoción de la salud integral y sostenible con los modelos de atención salud-bienestar y de atención primaria de salud que son el cimiento del sistema de salud y del desarrollo.

Madariaga (2008) para la superación de los nodos históricos de la educación médica propuso la primacía de lo colectivo por lo individual, con alguna reserva más que cambiar los enfoques biológicos por los sociales, proponemos que se recate lo que pueda complementar los aspectos de atención médica hacia la atención primaria de salud, en este mismo lugar la clínica por sobre la intervención comunitaria y establecer la aplicación de la bioética sobre los modelos hegemónicos de gestión mercantil en salud para evitar los variados daños que poco o nada se han corregido; este autor insiste que no se trata de acciones aditivas, sumatorias de aquello que la epidemiología británica y norteamericana impusieron como estudio de factores de riesgo cuando se alude a dimensiones sociales, económicas y culturales del proceso salud-enfermedad-atención. (Madariaga, 2008)

Con esta propuesta resultan pertinentes las palabras de Benedetto Saraceno:

«Sería un error limitarse a «sumar» la dimensión social a las dimensiones biológica y psicológica simplemente para enriquecer una lista de factores causales o de riesgo. La operación conceptual y operativa necesaria es mucho más compleja: concebir una aproximación global a la enfermedad y a la salud, donde incluso los modelos teóricos y las prácticas de tratamiento sean más complejos y no se limiten a añadir variables potencialmente implicadas en los procesos de salud y enfermedad. Ello implica una relación no simplemente aditiva sino interactiva entre las dimensiones biológica, psicológica y social»» (Saraceno, 2004)

Sin lugar a dudas la propuesta epistemológica para el cambio de Edgar Morin, quien declara; “el paso de un pensamiento unicultural hacia uno intercultural” aporta a esta discusión lo que él llama: “líneas innovadoras para la transformación de la ciencia y su método” con las siguientes afirmaciones:

1. Contra el reduccionismo empírico y formal cuantitativista,
2. Contra la hegemonía de la racionalidad eurocéntrica y androcéntrica, la uniculturalidad de la ciencia,
3. Contra el dominio de las teorías totalizantes o mega relatos impositivos,
4. Replanteo de las relaciones entre conocimiento académico (asumido como única expresión del saber científico) y el conocimiento popular. (Morin, 1994, pág. 2)

Madariaga (2008) lo propuso para la psiquiatría, pero como se puede observar el modelo comunitario en salud y cambio epistemológico es pertinente, es coherente con esta perspectiva la opción de superar los modelos clínicos hegemónicos por un modelo comunitario en salud para acometer las Determinantes Sociales de la Salud para la formación médica y abonar al desarrollo humano-social-sostenible:

1. Un enfoque social y comunitario
2. Su quehacer está orientado a indagar en cada condición sociohistórica concreta cómo se expresa lo social en las posibles causas de enfermedades
3. Para la intervención comunitaria se apoya en los más modernos conocimientos aportados por las ciencias y la tecnología, las que concurren al proceso en diálogo integrativo con otros campos del saber, especialmente el saber popular.
4. incorporándole la dimensión sociocomunitaria,
5. Sus metodologías y técnicas de intervención se dirigen al individuo, a las familias, a grupos humanos específicos y a la comunidad en general, siempre cautelando su pertinencia cultural.
6. Se posiciona en un marco ético general con asiento en la doctrina de los derechos humanos:
7. Opera en su accionar cotidiano con el principio de interdisciplinariedad.
8. Promueve la intersectorialidad como requisito permanente, tanto en el diseño de sus programas como en el desarrollo de sus acciones.
9. Se preocupa por los sistemas de salud, la gestión de los mismos, la elaboración de políticas, planes y programas de salud
10. Promueve la incorporación plena de los más diversos actores sociales en todos los ámbitos del proceso salud-enfermedad-atención.

Para aproximarnos a la interculturalidad, las relaciones entre las diversas culturas son correspondencias desiguales, en la medida que son desiguales los vínculos que les dan origen y que las contienen. Por lo que se propuso este modelo de intervención comunitaria en salud buscando otorgar condiciones apropiadas para que se pueda configurar una cierta intersubjetividad dialógica, propositiva y fraterna entre los representantes de las instituciones de salud que participan en el encuentro intercultural (Madariaga, 2008, págs. 3-5)

En este sentido, se puntualiza que los profesionales de la salud formados tengan conocimiento de la complejidad de proceso salud-enfermedad en su integralidad con otras disciplinas más allá del positivismo y biologicismo reduccionista, para acometer las problemáticas de manera global; Moreno (2021) subraya la importancia que las facultades del área de la salud vayan dirigidas a responder a las necesidades en salud y problemas sociales de sus áreas de influencia, Con énfasis en educación, investigación hacia la resolución de sus principales problemas, con lo que se pretende el impacto de

estos recursos humanos preparados en las DSS y las inequidades en salud. Estimulando la conformación de equipos multidisciplinarios del sector salud y de otras ramas del conocimiento, líderes comunitarios, representantes gubernamentales con el propósito de conjuntar esfuerzos para enfrentar situaciones comunitarias con enfoques variados para generar mejoría no sólo en aspectos sanitarios sino socioambientales. (Moreno GMM, 2021, págs. 4-15)

El tal citado proceso salud enfermedad precisa revisar; La Declaración Universal de los Derechos Humanos ya reconocía el derecho a la salud. Así, en su artículo 25, dice claramente que toda persona, al igual que su familia, tiene derecho a una mejor calidad de vida, a tener acceso a la salud y a un mejor bienestar. La salud debe ser el principio, el medio y el fin del desarrollo; por eso es importante que entendamos cuáles son los determinantes de la salud. (Salinas-Castañón, 2012, pág. 99). Por lo que se precisa definir el concepto de salud iniciando con el declarado por la OMS en (1948); *“como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedades o afecciones”*. (OMS, 2013). En la evolución de esta concepción De la Guardia (2020) la define: *“La Salud, abarca aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad de funcionamiento) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo), por tanto, es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas”*. (De La Guardia Gutiérrez MA, 2020)

En la evolución del concepto de salud de su adscripción médico-biológico hacia uno más global enlazado con otros paradigmas como el socio-ecológico, pasando de una concepción del pensamiento determinista de la unicausalidad del binomio salud-enfermedad a uno complejo, multicausal y multidimensional abierto a los avances del pensamiento científico actual. El modelo socio-ecológico agrega condiciones relacionadas con la salud derivadas de las políticas sociales del que se integran configuraciones biomédicas, psicosociales y ecológicas en el sentido de socioambientales. Las Determinantes Sociales de la Salud son el resultado de contingencias históricas, de procesos de dominación-explotación, de distintas formas de gobierno. Por esto, se analizan condiciones sociales en las que individuos-familias-comunidades viven e intervienen directamente en sus posibilidades de contar con niveles adecuados de salud y de servicios de salud. Las fallas en las Determinantes Sociales de la Salud como pobreza, condiciones de vida desfavorables, discriminación, inseguridad alimentaria por mencionar algunos son quienes determinan la mayoría de las enfermedades y muerte entre países y dentro de ellos. (Acevedo, 2014, págs. 2-4)

Laurell plantea la necesaria interpretación de la salud como fenómeno colectivo y como hecho social que debe descansar sobre bases sociales que la pueden impulsar y sostener. Autores consultados se refieren a la determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública, la que incluye programas de promoción y prevención en los servicios de salud como ejemplos de un nuevo horizonte de visibilidad para la salud, el desarrollo de la práctica clínica y su relación con una práctica epidemiológica renovada. (Laurell, 1981), (Breilh, 2013). Según Núñez Jover "la ciencia debe ser vista como proceso y producto cultural, histórico y socialmente condicionado y los conocimientos son construcciones sociales fuertemente anclados a la realidad...no existe teoría de la ciencia desvinculada de la sociedad" (Núñez Jover, 2000), (Pupo Ávila, 2017, pág. 225)

Pupo Ávila (2017) identifica tres enfoques de formación médica vigentes en los planes de estudio de las facultades de medicina que se muestran a continuación;

1. Análisis del proceso salud-enfermedad centrado en la enfermedad como fenómeno individual y altamente biológico, priorización de las acciones curativas sobre otras como la de promover la salud.
2. Explicación de la salud desde la noción de riesgo (factores de riesgo) y causalidad centrada fundamentalmente en el comportamiento individual, priorización de las acciones preventivas en la identificación de los riesgos a enfermar.
3. La salud como producto y proceso social, determinada por las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud y como resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos en la sociedad. Acciones dirigidas al empoderamiento individual y colectivo para construir salud con la participación intersectorial y comunitaria fomentando la promoción de la salud como herramienta para el desempeño profesional. (Pupo Ávila, 2017, pág. 226)

Para este ensayo el tercero se ajusta a la argumentación vertida que busca conformar los conceptos de las Determinantes Sociales de la Salud, la formación médica y su interacción con los desarrollo humano, social, sostenible. Así también se considera la profesionalización como proceso que exige el devenir del desarrollo social y no sólo es una tendencia es un imperativo para garantizar mayor calidad en el desempeño profesional que debe acompañarse de un proceso de formación continua donde se involucre la universidad para esta continuidad. (Escobar, 2017)

Y complementando esta argumentación son muy apropiadas las conclusiones de Leyva León (2023) que efectuó para el Sistema Nacional de Salud cubano pueden extrapolarse a la formación médica nuestra:

“Es un reto del Sistema Nacional de Salud cubano brindar una formación a los profesionales médicos que laboran en la atención Primaria de Salud con una nueva mirada desde los determinantes sociales de la salud, abordando los problemas de salud de forma integral, identificando las desigualdades sociales en salud y los mecanismos productores de inequidades, con un enfoque de equidad en salud y justicia social en la práctica, con la participación social, comunitaria y el trabajo intersectorial, y así mejorar la salud de los grupos o individuos más vulnerables o con mayor riesgo, brindando mayor calidad de los servicios a la población”. (Leyva León, Rodríguez, & Téllez Lazo, 2023, pág. 108)

El Colegio Estadounidense de Médicos reconoce el papel de las Determinantes Sociales de la Salud y examina las complejidades asociadas con ellas y ofrece una serie de evidencias que muestran su sensibilidad al reconocer la necesidad de trabajar para enfrentarlas, a continuación, lo señalado:

1. Son responsables de la mayor parte de las desigualdades en salud. Los determinantes sociales tienen sus raíces principalmente en la asignación de recursos y afectan los factores a nivel local, nacional y global
2. La evidencia recopilada durante los últimos 30 años respalda el efecto sustancial de los factores no médicos en la salud física y mental en general. Un análisis de estudios que midieron las muertes de adultos atribuibles a factores sociales encontró que, en 2000, aproximadamente 245 000 muertes se debieron a la baja educación, 176 000 se debieron a la segregación racial, 162 000 se debieron al bajo apoyo social, 133 000 se debieron a -nivel de pobreza, y 119 000 se debieron a la desigualdad de ingresos
3. Número de muertes anuales atribuibles al bajo apoyo social fue similar al número de cáncer de pulmón (n = 155.521).
4. Estados Unidos, a pesar de clasificarse entre los 10 países más ricos del mundo per cápita, experimenta disparidades de salud considerables entre sus ciudadanos que tienen sus raíces en

- factores sociales, económicos y ambientales. En los Estados Unidos, el lugar de nacimiento está más asociado con la esperanza de vida que la raza o la genética
5. En promedio, hay una diferencia de 15 años en la esperanza de vida entre los ciudadanos más favorecidos y los más desfavorecidos
 6. Esta diferencia se correlaciona con características geográficas y comportamientos de salud que están influenciados por factores históricos y sociales. (Daniel, 2023)

Conclusiones

El compromiso de la facultad de medicina de la UAGro para superar las inequidades en salud de nuestro estado es fundamental formar médicos con conocimientos de las DSS con su principal capítulo de pobreza asociado a los problemas de salud imbricados con la justicia social que es una cuestión de vida o muerte. Afecta la forma de vida de las personas, su consiguiente probabilidad de enfermedad y su riesgo de muerte prematura. Las DSS en la formación del médico y su abono es un imperativo para las universidades públicas y sobre todo la UAGro ubicada en un territorio marcado por los mayores índices de pobreza, marginación y retraso en el desarrollo en todas sus modalidades, lo que nos compromete como docentes en la educación médica para cambiar el modelo médico hegemónico por otro con acciones dirigidas al empoderamiento individual y colectivo para construir salud con la participación intersectorial y comunitaria fomentando la promoción de la salud como herramienta para el desempeño profesional, aplicar en su ejercicio profesional los antes mencionados conceptos donde el desarrollo implica, necesariamente, reducir las desigualdades sociales ante la salud, reducir el impacto de la crisis entre los más desvalidos.

La pobreza y la enfermedad son un binomio inseparable. La pobreza es el mayor determinante social y político de la salud y la enfermedad. No es lo mismo Determinantes Sociales y Políticos de la salud que Determinación social y política de la salud. Lo primero hace mención a una situación conformar programas integrales de bienestar social y mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de las grandes mayorías, especialmente de los grupos sociales más desposeídos, y transformar los sistemas de salud sobre la base de un mayor énfasis en las acciones poblacionales de promoción de la salud y prevención y control de daños y riesgos, así como de una mayor participación ciudadana organizada. En suma, la enfermedad con más incidencia, prevalencia y mortalidad en el mundo es la pobreza y su amplísima gama de expresiones. Hace tiempo que Rudolf Virchow comento “más le temo a la pobreza que al bacilo de Koch”.

Referencias literarias

- Acevedo, G.** (2014). Manual de Medicina Preventiva y Social I. ciudad de México: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>.
- Acevedo, G.** (2014). Manual de Medicina Preventiva y Social I. ciudad de México: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>.
- Agrazal García, J.** (2012). La Pobreza y la Educación: Determinantes Sociales de la Salud. . CENTROS, Revista científica universitaria., pp. 288-301.
- Agudelo, C.** (1999). Desarrollo y Salud. REVISTA DE SALUD PUBLICA, • Volumen 1 (1), Marzo 1999; 17-28.

- Álvarez A, G. A.** (2007). Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. . Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet].[citado 3 Dic 2019], 33(2):1-16. .
- Braveman P, G. L.** (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. Public Health Rep. , 129 Suppl 2:19-31.
- Breilh, J.** (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública., 2013;31(Suppl 1): S13-S27.
- Bromage B, E. J.** (2019). Understanding Health Disparities Through the Eyes of Community Members: a Structural Competency Education Intervention. . Acad Psychiatry., [acceso 15/05/2020];43(2):244-7.
- Cadavid B, C. J.** (2004). La crisis epistemológica y las ciencias de la salud. Hacia promoció salud., 2004;(9):7-15.
- Canaval, G.** (2000). El cambio social: análisis del concepto y aplicación en la investigación, educación y práctica de los profesionales de la salud . . Colombia Médica, 31(1),37-42.
- Casallas Murillo, A.** (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Revista Ciencias de la Salud, 397- 408.
- Casas-Zamora, J.** (2002). Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 5-6.
- CDC.** (2024). About priorities why is addressing DSS important. Atlanta, Georgia.: <https://www.cdc.gov/about/priorities/why-is-addressing-sdoh-important.html#:~:text=SDOH%20have%20been%20shown%20to,connect%20people%20to%20clinical%20car> .
- cidics.uanl.** (2018). La pobreza se caracteriza por el llevar una vida saludable. Monterrey, N.L.: <http://cidics.uanl.mx/nota50/#:~:text=La%20pobreza%20se%20caracteriza%20por,el%20llevar%20una%20vida%20saludable>.
- Daniel, H.** (2023). Abordar los determinantes sociales para mejorar la atención al paciente y promover la equidad en la salud: documento de posición del Colegio Estadounidense de Médicos. Washington: <https://saludbydiaz.com/2023/03/15/abordar-los-determinantes-sociales-para-mejorar-la-atencion-al-paciente-y-promover-la-equidad-en-la-salud-documento-de-posicion-del-colegio-estadounidense-de-medicos/>.
- De La Guardia Gutiérrez MA, R. L.** (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR. 2020;5(1):81-90. DOI: 10.19230/jonnpr.3215, 81-90.
- De la Torre, R.** (2024). Pobreza: el regreso de los otros datos. ciudad de México: <https://mexicocomovamos.mx/animal-politico/2024/02/pobreza-el-regreso-de-los-otros-dato>.
- Escobar, M.** (2017). Formación del profesional de la salud: una mirada reflexiva. Revista Médica Electrónica, 39(4), 1004-1010.
- Filho, P.** (2012). La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Cuernavaca: Ed. Instituto Nacional de salud Pública.

- Hernández, E.** (2017). Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población [tesis doctoral]. Alicante: Universidad Miguel Hernández. Alicante: <https://www.minsalud.gov.co/s>.
- Hernández-Rincón EH, P.-G. J.-B.-M.** (2016). Inclusion of the equity focus and social determinants of health in health care education programmes in Colombia: A qualitative approach. *Fam Pract.*, 33(3):268-73.
- Higuera-Gutiérrez LF, C.-A. J.** (2018). Índice de desarrollo humano y eventos de salud pública: revisión sistemática de la literatura 1990-2015. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.*, 5-16.
- Jarillo, E. L.** (2007). “La perspectiva de los determinantes sociales en salud en la formación del personal de salud e investigación”. San Luis Potosí: Ponencia presentada en el Taller sobre Determinantes Sociales de la Salud, Asociación Mexicana de educación en Salud Pública.
- Jhony A. De La Cruz -Vargas, L. E.-L.** (2018). Pobreza y enfermedad: El círculo vicioso [Editorial]. *Rev. Fac. Med. Hum.*, 2018;18(3):7-10. (Julio 2018). DOI 10.25176/RFMH.v18.n3.1585.
- Laurell, A.** (1981). La salud enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud.*, 1981;2(1):7-25.
- Leyva León, A., Rodríguez, L., & Téllez Lazo, L.** (2023). INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. *Revista Didáctica y Educación.* ISSN: 2224-2643., 91-109.
- LLambías-Wolff, J.** (2021). Análisis: Las limitaciones del modelo bio-médico: cuestiones epistemológicas. Santiago, Chile: <https://infogate.cl/2021/02/analisis-las-limitaciones-del-modelo-bio-medico-cuestiones-epistemologicas>.
- Madariaga, C.** (2008). INTERCULARIDAD, SALUD Y DERECHOS HUMANOS: HACIA UN CAMBIO EPISTEMOLÓGICO La crisis del modelo biomédico y los desafíos actuales. *Revista Reflexión* N° 36, ediciones CINTRAS. Santiago, diciembre 2008. <https://ifdcsanluis-slu.infed.edu.a>, 1-5.
- Mejía-Lancheros C, L. J.** (2020). Addressing social determinants of health : reopen the debate and the implications for the health and overall well-being of Colombian people. *Av Enferm.*;38(2):135-9.
- Moreno GMM, H. R.** (2021). Enseñanza y aprendizaje de los determinantes sociales en salud en la región de las Américas. . *Revista Cubana de Educación Médica Superior.* , 2021;35(3):1-25.
- Morin, E.** (1994). Introducción al pensamiento complejo. . Barcelona: Barcelona: GEDISA.
- Muñoz Muñoz, S.** (2011). SALUD Y DESARROLLO EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO. *Revista Cubana de Salud Pública*, 167-174.
- Núñez Jover, J.** (2000). La ciencia y la tecnología como procesos sociales. Lo que la educación científica no debería olvidar. La Habana: La Habana: Editorial Félix Varela; 2000.
- OMS.** (2001). Glosario de Términos de Promoción de la Salud. . Ginebra: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=F1A51668C6D78085735778F0DA17BFD0?sequence=1.

- OMS.** (2013). El Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud a través de acciones intersectoriales: cinco casos de política pública de México. Ciudad de México: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6291>.
- OMS.** (2021). Determinantes sociales de la salud. Informe del Director General. . Ginebra, Suiza: <https://iris.who.int/handle/10665/359799>.
- OMS., O. C.** (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. . Ginebra: Ginebra: OMS; 2007.
- OMS/OPS.** (2009). Determinantes Sociales de la Salud. Washington D. C., Estados Unidos: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-socialpp86es-salud_2009.
- OPS.** (1997). SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO: escenarios y prioridades para el nuevo milenio. Washington, DC: OPS/OMS.
- OPS.** (2001.). Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible. Washington, D.C.: OPS; (Documento CD43/10).
- Otero Puime, A., & Zunzunegui, M.** (2022). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. Ciudad de México: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Determinantes-Sociales-de-la-Salud.pdf>.
- Picazzo Palencia, E. G.** (2011). La Teoría del desarrollo humano sustentable, hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal. *Estudios Sociales*, 259-263.
- PNUD.** (2010). Informe sobre desarrollo humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: caminos al desarrollo humano. New, York: Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2010_es_summary.pdf.
- Pupo Ávila NL, H. T.** (2015). La promoción de salud en el programa de la especialidad de Medicina General Integral en Cuba. *Educación Médica Superior*. 2015 [citado 2016 Ene 5];29(4):[aprox. 0 p.], 742-752.
- Pupo Ávila, N. L.** (2017). La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(2), 218-229.
- Ramírez, E.** (2021). México: 69.5% de la población indígena sobrevive en la pobreza. Ciudad de México: <https://contralinea.com.mx/interno/semana/mexico-69-5-de-la-poblacion-indigena-sobrevive-en-la-pobreza/>.
- Ruiz Álvarez M, A. L.** (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Rev Esp Salud Pública*. 2022; 96: 12 de mayo e202205041, 1-58.
- Salinas-Castañón.** (2012). La importancia de las determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Cuernavaca: Ed. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sánchez-Ordóñez, J.** (2021). Desarrollo y salud: la emergencia de un nuevo paradigma. . *Prospectiva. de Trabajo Social e intervención social.*, (31), 413-436. doi: 10.25100/prts.v0i31.8934. <http://www.scielo.org.co/pdf/prsp/n31/2389-993X-prsp-31-413.pdf>.

- Saraceno, B.** (2004). La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. . México: México: Paz. .
- Sen, A.** (2000). Desarrollo y libertad. Bogotá: Planeta.
- Sen, A. y.** (1993). La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica.
- Snyman S, G. M.** (2019). Exposing an interprofessional class of first years to an underserved community contributed to students' contextualisation of the determinants of health. . J Interprof Care. , 33(3):280-90. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1648201>.
- SSA.** (2013). Programa de Acción Específico. Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018. Ciudad de México: <http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/Promocion%20de%20la%20Salud%20y%20Determinantes%20Sociales.pdf>.
- SSA.** (2015). Promoción de la Salud. Ciudad de México: <https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>.
- Urbina.** (2012). La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Cuernavaca: Primera edición, 2012 DR © Instituto Nacional de Salud Pública.
- Wagstaff, A.** (2002). Poverty and health. Bull World Health Organ , 97-105.
- Whitehead M, D. G.** (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Washington: World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health.