

## MORTALIDAD MATERNA: MÁS ALLA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

ALEJANDRO HERNÁN QUINTERO GALEANO

Médico Gineco-Obstetra U de A.  
Magíster en Salud Pública U de A.

*La historia no es un cálculo matemático: no existe en ella un sistema métrico decimal, una numeración progresiva de cantidades iguales que permita las cuatro operaciones, las ecuaciones y la extracción de raíces.*

*La cantidad (estructura económica) se convierte en ella en cualidad porque se hace instrumento de acción en manos de los hombres, de los hombres, que no valen solo por el peso, la estatura y la energía mecánica desarrollable por los músculos y los nervios, sino que valen especialmente en cuanto son espíritu, en cuanto sufren, comprenden, gozan, quieren o niegan.*

Antonio Gramsci

Para nadie es un secreto que en los últimos años se ha presentado un deterioro o estancamiento en algunos de los indicadores de salud del país (1), figurando entre ellos la mortalidad materna MM (2). Por ello han surgido varios trabajos tanto desde la esfera gubernamental (3), como desde la academia (4); estableciéndose comités de vigilancia para estudiar y dar alternativas a la problemática.

Considero que a pesar de los loables esfuerzos y el positivo trabajo realizado, la tesis planteada por el *Comité de vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal* de que la *baja calidad de la atención* es la causa más importante de la MM, como consecuencia de la aplicación del modelo de análisis *Ruta de la Vida Camino a la Supervivencia*, tiene unas

consecuencias importantes que implican directamente a las instituciones y al personal de la salud, haciéndolos el blanco perfecto y penalizando su actuar; soslayando elementos fundamentales en el análisis como son *los factores estructurales*: económicos, históricos, sociales y políticos. Este enfoque de las causas de la MM adquiere así, quiérase o no, concientemente o no, en el contexto actual del país, unas connotaciones para la solución del problema, que en consecuencia a esa premisa, descuidan su fondo y se convierten en sustento del sistema de salud, aún con sus documentadas fallas, y ocultan la realidad de un modelo de desarrollo que perpetúa e incluso incrementa las condiciones de pobreza, inequidad y falta de derechos existentes hoy en Colombia.

Este trabajo pretende, desde un escenario académico, controvertir el modelo de análisis de los tres retrasos: ***Ruta de la Vida Camino a la Supervivencia***, mostrando como bajo un análisis más integral y dinámico, para el estudio de las causas de la Mortalidad Materna en cualquier país del mundo incluido Colombia, tienen más peso los *factores estructurales* porque incluso de ellos hace parte *la calidad de la atención* y es ahí donde está el secreto. La metodología propuesta por el modelo, por el contrario, segmenta la información y parcializa el análisis.

Para desarrollar este trabajo se tomarán los fundamentos científicos que ofrece la medicina social, dentro de ella la epidemiología crítica y sus diferencias con la epidemiología clásica, herramienta en la que se sustenta la metodología de los tres retrasos para el estudio de la MM.

### **PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE LA MEDICINA SOCIAL Y LA EPIDEMIOLOGÍA CLÁSICA.**

La Medicina Social en Latinoamérica fue desarrollada a partir de 1960 por grupos académicos, investigadores del campo de la salud, practicantes, estudiantes, movimientos de trabajadores y organizacio-



nes populares, disconformes con el modelo económico implementado para la época denominado desarrollista, el cual representó una importante crisis para el campo de la Salud Pública que se manifestó a fines de esa década. El modelo desarrollista basaba sus esperanzas en el crecimiento económico para la mejoría general de la salud de la población, lo cual en la práctica fue contradicho por la realidad, a pesar del crecimiento de los indicadores macroeconómicos en la mayoría de los países de la región, se deterioraban los indicadores sociales, entre ellos los de la salud (5, 6, 7). Demostraron además que a pesar de contar con más y mejores métodos de diagnóstico y tratamiento, y del aumento de los presupuestos del sector, estos no estaban relacionados con el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, en especial cuando existían grandes diferencias en el acceso a los avances (8,9). Por el contrario, pusieron en evidencia que fue a través del modelo del estado de bienestar, ampliando los derechos de los trabajadores y de los sectores sociales de menores ingresos, lo que implicó una distribución más equitativa a través de los salarios y el acceso a la educación y la salud financiados por el Estado y el desarrollo de programas preventivos, lo que posibilitó la mejoría de los indicadores de salud.

Historia similar a la que vivimos hoy en los albores del siglo XXI, que demuestra, el desarrollo en espiral de la historia y las implicaciones del modelo de desarrollo que orienta las diferentes políticas públicas de los países y que tiene implicación directa en la política social y específicamente en la salud de la población.

### **ENFOQUE TEÓRICO-METODOLÓGICO.**

El enfoque teórico-metodológico de la Medicina Social MS incluida la Epidemiología crítica, parte de unas características específicas que lo diferencian de las teorías de Salud Pública SP y la Epidemiología Clásica. Los elementos más representativos son:

*Epistemológico:* No es la intención de este artículo profundizar acerca de los conocimientos epistemológicos, ni de sus principales corrientes: positivista, histórico-hermenéutica y crítico-social; a pesar de que en la actualidad esté de moda en las facultades del área de la salud, la medicina basada en la evidencia MBE, expresión del positivismo. Pretendo resaltar, las otras posibilidades de aproximarse a la verdad, batalla ganada por las ciencias sociales y humanas, con la investigación cualitativa; y la posibilidad incluso en la actualidad, de traspasar las fronteras de ambas, combinando los métodos, en pro del conocimiento, en lo que se ha denominado la investigación total.

En las áreas de la salud, el positivismo se caracteriza por su enfoque morbicéntrico, el cual considera que la enfermedad está determinada principalmente por factores biológicos, los cuales se deben intervenir para procurar la salud de las personas afectadas. Ese debate, fue superado, hace más de medio siglo, al demostrarse que en el proceso salud-enfermedad influyen además otros factores, los económicos, sociales, ambientales, mentales, dando origen a la teoría de los diferentes determinantes del proceso salud-enfermedad (10); los cuales se conjugan en mayor o menor medida de acuerdo a cada entidad y al contexto histórico determinado.

En el caso específico de la MM, si que adquiere importancia ese concepto. Internacionalmente la MM se la ha considerado como uno de los indicadores del grado de desarrollo de un país(11,12) debido a su gran correlación, fuera de los determinantes biológicos, con los económicos, sociales, culturales y ambientales; es decir, con la calidad de vida de la población.

Las cifras lo demuestran: Se considera que cada año mueren en el mundo, a consecuencia del embarazo, el parto y el puerperio 529.000 mujeres, una cada minuto; de ellas 68.000 por causa de abortos provocados en situaciones de riesgo. La mayoría de estas muertes sucede en



los países en vías de desarrollo, y están francamente asociadas con la pobreza. En África y Asia estas muertes son más numerosas, en contraposición a los países de altos ingresos, donde se registra menos del 1% del total de las muertes maternas. Haciendo la comparación, el riesgo de morir en el África subsahariana por causas asociadas con la maternidad es de 1 en 16, mientras en los países ricos es de 1 entre 2800. La mayoría de las causas de muerte materna se encuentran relacionadas con factores de exclusión social y ésta última, a su vez, se relaciona con factores socio-económicos, entre ellos: la pobreza, la exclusión de los servicios de salud, la exclusión del acceso a las intervenciones obstétricas, los escasos recursos para la financiación del sector y el descenso de los salarios reales de los funcionarios públicos, entre otros (13).

La situación en América Latina es igualmente preocupante. Se considera que la probabilidad de que una mujer latinoamericana muera por complicaciones del embarazo y el parto es 1 en 160 durante toda la vida, en comparación con las mujeres de América del Norte cuyo riesgo es de 1 en 3500; un riesgo 21 veces más alto. La tasa de mortalidad materna de Haití, la mayor de la región, es casi 100 veces más alta que la del Canadá, país donde se registra la tasa más baja (14).

Los estudios realizados sobre el tema, evidencian la relación directa entre las altas tasas de mortalidad materna y el bajo nivel de desarrollo económico, la exclusión social, la pobreza, el desempleo, el analfabetismo, los niveles de escolaridad deficientes, el acceso difícil a los servicios de salud por razones geográficas y/o administrativas, las bajas coberturas con servicios médicos, la deficiente calidad en la atención y la limitada financiación del sector salud, etc. (15,16). Colombia no es la excepción a esta regla, en nuestro país, el riesgo de una que una mujer muera por complicaciones debidas al embarazo, parto y puerperio, dependen del departamento en el cual se viva. Mientras la razón de mortalidad materna en Antioquia es de 56.5 por 100 mil nacidos

vivos n.v. para el año 2002, la del Chocó es de 331.6 por 100 mil n.v. para el mismo año; es decir, la probabilidad se hace seis veces mayor a pesar de que en este último departamento se supone un mayor subregistro (17); en los nuevos departamentos, antes llamados territorios nacionales, sobresale el Vichada con una razón de mortalidad materna de 712.8 para el año 2000 (18), cifra mayor que la de Haití 523 por 100 mil n.v. para el mismo año (19).

Con estos elementos se puede entender el debate teórico-metodológico partiendo del contraste entre los modelos empírico-funcionalistas (positivistas) e histórico analíticos, y entre los enfoques macropolíticos y micropolíticos, así como el equilibrio entre las metodologías de investigación cuantitativas y cualitativas, entre lo individual, lo grupal y lo colectivo como unidad de análisis.

Mientras la Epidemiología clásica considera a la población como unidad de análisis, pero definiéndola como una suma de individuos que pueden ser clasificados en grupos (sexo, edad, educación, ingreso, raza, etnia) dando porcentajes calculados aritméticamente según la selección a priori del investigador, la MS considera a la población y a las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que las componen; de esta forma la MS define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo, es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina.

*Neutralidad de la ciencia.* La MS argumenta que la falta de explicitación de los supuestos teóricos en la medicina y la SP anglosajonas de corte empírico no significa ausencia de teoría. Por el contrario, una postura ateorica o antiteorica significa que la teoría fundamental está implícita y que muchas veces la desconocen los propios investigadores. Por lo tanto, el conocimiento no es neutral. Los plan-



teamientos de la escuela crítico-social de Frankfurt, donde se busca la emancipación por medio del conocimiento, debelan la premisa de que cualquier conocimiento tiene un interés (20), que la ciencia no es neutral, hecho que se ha demostrado a través de la historia y en la actualidad.

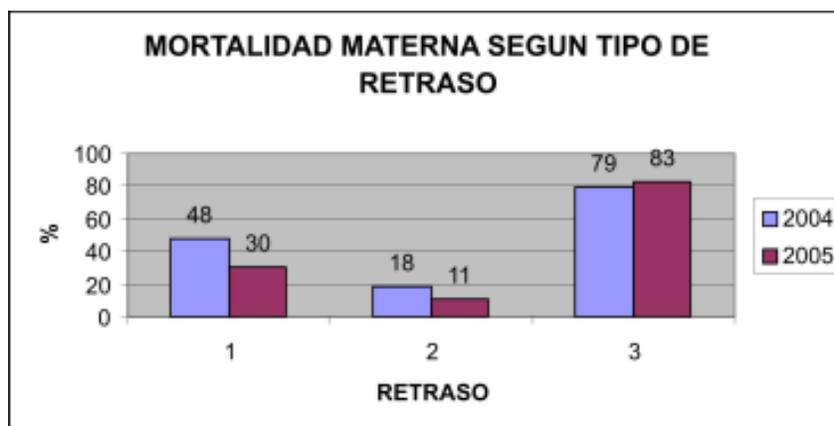
*Conceptualización del proceso salud-enfermedad.* La MS conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica. La epidemiología crítica estudia el proceso salud-enfermedad en el contexto social, considerando los efectos de los cambios de las condiciones sociales a lo largo del tiempo. En un nivel básico, los pensadores de la MS han criticado el modelo monocausal de explicación de la enfermedad. Los investigadores latinoamericanos mantienen la perspectiva de que las explicaciones simplistas por las cuales un agente específico es la causa necesaria y suficiente para producir una enfermedad no consideran adecuadamente las condiciones sociales que son determinantes para el desarrollo de la enfermedad. La MS ha sugerido un enfoque más complejo de la causalidad, en el cual las condiciones sociales e históricas son consideradas como determinantes estructurales, es decir, que existen antes del problema analizado, y su comprensión permite especificar las dimensiones del mismo. Los determinantes sociales e históricos no son variables cuya única diferencia es el peso que el investigador les atribuye en la cadena causal.

*Problema vs. Técnica.* Para la MS el punto de partida es un replanteamiento teórico del problema, a la luz del cual los métodos y técnicas se subordinan a una lógica analítica de procesos dinámicos considerados en conjunto, y no a la inversa; es decir, no se subordinan a la preeminencia de una lógica empírica que asocia, a través de la metodología y de las técnicas, mayoritariamente cuantitativas o cualitativas cuantificadas, fragmentos de la realidad. En pocas palabras, la prioridad es buscar la solución del problema que afecta a la comunidad, por

encima del método o la técnica, sin que esto represente el perder la rigurosidad.

## ANÁLISIS DEL MODELO RUTA DE LA VIDA CAMINO A LA SUPERVIVENCIA

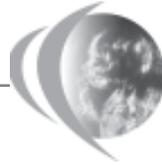
El siguiente paso es aplicar este sustento teórico para analizar el modelo de los tres retrasos como causas de la MM y la variable de la *calidad de la atención*. Se parte del hecho de que las investigaciones han encontrado una evitabilidad de la MM en aproximadamente 90% y de que la categoría de la *calidad de la atención* que representa el *tercer retraso* corresponde al mayor porcentaje (Gráfico 1).



**Gráfico 1.** Mortalidad Materna en Antioquia según el tipo de retraso años 2004-2005.  
Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS  
Facultad de Medicina Universidad de Antioquia

Este modelo basa su metodología en el análisis de tres retrasos como los causales de la MM (21). Las características principales de cada retraso son las siguientes:

Retraso 1: Tomar la decisión de buscar ayuda.



Retraso 2: Llegar a la institución de atención.

Retraso 3: Recibir el tratamiento adecuado en la institución.

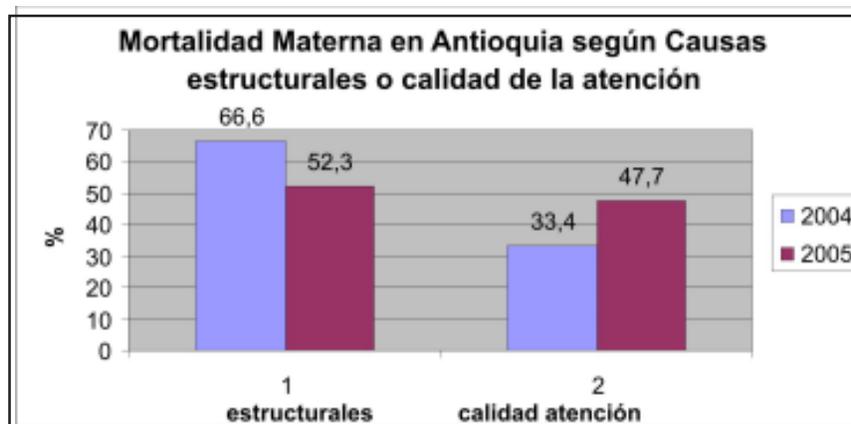
El retraso 1 tiene que ver con el entorno de la mujer y su comunidad, sus habilidades y hábitos. Ocurre cuando la mujer no buscó la atención o lo hizo tardíamente debido a que ella o su familia no reconocieron los signos de las complicaciones del embarazo o no tomaron la decisión o la acción de consultar *por factores culturales, económicos o experiencias negativas anteriores con el sistema de salud*. El retraso 2 tiene que ver con falta de accesibilidad a los servicios de salud, que puede darse por *circunstancias geográficas, de orden público o de infraestructura vial*. El retraso 3 tiene que ver con la *atención deficiente por el sistema de salud*, por ejemplo, por tratamientos médicos inadecuados e inoportunos, falta de oportunidad en la atención, subestimación o no identificación del riesgo, personal insuficiente o poco capacitado, falta de protocolos de atención o incumplimiento de los mismos, falta de recursos como medicamentos y hemoderivados, entre otros.

Resumiendo podemos decir que con el modelo se induce a un análisis lineal y fragmentado al identificar los tres retrasos de forma separada. Sin embargo, el primer y segundo retraso se debe a factores educativos, culturales, sociales, económicos, condiciones geográficas, de violencia y de infraestructura vial, denominados *factores estructurales* por la MS y para el tercer retraso, la *calidad de la atención*, se incluyen doce variables, de las cuales siete tienen que ver con *el funcionamiento del sistema de salud* SS, problema también estructural, y cinco con la *calidad de atención* por el personal de la salud propiamente dicho (tabla 1)

En consecuencia, al considerar el conjunto y la preponderancia de los *factores estructurales* en los tres retrasos, el panorama del análisis cambia (Gráfico 2). Más aún, si a ello sumamos que de las cinco variables de la *calidad de la atención* propiamente dichas, ellas también tienen relación con los *factores estructurales*, en la medida en que como

**Tabla 1. Variables que componen el tercer retraso de atención según el modelo Ruta de la Vida Camino a la supervivencia.**

VARIABLES QUE COMPONEN EL TERCER RETRASO O CALIDAD DE LA ATENCIÓN SEGÚN EL MODELO RUTA DE LA VIDA CAMINO A LA SUPERVIVENCIA	
Funcionamiento del Sistema de Salud .....	Calidad de la Atención propiamente dicho
Dificultades en los traslados .....	Intervenciones y/o conducta inadecuada
Barreras administrativas para el acceso ....	Valoración inadecuada
Promoción y prevención .....	Subvaloración de los cuadros clínicos
Nivel inadecuado	Deficiencias en interrogatorio y examen clínico
Hemoderivados .....	Trabajo en equipo
Exámenes	
Recursos no acordados	



**Gráfica 2.** Elaborada a partir de los mismos datos obtenidos en la investigación sobre la Mortalidad Materna en Antioquia años 2004-2005.

Capítulo 5. Mortalidad Materna por regiones: Tipos de retraso por municipios de ocurrencia. Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Se consideraron los factores estructurales en un solo grupo frente a la calidad de la atención propiamente dicha, que es parte del tercer retraso, no se excluyeron las muertes no evitables, las cuales aumentarían el porcentaje de las causas estructurales.



consecuencia de la aplicación de las reformas educativas y laborales que impone el modelo de desarrollo, se presentan carencias en la formación y el ejercicio del recurso humano en salud: dificultad con los centros de práctica que no permite desarrollar el número suficiente de procedimientos al personal en entrenamiento, ambientes laborales hostiles al personal en formación por la finalidad de producción, flexibilización laboral con contratos a destajo que representan una gran inestabilidad y rotación del personal, dilación de la oportunidad de los servicios, etc. Todos estos elementos desmotivan al personal y dificultan un verdadero trabajo interdisciplinario y con calidad.

Por lo tanto, se propone cambiar el análisis mecánico, como consecuencia de la aplicación del modelo **Ruta de la Vida Camino a la Supervivencia**, que oculta la jerarquía de las verdaderas causas del problema, lo presenta fragmentado, no permite la relación ni la conjugación de las variables en la realidad del contexto social y político Colombiano. Con unas consecuencias que centran su atención sobre el recurso humano responsable de la atención, pero olvidan los *factores estructurales*, de pobreza, vivienda y alimentación inadecuada, carencia de servicios públicos básicos como acueducto y alcantarillado, bajo nivel educativo, desempleo o subempleo, exclusión social, falta de derechos sociales, económicos y culturales, etc. En otras palabras, lo que todo el mundo ha reconocido a través de la literatura mundial como crucial a la hora de afrontar la problemática y que es corroborable en Colombia. Además, no se cuestiona de fondo el sistema de salud, su finalidad de rentabilidad económica, no se reclama al Estado el cumplimiento del derecho a la salud de la población, no se menciona el impacto del modelo de desarrollo sobre los determinantes sociales que atentan contra la salud de las gestantes y la población en general. Pero sí, se hace blanco en el elemento más frágil de la cadena, el personal responsable de la atención, aún a sabiendas de que éste, la mayoría de las veces se bate ante una cascada de condiciones desfavorables para

ejercer una práctica adecuada.

¿Se podrá disminuir contundentemente la MM con los protocolos de manejo actualizados pero sin suministros ni recursos hospitalarios suficientes? ¿se podrá disminuir con tecnología de punta y creando las Unidades de Cuidado Intensivo Obstétrico UCI en hospitales de segundo y tercer nivel sin quitar las barreras económicas, administrativas, geográficas y culturales de acceso al sistema? ¿cuánto se puede disminuir la MM a punta de técnica en poblaciones con altos niveles de inequidad, pobreza y exclusión? ¿a quién conviene, sino es a las multinacionales de la salud, el utilizar la tecnología de punta y las últimas drogas? ¿qué pasaría con la MM si asumimos un modelo de desarrollo más justo, que inspire todas las políticas públicas, con redistribución de la riqueza y cumplimiento de los derechos fundamentales del ser humano en donde la prioridad sea la dignidad de la vida de los habitantes del territorio nacional por encima de los intereses del mercado?

Todas las respuestas a estas preguntas ya se han dado, con fundamentación científica, como lo veíamos al principio de este texto; esas fueron las razones del surgimiento de la MS y siguen siendo su motivo de persistencia ante la política hegemónica.

Por lo tanto, nuestra propuesta se basa en las premisas de la MS (22), en el rescate de los *factores estructurales* y los determinantes sociales como condicionantes del proceso salud-enfermedad (23). (Ver Gráfico 3 y 4). De esta forma, se puede realizar un análisis más completo de lo que es la realidad de la MM, consecuentemente, se pueden enfrentar sus causas con una perspectiva amplia, dinámica e incluyente. La calidad de la atención es sólo una parte de todos los elementos que están involucrados en la muerte de una gestante, más no lo único, es importante comprendiendo esta realidad, buscar superar todos los factores involucrados con la MM y dejar en claro, que lo hacemos comprometidos con el significado de la vida digna, y por lo tanto, con



Gráfico 3. Dahlgren and Whitehead: layered influences

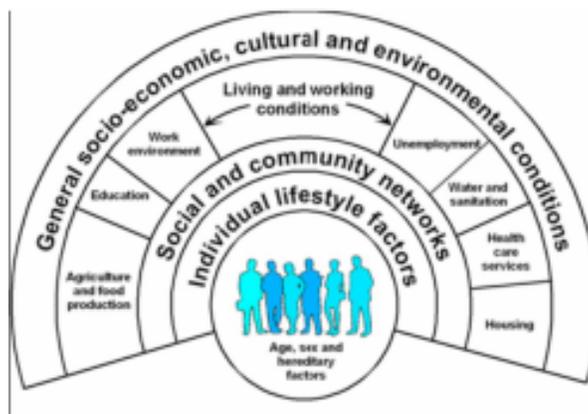


Gráfico 3. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health World Health Organization Secretariat of the Commission on Social Determinants of Health. Second meeting. May 5 2005

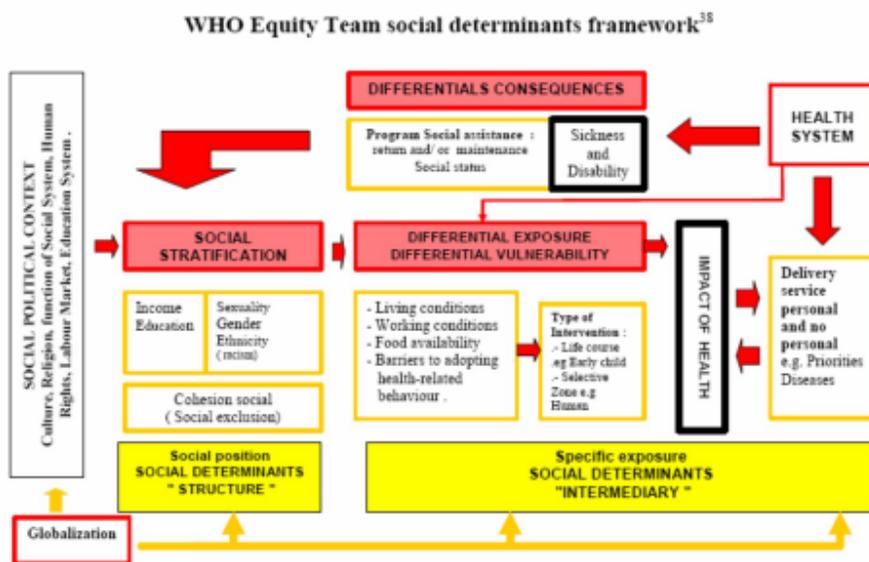


Gráfico 4. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health World Health Organization Secretariat of the Commission on Social Determinants of Health. Second meeting. May 5 2005

el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales, civiles y políticos que deben caracterizar a una sociedad moderna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Cardona A., Mejía L, Nieto E y Restrepo R. Temas críticos en la reforma de la ley de seguridad social de Colombia en el capítulo de salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia* 23(1): 117-134. Enero-junio 2005.
- (2) López, A. Muerte ronda a maternas en Colombia. *Periódico El Pulso*. 2004 (72) p. 14.
- (3) Colombia. Ministerio de la Protección Social. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá: El Ministerio; 2004.
- (4) Londoño, JG. El Drama de la maternidad en Colombia. *Periódico Alma Máter. Universidad de Antioquia* 2005 ;(534):33.
- (5) Iriart C, Nervi L, Oliver B, Testa M. *Tecnoburocracia sanitaria. Ciencia, Ideología y Profesionalización*. Buenos Aires: Lugar Editorial 1994.
- (6) Menéndez E. Salud Pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: Organización Panamericana de la Salud. *La Crisis de la salud Pública: Reflexiones para el debate*. Washington, DC OPS; 1992. Publicación científica Nro. 540. Págs. 103-122.
- (7) Testa M. Salud Pública y Atención Primaria en Salud: una evolución crítica: En: Organización Panamericana de la Salud. *La Crisis de la salud Pública: Reflexiones para el debate*. Washing-



- ton, DC OPS; 1992. Publicación científica Nro. 540. Págs. 205-229.
- (8) Laurell AC. La salud y la enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud. México DF. Abril 1982. Nro 2 Págs. 7-25.
  - (9) Breilh J, Granda E. Acumulación económica y salud-enfermedad: la morbimortalidad en la era del petróleo. Revista Salud y Trabajo. Quito. Junio 1982. Nro. 2 Págs. 2-29.
  - (10) Castellanos, P. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. En: Martínez F, Antó J, Castellanos P, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud Pública. Madrid. Mc Graw Hill. 1998; 81-102.
  - (11) Abouzahr, C Royston, E. Los riesgos excesivos del embarazo y del parto en el tercer mundo. Foro Mundial de la Salud. 1992;(3):340-342
  - (12) Viegas O, Wiknsosastro G, Sahagun G, Chaturachinda K, Ratnam S. Para un parto sin riesgo se requiere algo más que servicios médicos. Foro Mundial de la Salud. 1992; 13: 58-64.
  - (13) OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2005: cada madre y cada niño contarán: las madres y los niños son importantes y su salud también. Suiza: OMS; 2005 Páginas 4-18
  - (14) OMS-OPS. La Salud en Las Américas. Maternidad sin Riesgo. Edición de 2002. Volumen 1.
  - (15) OMS. Ob.Cit. Cuestiones de Contexto, La Pobreza malogra los progresos. Páginas 24-25.
  - (16) Crónica de la OMS. Mortalidad Materna: ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. Vol. 40 Nro. 5. Páginas 195-205. (1986).

- (17) [www.dane.gov.co/población/estadísticas vitales](http://www.dane.gov.co/población/estadísticas_vitales).
- (18) [www.dane.gov.co/población/estadísticas vitales](http://www.dane.gov.co/población/estadísticas_vitales).
- (19) [www.clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org).
- (20) Habermas, J. Conocimiento e interés. Ideas y Valores. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Nro. 42-45. 1973-1975. Págs. 61-76.
- (21) Berg C, Danel I, Mora, editores. Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1996.
- (22). Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A y Merthy E. Medicina Social Latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev. Panam Salud Pública* 12(2)2002; 128-136.
- (23) OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Washington, marzo 2005.