

ARTÍCULO DE REVISIÓN

*Clínica médica,
salud comunitaria*

ORIENTACIONES GENERALES PARA
EL ABORDAJE DESDE LA SALUD
COMUNITARIA

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Sánchez Cabezas A. Diálogos,
intersecciones, tensiones y desafíos
de la clínica médica a la luz de los
aportes de la salud comunitaria. *Rev
Arg Med* 2021;9(3):132-140
ARK CAICYT: [http://id.caicyt.gov.ar/
ark:/s26184311/vhmkths74](http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/vhmkths74)

Recibido: 30 de junio de 2021.

Aceptado: 18 de julio de 2021.

¹ Presidenta del Consejo de Salud Comunitaria de la SAM, Fundadora de Surcos, Directora ejecutiva del Observatorio de Salud del GDFE; asesora experta del Ministerio de Salud de la Nación.

DIÁLOGOS, INTERSECCIONES, TENSIONES Y DESAFÍOS DE LA CLÍNICA MÉDICA A LA LUZ DE LOS APORTES DE LA SALUD COMUNITARIA

DIALOGUES, INTERSECTIONS, TENSIONS, AND CHALLENGES OF INTERNAL MEDICINE IN VIEW OF THE CONTRIBUTIONS FROM COMMUNITY HEALTH

Alejandra Sánchez Cabezas¹

RESUMEN

Si bien la medicina clínica, desde una perspectiva biologicista y centrada en las personas, ha aportado grandes éxitos a la salud, la pandemia ha puesto de manifiesto que los padecimientos y el acceso a los servicios de salud continúan siendo diferenciales. Siguen observándose grandes desigualdades en los resultados de salud de acuerdo con la clase social, el origen étnico y otras dimensiones. Si se quiere dar un paso cualitativo para mejorar la salud, se debe contar con un arsenal de instrumentos que permita incidir sobre las dimensiones sociales, económicas y políticas. Este artículo pretende ser una reflexión crítica sobre los desafíos y los aportes que la salud comunitaria puede realizar en este sentido.

PALABRAS CLAVE. Salud comunitaria, desigualdades, equidad en salud, medicina social, salud colectiva.

ABSTRACT

Although clinical medicine, from a biologist and people-centered perspective, has brought a great deal of success to healthcare, the pandemic has shown that the conditions and access to health services continue to be differential. Great inequalities continue to be experienced in health outcomes based on social class, ethnic origin, and other dimensions. If a qualitative step to improve health is needed, an arsenal of instruments that allow influencing the social, economic, and political dimensions is to be implemented. This article aims to be a critical reflection on the challenges and contributions that community health can make in this regard.

KEY WORDS. Community health, inequalities, equity in health, social medicine, collective health.

La autora manifiesta no poseer conflictos de intereses.

CONTACTO PARA CORRESPONDENCIA

Correo electrónico:

Alejandra.sanchezcabezas@gmail.com

Introducción

La pandemia ha puesto de manifiesto los límites de la medicina clásica para el abordaje de los grandes problemas sanitarios. En todo el mundo han quedado en evidencia de manera descarnada las grandes desigualdades del impacto de las enfermedades y del acceso a los recursos sanitarios de acuerdo con la clase social, el origen étnico y otras condiciones que sólo pueden ser abordadas con perspectivas capaces de incidir sobre ellas. No hay ninguna duda de que la medicina, tal como la conocemos, ha hecho un aporte significativo para la salud de la humanidad. Sin embargo, la evidencia muestra que, si quiere incrementar su impacto se deben revisar algunos de los paradigmas que la sustentan y transformar sus prácticas y modelos de intervención: no es suficiente el abordaje individual de las consecuencias que las malas condiciones de vida producen en los cuerpos de las personas, sino que es necesario transformar las causas primeras de los problemas de salud. En este artículo esperamos dar cuenta de cuáles pueden ser algunos de los aportes de la medicina comunitaria en ese sentido.

¿Por qué y cuándo la salud comunitaria se constituyó en un aporte a la medicina clínica?

La medicina clínica es una construcción histórica que tomó impulso con la identificación y la posibilidad de aislar los gérmenes patógenos a mediados del siglo XIX. En ese momento de tensiones entre priorizar al individuo o el contexto, la identificación de los gérmenes patógenos marcó una fuerte diferencia a favor de la perspectiva clínica, subordinando en parte la medicina social.

Cuando Robert Koch identificó la *Vibrio cholerae*, las aguas del mundo científico se dividieron entre quienes consideraban que la presencia del germen era suficiente para producir enfermedades y quienes afirmaban que no lo era, sino que se sumaban a una cadena causal de acontecimientos que había que tener en cuenta para garantizar la salud de toda la población. Max von Pettenkofer afirmaba que los gérmenes eran una condición necesaria pero no suficiente para producir enfermedades, ya que las enfermedades aparecían cuando los agentes patógenos se sumaban a ciertas condiciones tiempo-espaciales. Tan convencido estaba que, en pleno debate científico, ingirió frente a sus colegas 1 ml de un caldo de cultivo de vibrión colérico –que se calcula que contenía mil millones de bacilos– proveniente de un paciente recién fallecido. Si bien Von Pettenkofer tenía 74 años, no falleció ni desarrolló cólera, sólo tuvo algunos síntomas leves (1). En la misma época y en la misma línea, Virchow proponía que para construir salud eran

necesarias reformas sociales radicales que incluyeran una democracia completa, educación, libertad y prosperidad; y Behring afirmaba que el estudio de las enfermedades infecciosas no se podía llevar adelante si no se incluían consideraciones sociales y reflexiones políticas al respecto (2).

Así como durante finales del siglo XIX y principios del XX la discusión se mantenía en un plano más teórico, durante la segunda década del siglo XX se comenzó a construir fuerte evidencia que permitió objetivar las relaciones de causalidad multifactorial entre las alteraciones biológicas y las dimensiones sociales. Estas vinculaciones fueron englobadas en el concepto de “factor de riesgo”. A partir de lo cual numerosos documentos de Naciones Unidas siguen dando cuenta de las insuficiencias de los abordajes biologicistas, reiterando una y otra vez la necesidad de transformar las prácticas¹, a pesar de lo cual no lograron todavía las transformaciones de los modelos de atención necesarios (3,4). Lo que históricamente era identificado como contexto tiempo-espacial y factor de riesgo, con el correr del tiempo y la construcción de nueva evidencia, se denominaron luego *determinantes de morbimortalidad*. Estos determinantes fueron definidos como el conjunto de condiciones que constituyen las causas mediatas de salud y enfermedad y que incluyen las condiciones sociales, culturales, económicas y relaciones de poder y deben ser necesariamente incluidas en las políticas sanitarias para evitar los principales padecimientos de la población (3-5). Cuando transformamos estas afirmaciones en números (Fig. 1) vemos que los cuidados médicos impactan un 25% en los niveles de salud o enfermedad de las poblaciones, la biología y la genética, el 15% y el ambiente físico, el 10%, mientras que las formas de organización social y/o los modos de vida, en el 50%, constituyéndose como los factores de mayor impacto en el proceso salud-enfermedad-cuidado.

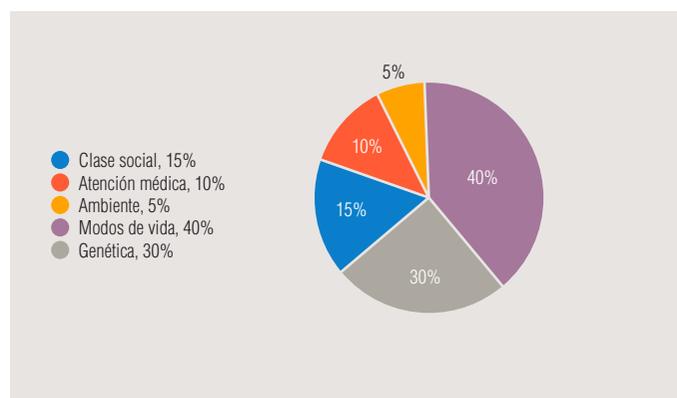


Figura 1. Ponderación del impacto de los factores determinantes sobre la salud de una población: ¿qué nos hace estar sanos? Fuente: elaboración propia basada en: Health Catalyst. Social Determinants of Health (13).

¹ Algunos de los principales documentos, por son: Alma Ata (6), la carta de Ottawa (7), Adelaide (8), Sundsvall (9), Yakarta (10); la Declaración de Santa Fe de Bogotá (11) y la Carta del Caribe de Promoción de la Salud (12).

Sobre la base de esta evidencia, en 2005 la OMS (14) creó la comisión de determinantes sociales de morbimortalidad que diferenció los factores macro –y los denominó *determinantes estructurales*– de sus manifestaciones materiales, que denominó *determinantes intermedios* (tabla 1) (19):

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE LA OMS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE MORBIMORTALIDAD

Determinantes estructurales

Estatus socioeconómico

Origen social

Jerarquías de poder

Acceso a recursos económicos

Determinantes intermedios

Circunstancias materiales *Vivienda, consumo, trabajo, vecindario*

Circunstancias psicosociales *Situaciones estresantes, redes de apoyo*

Estilos/modos de vida *Nutrición, actividad física, tabaquismo, abuso de alcohol, entre otros.*

Acceso a los sistemas de salud

Fuente: elaboración propia basada en OPS (14).

A continuación mostraremos de manera gráfica el impacto de algunos de estos determinantes. En primer lugar expondremos algunos indicadores provinciales en relación con las condiciones de vida y las necesidades básicas insatisfechas (NBI)².

A modo de ejemplo, las tasas de mortalidad en menores de 1 año en Corrientes duplica los valores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en relación con la diferente proporción de población con NBI (Fig. 2).

Lo mismo ocurre cuando se compara la tasa de embarazo adolescente. El porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años en Chaco es 4,3%, con una diferencia entre ambas provincias de más de cinco veces también en relación directa con sus poblaciones con NBI (NBI en Chaco: 18,8 vs. NBI en CABA: 6).

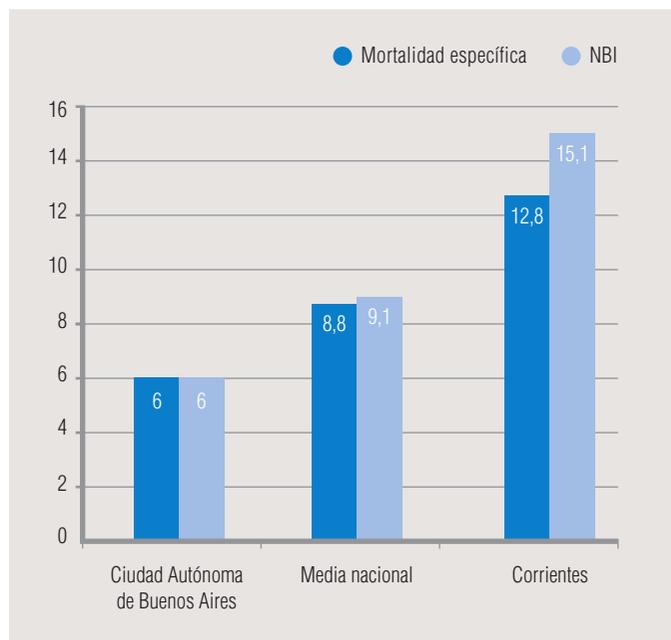


Figura 2. Tasa de mortalidad específica en menores de 1 año /1000 nacidos vivos / NBI. Fuente: elaboración propia basada en Dirección de Estadística e Información. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina (16).

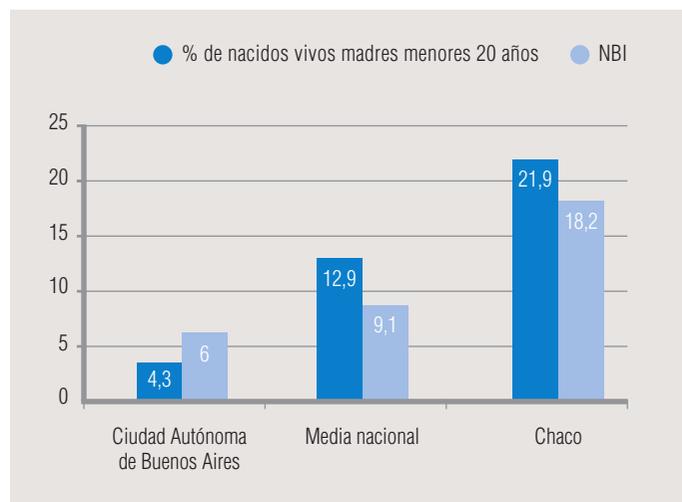


Figura 3. Porcentaje de nacidos vivos, madres menores de 20 años / NBI. Fuente: Elaboración propia basada en Dirección de Estadística e Información. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2018; Ministerio de Economía de la Nación (2010).

² Se consideran hogares con NBI aquellos en los cuales está presente al menos uno de los siguientes indicadores: hogares con más de tres personas por cuarto (hacinamiento crítico); hogares con vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo); hogares en viviendas que no tienen retrete o tienen retrete sin descarga de agua; hogares que tienen algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela; hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe tiene bajo nivel de educación (sólo asistió dos años o menos al nivel primario) (15).

De acuerdo con la última encuesta de factores de riesgo realizada en Argentina (2019), la diferencia entre grupos de poblaciones con acceso desigual a condiciones materiales de vida y educación impacta de manera desigual sobre la posibilidad de padecer algún tipo de dolor y malestar, de percibir que la salud propia es regular o mala y de padecer ansiedad o depresión entre grupos segmentados por ingresos. En todos los casos, la posibilidad de padecer algún tipo de dolor y malestar, de percibir que la salud propia es regular o mala o de padecer ansiedad o depresión es mucho mayor en los grupos sociales que pertenecen a quintiles de menores ingresos que en los que pertenecen a quintiles de mayores ingresos. Mientras en el quintil de mayores ingresos sólo el 16% refería ansiedad o depresión, esta se presentaba en el 22% de la población de quintiles de menores ingresos, lo mismo en relación con la presencia de dolor o malestar (29% vs. 12%) y de dolor o malestar (28% vs. 21%) (Fig. 4).

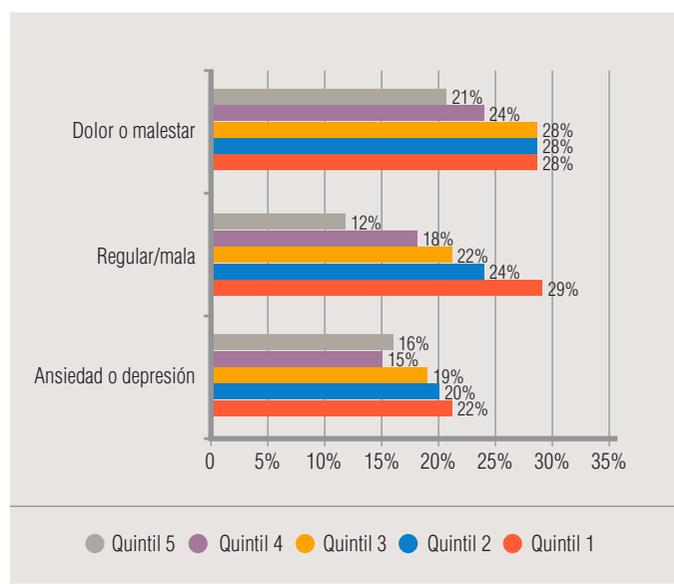


Figura 4. Calidad de vida relacionada a la salud, por quintil de ingreso. Fuente: Elaboración propia en base a la 4ª Encuesta nacional de factores de riesgo (16).

La misma encuesta muestra el impacto positivo de la educación cuando se indaga sobre la presencia de problemas de salud que producen dificultades en la movilidad (7% vs. 32%), en la realización de actividades cotidianas (4% vs. 18%), sobre la presencia de ansiedad o depresión (17% vs. 21%) y de dolor o malestar (20% vs. 44%) (Fig. 5).

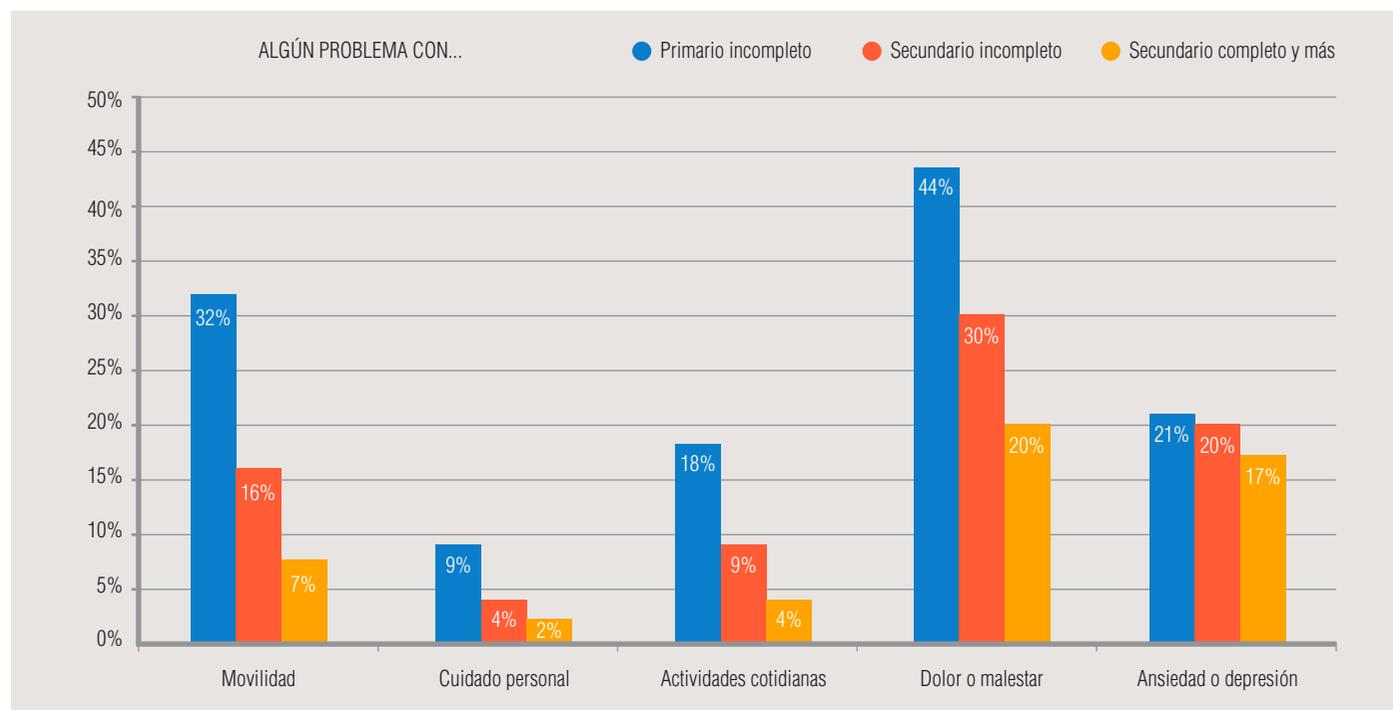


Figura 5. Calidad de vida relacionada con la salud por nivel educativo. Fuente: Elaboración propia basada en la 4ª Encuesta nacional de factores de riesgo (16).

Lo mismo ocurre cuando se compara, entre grupos de distinto nivel educativo, los niveles de colesterol o la presencia de diabetes o de hipertensión arterial. En estos casos también se constatan mejores niveles de salud en quienes tienen mayores niveles educativos (Fig. 6).

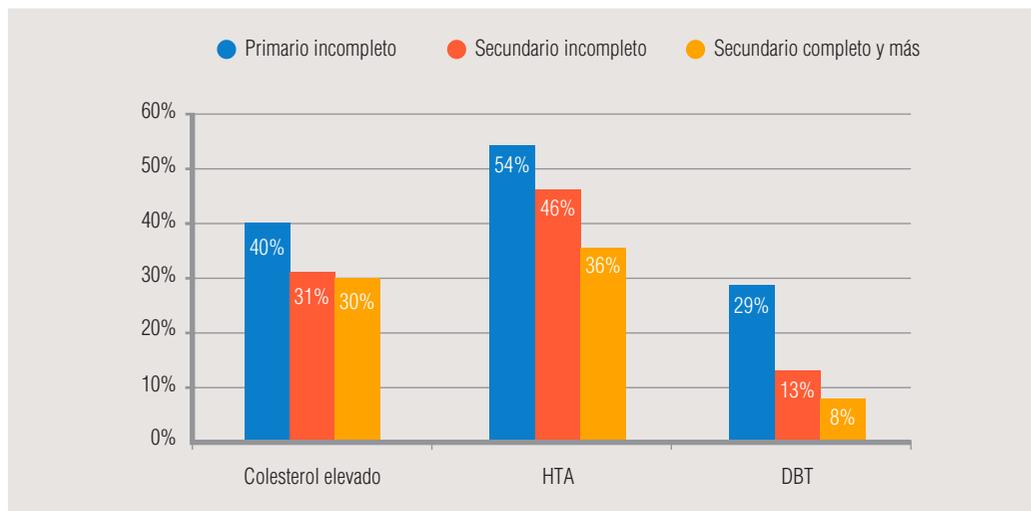


Figura 6. Valores alterados por nivel educativo. Fuente: Elaboración propia en base a 4° Encuesta nacional de factores de riesgo (16).

Una vez identificados los determinantes, resulta relevante detallar, aunque sea brevemente, por qué cuando se invisibilizan o no se implementan estrategias para impactar sobre los determinantes el resultado es que los equipos de salud, aun sin saberlo, contribuimos a reproducir desigualdades de manera activa.

Invitamos a reflexionar sobre esta última afirmación: si en los servicios de salud se solucionan las causas inmediatas de los padecimientos, pero no se desencadenan procesos que busquen visibilizar y transformar los factores determinantes, se seguirán reproduciendo problemas de salud que, aunque con diferentes manifestaciones, mantendrán las malas condiciones de vida. En estos escenarios, el incremento de las tasas de morbilidad, además de generar daños crónicos, producir pérdidas económicas y disminuir la expectativa de vida de los colectivos afectados, va configurando subjetividades donde los padecimientos forman parte indisoluble de la vida cotidiana y la percepción constante de destinos insuperables se asocia a una convicción de impotencia de estos colectivos; estos sienten que no pueden producir transformaciones sociales y siguen siendo víctimas. Es así como la convivencia constante con padecimientos que no pueden resolverse de manera individual socava la autoestima y la autodeterminación, inmoviliza los recursos locales y reproduce círculos de pobreza (17) (Fig. 7).

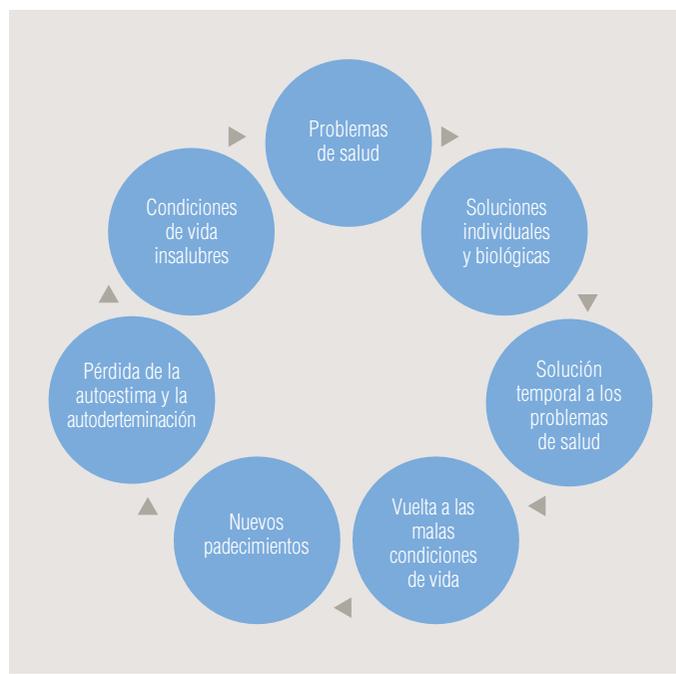


Figura 7. Consecuencias invisibilizadas de la medicina clínica. Fuente: Sánchez Cabezas y col. (17).

No sólo las condiciones materiales actúan como determinante, abundante evidencia asocia los peores resultados de salud con situaciones de violencia, de estrés crónico, de estigmatización, de falta de recursos y de segregación. Una de las primeras fuentes de evidencia fue un estudio sobre 17.530 personas donde Marmot demostró que la probabilidad de enfermedad coronaria era diferencial en relación con la percepción del nivel de control sobre el trabajo, determinado por las jerarquías laborales (Fig. 8). En la misma línea se comprobaron mayores riesgos de enfermedad en personas expuestas a situaciones de violencias, sometidas a estrés crónico y a otros grupos subordinados (18).

En este marco, la propuesta de la salud comunitaria es que, frente a los problemas de salud, además de recurrir a los cuidados médicos, se visibilicen los factores determinantes y se propongan acciones para impactar sobre las condiciones de vida y las formas de organización social. De esta manera, se pueden transformar las condiciones de vida por medio de procesos donde las poblaciones problematizan la realidad, incrementan el control sobre su contexto e intervienen de manera directa para mejorar su salud y cortar círculos viciosos de padecimientos (Fig. 9).

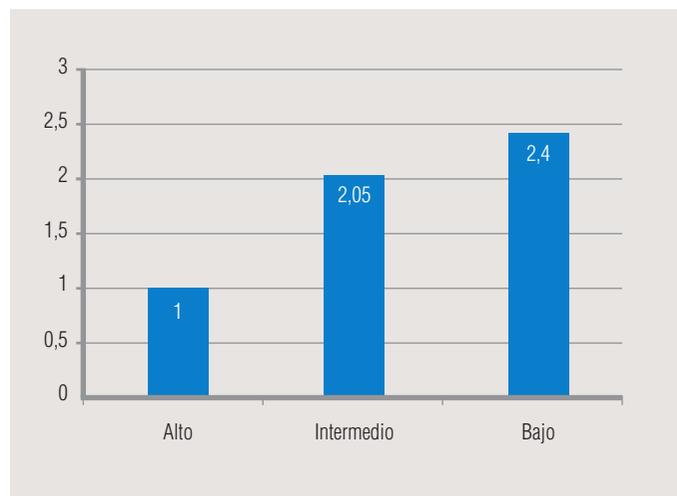


Figura 8. Percepción personal del nivel de control sobre el trabajo y riesgo de enfermedad coronaria en hombres y mujeres. Fuente: elaboración propia basada en OMS (18).

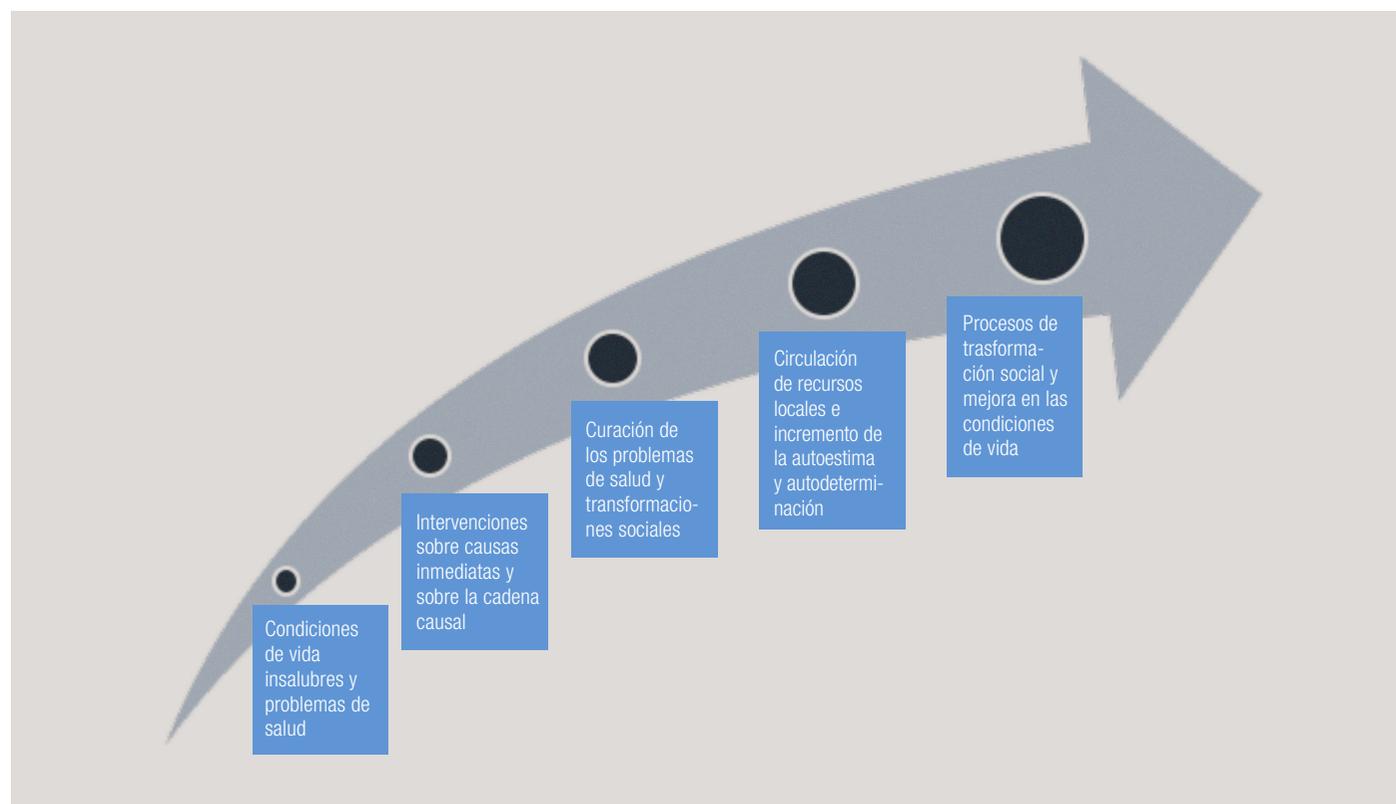


Figura 9. Consecuencias de la implementación de principios de salud comunitaria. Fuente: elaboración propia a partir de Sánchez Cabezas (17).

Como en los servicios de salud no estamos habituados a pensar nuestras prácticas desde esta perspectiva dado que esto no formó parte de nuestra formación, no nos resulta obvio hasta que junto a un abordaje que no incluya los determinantes de morbimortalidad convierte el sistema de salud en un actor que reproduce una realidad injusta. Sin embargo, ¿cuántas veces escuchamos frases como estas?:

“¿Recién ahora hace la consulta? ¿Por qué tardó tanto?”

“Quien quiere hacer algo lo hace y no busca tantas excusas...”

“¿Ahora gritás?... bien que hace 9 meses no...”

“De usted depende, si quisiera lo haría distinto...”

Estas actitudes desconocen las barreras que deben superar los colectivos más vulnerados para acceder a los servicios de salud, se invisibilizan las realidades comple-

jas en las que viven y se carga sobre ellos la responsabilidad de padecimientos que los exceden.

Años atrás, en una provincia del norte de nuestro país varios centros de atención estaban empapelados con afiches que proclamaban:

“De vos depende que no te contagies hepatitis. Lavate las manos.”

Sin considerar que en ninguno de estos municipios había agua potable, y que el agua de los pozos tenía concentraciones de enterobacterias superiores a las aceptadas. A modo de resumen, en la tabla 2, incluimos las principales diferencias entre la perspectiva clínica tradicional y la salud comunitaria, conscientes de que toda clasificación es siempre injusta e insuficiente, y que la realidad no se comporta de manera dicotómica.

TABLA 2. PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE LA PERSPECTIVA BIOMÉDICA Y LA COMUNITARIA/SOCIAL

Dimensión	Perspectiva	
	Biomédica	Comunitaria/ Social
Determinantes	Prioriza los determinantes biológicos	Prioriza los determinantes psico-socio-ambientales
Objeto de intervención	Se focaliza en la enfermedad individual; ilumina las consecuencias y centraliza sus acciones en la curación	Se focaliza en las necesidades sentidas; ilumina las causas mediatas y centraliza sus acciones en promover una mejor calidad de vida
Para determinar acciones	Resalta los aspectos objetivos, cuantificables, medibles (temperatura, presión, etc.)	Resalta los aspectos subjetivos, las representaciones sociales. (¿cuál es para usted/es el problema?)
Saber médico	Se valora por sobre todo el saber profesional	Se valora el saber de los profesionales tanto como el de la comunidad
Cultura	Invisibiliza los valores comunitarios enviándolos al ámbito privado	Resalta los valores sociales como generadores de salud/enfermedad
Tecnología	Sobredimensiona los procesos tecnológicos desde una perspectiva individual	Incluye las relaciones humanas como una llave explicativa, incluye a la tecnología como un elemento más

Fuente: elaboración propia.

Junto a muchos que nos antecedieron tenemos la convicción de que visibilizar las contradicciones sociales, ampliar la mirada y objetivar la cadena causal de los padecimientos, aunque no pueda transformar la realidad como querríamos, por lo menos alivia el peso de la culpa que acompaña a lo largo de sus vidas a las poblaciones vulneradas (20,21). Al respecto, Pierre Bourdieu (22) dice lo siguiente:

“Llevar a la conciencia mecanismos que hacen la vida dolorosa, incluso invisible, no es neutralizarlos; poner al día contradicciones, no es resolverlas. Pero, por muy escéptico que se sea sobre la eficacia social del mensaje, no se puede tener como nulo el efecto que puede ejercer al permitir, a aquellos que sufren, descubrir la posibilidad de imputar su sufrimiento a causas sociales y sentirse así disculpados.”

El rol político de la salud comunitaria de visibilizar las contradicciones sociales se puede ejercer desde cualquier espacio: desde el consultorio, visibilizando la cadena causal de los problemas de salud; en las comunidades, movilizandolas acciones colectivas; en la docencia de grado y posgrado, incluyendo la salud comunitaria en la currícula o en el mundo social, y en todos los casos rompiendo estigmas del sentido común.

¿Por qué esta perspectiva no ha alcanzado más difusión? En parte por la simplicidad del marco conceptual de la perspectiva clínica que no incluye de manera sistemática un análisis de la realidad social, en parte por el éxito inmediato de los medicamentos que genera un espejismo de eficacia, y en parte también por la perspectiva positivista de la ciencia que oculta sus supuestos tras un velo de falsa neutralidad. Pero sobre todo por las resistencias de quienes tienen intereses económicos y políticos y no quieren perder privilegios, y que frenan o subestiman cualquier proceso transformador y los intentos de visibilizar las contradicciones sociales que dejan huella en los cuerpos de las personas (23).

¿Todos los integrantes de los equipos de salud tienen un rol?

Preservar la salud implica pensar en un campo de construcción de condiciones de posibilidad en el que distintos actores sociales, entre los cuales se cuenta a todo el

equipo de salud, puedan influir sobre los determinantes sociales de la salud³.

Nombraremos sólo algunos problemas de salud que ponen en evidencia lo que estamos diciendo: enfermedades crónicas no transmisibles, salud sexual y reproductiva, consumos problemáticos, salud mental, enfermedades transmisibles en general. Ante temas como estos, ¿no recuerdan haber sentido la necesidad de comprender por qué no podemos disminuir su incidencia, el impacto diferencial entre los distintos grupos sociales? ¿No creen que incluir otras perspectivas permitiría mejorar el impacto?

¿Qué se puede hacer?

- **En la consulta médica:** buscar estrategias que permitan comprender los problemas de salud en cada contexto para orientar a les usuaries de salud para comprender sus padecimientos.
- **En los servicios de salud:** conformar equipos capaces de reflexionar en conjunto sobre distintas miradas, saberes y prácticas, valorando todos los aportes.
- **En el espacio público:** pensar estrategias colectivas de abordaje. Formar redes con distintos sectores y colectivos para colocar los problemas de salud en su perspectiva social, situar la salud en la agenda pública y crear espacios de gestión participativa que pongan en evidencia las causas sociales, económicas y políticas de los padecimientos humanos.

En otras palabras, construir ciudadanía, porque el ejercicio de la ciudadanía se aprende, y poner en marcha estrategias que permitan visibilizar las causas sociales de la enfermedad, incrementar la participación de la población y articular voluntades, son excelentes maneras de hacerlo. Comenzar construyendo consenso en el sistema de salud y con distintos sectores para problematizar la realidad, para hacer explícitas algunas de las contradicciones que permanecen invisibles, pero que producen padecimientos y que podrían transformarse, es una excelente manera de empezar. [RAM](#)

³ Declaración de Alma Ata (6); Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy (8); Declaración de Sundsvall (9); Declaración de Santa Fe de Bogotá (10); Carta del Caribe de Promoción de la Salud (12); Declaración de Yakarta (10), OPS (23), OPS (24)).

Referencias bibliográficas

1. Ledermann DW. A propósito del cólera: Max von Pettenkofer y su Experimentum crucis. *Rev Chil Infectol* 2003;20(Suppl):84-5. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003020200029&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182003020200029>. [Último acceso: junio de 2021.]
2. Rosen G. *De la política médica a la medicina social*. México: Siglo XXI; 1985
3. Illich I. *Némisis médicas: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores. 1976
4. Evans R, Marmor T, Barer ML. *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones*. Madrid: Díaz de Santos. 1996
5. Behm Rosas H. Los determinantes de la mortalidad y las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la infancia. *PSM* 2014;12(1):139-53. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012014000100010&lng=en. [Último acceso: junio de 2021.]
6. Declaración de Alma Ata. Salud para todos. OMS 1978. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index.html>. [Último acceso: junio 2021.]
7. Organización Panamericana de la Salud. Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud. Washington DC, EUA: Organización Panamericana de la salud; 1994.
8. Organización Mundial de la Salud. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Organización Mundial de la Salud; 1988. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapro/article/23/1/1/556005>. [Último acceso: mayo de 2021.]
9. Declaración de Sundsvall sobre ambientes favorables para la salud. Organización Mundial de la Salud; 1991. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HED_92.1_spa.pdf. [Último acceso: mayo de 2021.]
10. Declaración de Yakarta, Cuarta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud; 1997. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf acceso 20 septiembre 2011. [Último acceso: mayo de 2021.]
11. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Declaración de Santa Fe de Bogotá. Colombia. Organización Mundial de la Salud; 1992. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/santa_fe_bogota_92.pdf. acceso 21 septiembre 2011. [Último acceso: mayo de 2021.]
12. Carta del Caribe de Promoción de la Salud. Organización Panamericana de la Salud; 1993. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/CaribbeanCharterSp.PDF> acceso 21 septiembre 2011. [Último acceso: junio de 2021.]
13. Health Catalyst. Social Determinants of Health: Tools to Leverage Today's Data Imperative. 2019. Disponible en: <https://www.healthcatalyst.com/insights/social-determinants-health-todays-data-imperative>. [Último acceso: junio de 2021.]
14. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud; 2012. Volumen regional. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012%20volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud%20163&Itemid=231&lang=es. [Último acceso: junio de 2021.]
15. INDEC. Situación y Evolución Social (Síntesis N°4); INDEC: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Institucional-Indec-Glosario>
16. Ministerio de Salud de la Nación. 4ª Encuesta nacional de factores de riesgo; 2019. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf. [Último acceso: abril de 2021.]
17. Sánchez Cabezas A. Compiladora. *Promoción comunitaria de la salud: un diálogo entre la teoría y la experiencia*. Buenos Aires: Don Bosco; 2008
18. Organización Mundial de la Salud. *Los hechos probados: determinantes sociales de la salud*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: <https://www.msccs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>. [Último acceso: abril de 2021.]
19. Organización Mundial de la Salud. *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through the social determinants of health*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud; 2008. Disponible en: <https://tinyurl.com/ycg9k8vx>. [Último acceso: abril de 2021.]
20. Bourdieu P. *Cosas dichas*. Buenos Aires: Gedisa; 1988
21. Sontag S. *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus; 2003
22. Bourdieu P. *Capital cultural y espacio social*. 3ª. edición. Buenos Aires: Siglo veintiuno; 1997; p 104
23. Laurell C. Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde Debate* 2014;38(103):853-71. Disponible en: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140088>. [Último acceso: abril de 2021.]
23. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>. [Último acceso: junio de 2021.]
24. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas 2008. N°4