

Algunas reflexiones acerca de la noción de determinantes, determinantes sociales y desigualdades en salud

MCs, Dra. Rina M. Ramis Andalia¹

1. Profesora e Investigadora Auxiliar, ENSAP, CUBA. rina.ramis@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Al referirnos indistintamente a las expresiones determinantes de la salud y sociales de la salud, así como a la desigualdad y a la desigualdad social en salud no siempre se tiene en cuenta que estos términos adoptan significado y sentido en un contexto teórico- práctico previamente definido. **Objetivos:** Abordar el estudio de los determinantes sociales de la salud obliga al investigador a plantear el asunto desde sus referentes conceptuales, considerando las nuevas teorías de la complejidad. **Desarrollo:** Más que un concepto, el término determinación es tratado hoy día por la filosofía y las ciencias como una noción que en cada caso traduce cualidades y significados diferentes. Hoy día sabemos que durante el siglo pasado, la práctica epidemiológica y salubrista predominante, manejó lo social desde una perspectiva analítica y factorial. Es fundamental el papel que juega la estructura social en la determinación social como proceso y a ese fenómeno no escapa ningún país en el mundo globalizado de hoy. **Conclusiones:** Mientras que la noción de determinantes de la salud asume la determinación como característica o como causa efecto y su enfoque epistemológico reproduce el enfoque analista y fraccionado de la modernidad; el enfoque de la determinación social conjuga lo macro con lo micro, lo distal con lo proximal, lo estructural con lo intermedio y centra su enfoque en la determinación como devenir del proceso social, en la que interactúan en red múltiples agentes biológicas, naturales y sociales; todos, socialmente determinados, aproximándonos a su comprensión desde el pensamiento y las teorías de la complejidad.

Palabras clave: determinantes de la salud, determinantes sociales de la salud, desigualdades sociales en salud, pensamiento y teorías de la complejidad.

INTRODUCCIÓN

Al referirse indistintamente a las expresiones determinantes de la salud y sociales de la salud, así como a la desigualdad y a la desigualdad social en salud, no siempre se tiene en cuenta que estos términos adoptan significados y sentidos en un contexto teórico-práctico previamente definido por lo que su uso e interpretación queda enmarcado dentro del mismo.

Más que un concepto, el término determinación es tratado hoy día por la filosofía y las ciencias como una noción que en cada caso traduce cualidades y significados diferentes.^{1,2}

Por otra parte, desde sus inicios en la salud pública y en la Epidemiología, lo social ha tenido diversos enfoques e interpretaciones. Hoy día sabemos que durante el siglo pasado, la práctica epidemiológica y salubrista predominante, manejó lo social desde una perspectiva analítica y factorial.^{2,3,4,5}

De igual forma, la noción de *desigualdad social*, como expresión de la determinación social de salud por los cambios que emergen desde la estructura social; no tiene igual significado que el simple término de desigualdad.

Las desigualdades sociales en salud, son disparidades injustas, inequitativas y socialmente evitables, emergen y se establecen como expresión en primer lugar de la cultura de dominación y conquista que ha caracterizado a la humanidad a través de su recorrido histórico-social. Al sucumbir el régimen feudal se suponían desaparecieran las formas más crueles de desigualdad, sin embargo estas solo encontraron otras salidas en las relaciones dominantes de producción y reproducción de las políticas, económicas y sociales que engendra, impone y disemina el sistema capitalista a nivel mundial, mediante su modo civilizatorio de desarrollo. La desigualdad económica es generadora de inequidad social. Esas relaciones hegemónicas y depredadoras trascienden fronteras, países, culturas, constituciones, leyes y regulaciones. Penetran en los países pobres, que dependen de su producción y sujetos a las leyes que prevalecen a nivel mundial. De modo que no es ocioso acotar y resitificar el uso de estos términos, por la presencia que van teniendo en nuestro contexto en los últimos años.^{6,7}

La forma histórica e injusta en que Cuba se ha visto forzada a desarrollar su proyecto económico y social desde hace más de medio siglo debido a la presión ejercida por el bloqueo norteamericano y a otros factores relacionados, afecta la economía del país y lo obliga a buscar en cada momento soluciones alternativas. Estudios realizados por investigadores de instituciones económicas, sociales, científicas, culturales, educacionales y políticas advierten sobre la aparición de brechas de desigualdad social que constituyen amenazas a la salud poblacional.^{8,9,10,11}

Abordar el estudio de los determinantes sociales de la salud obliga al investigador a plantearse un nuevo referente teórico conceptual, pues ya no se trata como en la década de los 70 del siglo pasado de un acabado y único concepto (si es que alguna vez lo fue) máxime cuando está siendo objeto de diversas miradas desde la filosofía y las ciencias, incluyendo su uso específico por la Epidemiología Social y el resto de las ciencias de la Salud.^{2,3,5,12,13}

Al revisar críticamente la numerosa literatura que hoy día se gesta en relación al tema de la desigualdad y los determinantes en Salud Pública, es posible reconocer diversas corrientes de pensamiento científico como expresión de la diversidad de posiciones teóricas y el accionar académico, científico, político y social de quienes las sostienen.^{2,3,4,6,7,13,14}

Otro asunto, más alejado de este tema pero no menos importante a señalar, es la relación intrínseca que se gesta entre teoría, método y tecnología. La ciencia clásica reconoció tempranamente la relación teoría- método, pero en sus inicios, fue aún prematuro enorme el impacto futuro de las tecnologías.^{1,15,16}

A partir de la segunda mitad del siglo XX, con el advenimiento y perfeccionamiento de las computadoras y la flexibilidad de los lenguajes de comunicación computacional, las tecnologías comienzan a desarrollar nuevas propiedades: no solo almacenan y transmiten información, sino también la construyen y reconstruyen con y sin la participación del investigador, pero siempre con la interacción y la participación recursiva y activa del sujeto. Se modifica radicalmente el papel pasivo del sujeto y la tecnología pasa a jugar un papel activo y transformador de las relaciones investigador- instrumento- observador- participante. De modo que del dialogo de la relación clásica entre objeto- sujeto, se transforma a la trilogía objeto-sujeto- tecnología o a de otros niveles de participación, ya que incluye al entorno vivo participante. Así sucede con muchas de las relaciones que actualmente emergen en el sector salud.

Es importante evitar que las tecnologías dominen esas relaciones, lo que exige se establezcan compromisos ético- legales entre los creadores de las tecnologías, los productores, el mercadeo de tecnologías, los usuarios y los consumidores.^{17,18}

DESARROLLO

El estudio de los determinantes en la Salud Pública y la Epidemiología se comienza a extender por el mundo a mediados de la década del 60 e inicios de los años 70, cuando epidemiólogos y salubristas como Morris, Mac Keown, Mosley y Chen y otros comenzaran a reconocer que las enfermedades que azolaban a la sociedad estaban determinadas por algo más que la biología humana, o el ambiente, algo que dependía más de la forma en que los hombres se relacionan, crean y recrean sus formas de vida. Esas formas singulares pero a la vez colectivas de construir sus vidas y sus relaciones, hacen la diferencia entre las causas de los problemas de salud en las poblaciones y las causas en los individuos.^{19, 20,21}

Por otra parte Mervyn y Ezra Susser, en 1995-96, aludiendo al principio de causalidad en Epidemiología, señalaron su insuficiencia y plantearon que las causas de los problemas de Salud que afectan a las poblaciones humanas no pueden ser estudiados

solamente desde la perspectiva de los modelos causa efecto y se preguntaron si sería mejor dejar de hablar de «causas y comenzar a hablar de determinantes». Estos investigadores fueron los primeros en superar los modelos de causalidad lineal en Epidemiología.²²

Mientras, el enfoque de determinantes de la Salud que predominó en la década del 70 y hasta mediados del 80 se inscribió en un modelo que suscribía lo social como un factor de riesgo más dentro de una multiplicidad de factores. Ejemplo de ellos son los modelos de campos de salud de Marc Lalonde- Laframboise, el modelo de Alan Dever, Aldereguía, entre otros.^{23,24,25)}

Los estudios realizados por Geoffrey Rose, publicados en el año 1985, fueron muy esclarecedores con respecto a la comprensión y diferencia que existe entre el enfoque individual y poblacional.²⁶ Estos estudios abrieron el camino para que a fines de la década del 80 y principio de los años 90 tanto la Epidemiología como la Salud Pública comenzaran a transitar desde la visión de los determinantes entendidos como factores o el conjunto de los mismos agrupados según orígenes similares, a una visión más amplia de los determinantes como generadores de salud desde una construcción social. Este nuevo sentido que toma la determinación está relacionado con el renacer de la nueva Epidemiología Social Latinoamericana a finales de los años 60, fortalecida durante los años 70, 80 y 90 y cuyos más destacados representantes fueron en los inicios: Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, Naomar Almeida da Silva, Rita Barrata, Pedro Luis Castellanos, entre otros.^{12,27)}

La noción de los determinantes de la salud en América Latina. El pensamiento de la Complejidad

A partir de los años 90 el estudio de los determinantes sociales de la salud recibió un nuevo impulso a nivel mundial en el que jugó un importante papel la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y ALAMES, esta última con una visión radical en su enfoque gestado desde lo más avanzado del pensamiento social latinoamericano.²⁶

En la nueva Epidemiología latinoamericana se percibe el reconocimiento implícito y explícito al pensamiento de la Complejidad, esbozado radicalmente por Breilh, su pensamiento epidemiológico a partir de las epistemologías de segundo orden y su marcado rechazo a la teoría de los factores de riesgo.

Las ideas de la complejidad también están presentes en los ensayos de Naomar Almeida da Filho, Rita Barrata y en los enfoques acerca de la valoración de los sistemas de vigilancia y las políticas de salud de Pedro Luís Castellanos.^{26,27)}

La noción de los determinantes sociales de la salud en Cuba

La Epidemiología cubana antes de la década del 80 no había incorporado la noción de determinantes, quedando su uso limitado al dominio casi exclusivo de los académicos y salubristas del Instituto de Desarrollo de la Salud (IDS) y a una propuesta teórica realizada por Jorge Aldereguía (hijo) en el propio Instituto (modelo Hombre-Naturaleza-Sociedad).²⁸

En la década del 90, la Facultad de Salud Pública (FSP) cambia el plan de estudio de las Residencias de Higiene y Epidemiología y Bioestadísticas e introduce el modelo de

Campos de Salud de Lalonde en los módulos de Estado de Salud de la Población y Análisis de la Situación de Salud así como en todas las maestrías que impartía esa Facultad.^{29,30,31,32,33}

Estos cambios significaron un importante aporte de la Academia a la práctica de la Epidemiología y de la Salud Pública cubana, limitada hasta entonces al enfoque epidemiológico individual de los modelos causales de riesgo; e impactaron muy favorablemente en el desarrollo del Plan del Médico de la Familia al lograr introducir el Análisis de la Situación de Salud de forma universal en la enseñanza y la práctica social de la estrategia de la Atención Primaria de Salud incluyendo la formación de las Residencias y Maestrías en Ciencias de la Salud.

Es posible que la implementación de un solo modelo en la docencia y en la práctica de la Atención Primaria de Salud, contribuyera, entre otras cosas, a que el término “Determinantes” en Cuba se asociara exclusivamente al modelo de Campos de Salud, dando lugar a que erróneamente se pensara que ambas propuestas significaban lo mismo.

En los años 90 se introduce también, en el segundo año de la Residencia de Higiene y Epidemiología, el modelo de estudio de los determinantes según condiciones de vida, modelo elaborado a partir de la propuesta teórica de Pedro Luis Castellanos.^{27,29,30}

A fines del año 1999 la Facultad de Salud Pública se traslada a una nueva sede (edificio de Línea e I, Vedado) donde se funde con el Centro de Perfeccionamiento Médico (CENAPEM) creándose la actual Escuela Nacional de Salud Pública; se amplían las maestrías y con ella se crea el tronco común de las maestrías en Ciencias de la Salud que abre sus puertas en el curso 2000-2001.

De modo que se actualiza el módulo de Epidemiología y dentro del mismo cambia el enfoque de “Determinantes de la Salud”, se retoma el concepto en toda su dimensión y se publica un supercurso con ese nombre en Infomed.²⁵

A partir del año 2000 y hasta el momento actual ha sido un reto personal, profesional y profesoral mantener la actualización sobre estos temas y compartirlo con alumnos y profesores de los módulos o cursos de Epidemiología de las Maestrías en Ciencias de la Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), en los cursos de Actualización de Higiene y Epidemiología y en las residencias de Higiene y Epidemiología y Bioestadísticas.^{25,34,35,37,38,39,40,41}

La Red Interamericana de Formación sobre determinantes sociales de la salud REDET, elaboró un juego de CD para impartir un curso internacional sobre este tema. En el año 2006, una parte de ese curso fue impartido por representantes de ALAMES y OPS a un grupo de profesores de la ENSAP. Posteriormente la Red de Aula Virtual de OPS conjuntamente con el nodo Cuba se incorpora para recibir un curso similar.^{42,43}

A nuestro juicio, el reto de cualquier modelo que se plantea en estos momentos el estudio de la determinación social en la salud, es asumir la determinación desde la perspectiva del pensamiento y las teorías de la complejidad.

La noción de determinación desde la Filosofía y la Salud Pública.

La noción de determinación en filosofía se vincula con la noción de causalidad, siendo lo más interesante la relación de determinación causal. Según Nicolás Abbagnano, la determinación en sus acepciones iniciales se refería a la delimitación de la extensión de un concepto con el enriquecimiento de su intención (característica), así se usó desde Aristóteles hasta la lógica medieval; sin embargo con Wolf se entendió por determinado aquello de lo que se podía afirmar algo, e indeterminado aquello de lo cual aún no se podía afirmar algo, siquiera más que los contrastes. Lo relacionaba con la razón suficiente al igual que Leibniz, Spinoza y Hegel que consideraron la determinación como la diferencia entre lo universal y lo particular. Sin embargo Rudolf Carnap le da al concepto *valor de la verdad*, en cuanto la verdad es independiente de los hechos.⁴⁴

Por las consecuencias actuales que ha tenido para los conceptos de causalidad en las ciencias, se debe mencionar al físico alemán Werner Heisenberg quien en 1927 formuló el llamado *principio de la incertidumbre*, de gran importancia para el desarrollo de la mecánica cuántica. Las implicaciones filosóficas de la *indeterminación de Heisenberg* crearon una fuerte corriente de misticismo entre algunos científicos, que interpretaron que el concepto derribaba la idea tradicional de causa y efecto. Este principio afirma que es imposible medir simultáneamente de forma precisa la posición y el momento lineal de una partícula, por ejemplo, un electrón. El principio, también conocido como *principio de indeterminación*, afirma igualmente que si se determina con mayor precisión una de las cantidades se perderá precisión en la medida de la otra, y que el producto de ambas incertidumbres nunca puede ser menor que la constante de Planck, llamada así en honor del físico alemán Max Planck.⁴⁵

Para el filósofo Argentino Mario Bunge la determinación implica causalidad más otras cosas. De modo que para Bunge la determinación tiene tres acepciones fundamentales:¹

- a) Como sinónimo de característica tal y como se usó en el latín post-romano y en el alemán actual.
- b) Conexión constante y unívoca entre causas y acontecimientos, conexión necesaria (como suele usarse en las ciencias). Estas conexiones no son forzosamente causales, pueden ser coincidentes. Carece del ingrediente de "la productividad". Esto significa que los objetos adquieren su condición de forma mecánica, cuantitativa, causalidad externa, no tiene en cuenta las cualidades ni las variaciones del contexto.
- c) Determinación como devenir. No barre absolutamente con la forma de determinación anterior sino que barre con los nexos de la misma. Se refiere la determinación como una cualidad, una circunstancia que acontece en el tiempo como productividad. Abarca el principio genético o de la productividad y el principio de la legalidad.

Jaime Breilh, prominente epidemiólogo latinoamericano, principal exponente de la Epidemiología Crítica, hace suya las ideas de Bunge en relación al concepto de Determinación y la adopta con esta última acepción, es decir la noción de determinante como explicación científica de la *génesis de los procesos*.²

La desigualdad como determinante de lo social en la salud

Otra noción llamado a participar en la noción de determinación es el concepto de desigualdad también tiene sus implicaciones epistemológicas y praxiológicas, de modo que su uso debe definirse dentro del contexto. Un diccionario lingüístico define la palabra desigual como “ Que no es igual. || 2. Diverso, variable.. || 3. Arduo, grande, dificultoso. || 4. Barrancoso, que tiene quiebras y cuestas. || 5. Cubierto de asperezas. || 6. ant. Excesivo, extremado. || salir ~ algo. fr. coloq. Torcerse, desgraciarse.”.⁴⁶

Desigual, implica que una cosa es diferente a la otra, estando implícita en la noción de desigualdad o en la igualdad, la comparación, y cierta forma de cualidad o cantidad que al compararse se define.

Al referirse al significado de la desigualdad relacionada con la inequidad, uno de sus estudiosos ha manifestado: “Afirmar que ciertas desigualdades son inequitativas plantea un reclamo de justicia - la implicación normativa de la palabra es útil.⁴⁷ En una situación particular, lo igual puede ser no ser equitativo, pero cuando cierta distribución constituye una inequidad, debemos presentar una justificación ética de por qué lo es”.⁴⁸

Otro estudiioso de este tema precisa: “El término inequidad tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a las diferencias que además de ser innecesarias y evitables, son también injustas.”⁴⁹

La presencia de “desigualdades en salud”, no implica que las diferencias o disparidades observadas sean inequidades. Para ilustrar ese caso El curso REDET desarrolla los siguientes ejemplos.⁴⁹

- La alta incidencia de osteoporosis en mujeres adultas mayores en comparación con los varones de la misma edad (es una desigualdad, no es una inequidad).
- La mayor prevalencia de enfermedades coronarias en hombres de 70 años en comparación con hombres de 20 años (es una desigualdad, no es una inequidad).

En ambos casos se produce una desigualdad matemática o estadística, que en estos casos obedecen a procesos biológicos naturales. Estas diferencias no implican desigualdades sociales en salud.

De igual forma tenemos el siguiente ejemplo cuando la desigualdad que surge, es inevitable, pero no es injusta:

- La alta incidencia de lesiones ocasionadas por esquiar en grupos que practican este deporte en comparación con aquellos que no lo practican.

Es siempre recomendable, valorar si las diferencias observadas solo obedecen a valores estadísticos o a causas naturales o fisiológicas o si se dispone de alguna información que permita identificar alguna causa social que las origine.

Otro elemento a tener en cuenta para discernir mejor sobre estas diferencias son los estilos de vida, entendiéndose por «estilos de vida» los hábitos, costumbres y tradiciones que son de libre elección de los individuos.⁵⁰

CONSIDERACIONES FINALES

La noción de determinantes de la salud y determinantes sociales de la salud comparten la intención de valorar y analizar los problemas de salud poblacionales, sus presupuestos gnoseológicos y enfoques epistemológicos son diferentes. Mientras que la noción de determinantes de la salud asume la determinación como característica o como causa efecto y su enfoque epistemológico reproduce el enfoque analista y fraccionado de la modernidad; el enfoque de la determinación social conjuga lo macro con lo micro, lo distal con lo proximal, lo estructural con lo intermedio y centra su enfoque en la determinación como devenir del proceso social, en la que interactúan en red múltiples agentes biológicos, naturales y sociales; todos, socialmente determinados, aproximándonos a su comprensión desde el pensamiento y las teorías de la complejidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bunge, M. Causalidad. El principio de la causalidad en la ciencia moderna. Buenos Aires, Editorial Sudamericana SA. 1997. Pág. 18.
2. Breilh J. Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora de la Interculturalidad. Buenos Aires, Lugar Editorial SA. 2004. Pág. 128.
3. Krieger N. Proximal, distal and politics of causation: What's level got to do with it? Am J of Public Health. 2008; 98(2): 221-230.
4. Moiso A. Determinantes de la salud. En: Barragán, HL. Fundamentos de la Salud Pública; 2000. Pág. 161
5. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación-acción basada en la Determinación Social de la Salud. En: Taller latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. México, 2008.
6. Starfield B. Improving equity in health: A research agenda. International Journal Services. 2001; 31(3): 545-566.
7. Desigualdades en Salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Boletín Epidemiológico. 2004; 25 (4).
8. Iñiguez L, Ravenet M. Precedencias y efectos de los procesos de la década del 90 en las desigualdades espaciales y sociales en Cuba. Universidad de la Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos; 2000.
9. Espina M. Transición socialista y cambios socioestructurales en Cuba. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociales; 2009.
10. CEPAL. La economía cubana. Reformas estructurales y desempeño en los noventa, México: Fondo de Cultura Económica; 2000.

11. Castro R. Informe al VI Congreso del Partido. [Citado 14 de Septiembre del 2011] Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias>
12. Ramis Andalia RM, Sotolongo Codina PL. Aportes del pensamiento y las ciencias de la Complejidad al estudio de los determinantes de la salud. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2009, 30:1, 65-77.
13. Villar E. Los determinantes sociales de salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil. . Saude Soc. Sao Paulo, v.16, n.3, p.7-13,2007.
14. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Pública /Pam Am J Public Health 11 : (5/6), 2002.
15. Bunge M. Paradigmas y revoluciones en ciencia y técnica. Conferencia dictada en la Academia de Ciencias de Cuba 1983. En: Colectivo de Autores. Problemas Sociales de la Ciencia y la Tecnología. Selección de Lecturas.. Editorial Félix Varela. 2006. Pág. 95-105.
16. Bunge M. La Ciencia su Método y su Filosofía. Ediciones Siglo XX. Buenos Aires. 1980. Pág.39-68.
17. Nuñez Jover J. Ética, ciencia y tecnología. Sobre la función social de la tecnociencia. En: Colectivo de Autores. Problemas Sociales de la Ciencia y la Tecnología. Selección de Lecturas. Editorial Félix Varela. 2006. Pág. 289-308
18. Sánchez Ron JM. La ética del científico ¿conveniencia o convicción? Pág. 289.
19. Morris JN. Uses of Epidemiology. New York, NY Churchill Livingstone, 1975.
20. Mosley WH, Chen LC. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. Population and Development Review, 1984, 10 (Supplement): 2545.
21. Mac Mahon, B., Trichopoulos, D., Epidemiología. (Edición en español de: Epidemiology: principles and methods. 2^a edición). Madrid, Marbán Libros, 2001.
22. Susser M, Susser E. Choosing a future of Epidemiology. Part II. From black box to Chinese boxes and Eco epidemiology. Am J Public Health. 1996; 86: (5) 674-677.
23. Lalonde M. A new perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Ontario, Canada. Information Canada, 1974.
24. Álvarez Pérez A G; García Fariñas A; Bonet Gorbea M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev. Cub salud pública. 2007.33 :(2).
25. Ramis Andalia, R. Estado de salud de la población [en línea] 2008. [citada 2008 jun 20]. Disponible en
URL: <http://uvirtual2.sld.cu/wssc/slides/slides.php3?c=63&d=33&sz=small>.

26. Rose, G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. En: OPS. El desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Washington DC, 1989. (Publicación Científica; 505).
27. Castellanos PL. Epidemiología, Salud Pública, Situación de Salud y Condiciones de Vida: Consideraciones conceptuales. Seminario Latinoamericano sobre condiciones de vida y salud. 13 de Diciembre de 1995.
28. Alderreguía Henríquez J. Problemas de Higiene Social y Organización de la Salud Pública. Editorial Científico Técnica ,1985.Pag.44-50.
29. Martínez Calvo, S. El análisis de la situación de salud: su historicidad en los servicios. Rev Cubana Hig Epidemiol 1997: 35(2).
30. Colectivo de profesores. Plan de estudio de la Especialidad de Higiene y Epidemiología. Facultad de Salud Pública. 1989-95.
31. Colectivo de profesores. Programa de la maestría de Salud Pública. Facultad de Salud Pública. 1989-95.
32. Colectivo de profesores. Programa de la maestría de Psicología de la Salud. Facultad de Salud Pública. 1990-95.
33. Colectivo de profesores. Programa de la maestría de Atención Primaria de Salud. Facultad de Salud Pública 1990-95.
34. Colectivo de profesores. Plan de estudio de la Especialidad de Higiene y Epidemiología. Escuela Nacional de Salud Pública.1989.
35. Colectivo de profesores. Plan de estudio de la Especialidad de Higiene y Epidemiología. Escuela Nacional de Salud Pública. 2006.
36. Colectivo de profesores. Programa de la maestría de Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública. 2000-2012.
37. Colectivo de profesores. Programa de la maestría de Psicología de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. 2000-2012.
38. Colectivo de profesores. Programa de la maestría de Atención Primaria de Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. 2000-2012.
39. Colectivo de profesores. Programa de la maestría de Promoción de Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. 2000-2012.
40. Colectivo de profesores. Programa de la maestría de Economía de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. 2000-2012.
41. Colectivo de profesores. Programa de la maestría de Fármaco epidemiología. Escuela Nacional de Salud Pública. 2000-2012.

42. REDET. Módulo #6 Equidad en Salud. REDET, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima Perú, 2005.
43. Curso Virtual OPS. Fundamentos de los determinantes sociales de la salud. (primer curso) 2010.
44. Abbaganov N. Diccionario de Filosofía. 2da ed, La Habana: Edición Revolucionaria., 1966.
45. Enciclopedia Encarta. Heisenberg WC [serie en Internet]. [Citado 16 junio 2012]. Disponible en: <http://encarta.msn.com/encnet/refpages/SRPage.aspx?search=Heisenberg%2BWC&Submit2=Go>
46. Encarta Diccionario. 2009.
47. Sen A. ¿Por qué la Equidad en Salud? Rev Panam Salud Publica /Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002.
48. Bambas A, Casas JA. Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria. En: Equity and Health. Publicación Ocasional N°8. PAHO. Washington DC, 2001. PP 12- 17.
49. M. Whitehead. 1990. The Concepts and Principles of Equity in Health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe: Int J Health Serv 1992; 22: 429445.
50. Sanabria PA, Gonzalez Q. L A, Urrego D. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. Rev Med, 2007;15(002) 207-217.