

“DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD, DDS” REFLEXIONES DESDE LA ANTROPOLOGÍA DE LA MALARIA

**Conferencia presentada en el Primer Encuentro Regional de Salud Pública
Nodo Suroccidente de la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud
Pontificia Universidad Javeriana, Cali. Miércoles 13 de febrero de 2008**

**Elías Sevilla Casas PhD¹
Universidad del Valle, Cali, Colombia
esevilla@telesat.com.co**

Haré dos breves aportes para la discusión del panel: una breve mirada al movimiento u ola de interés actual sobre los DSS para ubicarlo en un contexto histórico que le da sentido; y un análisis, con ejemplos tomados de la antropología de la malaria, de las implicaciones técnicas y metodológicas que surgen cuando uno se propone no sólo hablar de los DSS en foros como éstos sino investigarlos en terreno de tal modo que los resultados tengan relevancia política y social.

1.

De determinantes sociales de la salud, DDS, comenzó a hablarse en serio por allá en 1974 cuando Marc Lalonde y Hubert Laframboise lideraron desde Canadá un movimiento centrado en la salud de las poblaciones como diferente de la salud de los individuos. Ellos introdujeron los conceptos de campos y de determinantes de la salud.¹ A partir de entonces se fue consolidando un pensamiento mundial que culminó en 1978 con la crucial Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud², estrategia en la que muchos creímos (y seguimos creyendo) y de la que se pueden sacar muchas enseñanzas³. Pero no acababan de formularse tan acertadas y buenas propuestas cuando se vieron afectadas por ajustes aparentemente técnicos que con el tiempo llevaron a que la política y estrategia de la APS fracasara o fuera abandonada. El primer ajuste serio, que abrió el camino para el desmonte final, fue la invención de la Atención Primaria Selectiva, tomada como un ajuste provisional⁴. Apoyados en el concepto técnico de enfoque de riesgo, se abandonó la idea original de salud de las poblaciones, para seleccionar y trabajar con aquellos individuos que, por cálculos elaborados a partir de proporciones observadas de las afecciones de la salud, se consideraban que tenían más probabilidad de enfermar. Nunca se hizo caso al clarividente llamado de un artículo cuyo título y autor merecen recordarse siempre: “Individuos y poblaciones enfermas” de Geoffrey Rose⁵, 1985. No fue casual que el

¹ **Elías Sevilla Casas**, PhD en antropología, 1973, por la Universidad Northwestern, área de Chicago, con una tesis doctoral sobre psiquiatría transcultural. Profesor Titular jubilado de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad del Valle, Cali, en donde se especializó en docencia sobre metodologías antropológicas cuantitativas y cualitativas, con énfasis en salud. Profesor de la maestría en Epidemiología, Universidad del Valle, énfasis en enfermedades tropicales. Consultor de la OMS-OPS-TDR sobre los mismos temas. Profesor visitante en el Departamento de Bioestadística y Epidemiología. Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical, de la Universidad de Tulane, EE. UU. Investigador sobre los temas de amores, sexualidad y erotismo en la Universidad del Valle. Organizador invitado de un simposio sobre migraciones y enfermedades infecciosas en el pasado XIII Congreso Colombiano de Parasitología y Medicina Tropical, 2007. Actualmente adelanta con el CIDEIM, Universidad del Valle y Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, un proyecto financiado por Colciencias sobre resistencia a antimaláricos y migraciones internas en Colombia. Está dedicado a asesorar proyectos y programas de evaluación e investigación.

abandono de la salud de las poblaciones coincidiera con el ascenso de la política neoliberal que dio un golpe frontal y de muerte a los intentos originarios de la APS⁶. Sobre este punto volveré en breve.

Hacia el año 2000 era innegable que el avance en las ciencias de la salud y la disponibilidad de recursos para la misma en nada correspondía a la salud efectiva de las poblaciones humanas en el mundo. Las discusiones realizadas en Naciones Unidas con motivo del Nuevo Milenio y de sus famosos objetivos o metas⁷, hicieron énfasis en el trasfondo social de la cuestión salud y apuntaron a lo que se denominó, en lenguaje de Rose, “las causas de las causas”, concretamente a intervenciones directas en el “entorno social”. Pasaron unos años y la discusión en salud se concretó en un movimiento mundial que tiene como eje una Comisión creada por la OMS en el 2004. La Comisión de DSS debe entregar resultados en mayo del 2008, cuando se cumplen 30 años de la Declaración de Alma Ata. Dice el último documento oficial provisional de la Comisión: *El fortalecimiento de la equidad en materia de salud, tanto mundialmente como dentro de los países, significa ir más allá de la concentración contemporánea sobre las causas inmediatas de las enfermedades. Más que cualquier otra iniciativa de salud global, la Comisión se centra en las “causas de las causas”, los determinantes sociales de la salud –las estructuras fundamentales de la jerarquía social y las condiciones determinadas socialmente que estas estructuras crean en las cuales las personas crecen, viven, trabajan y envejecen.*⁸

De entonces acá la Comisión de la OMS ha recibido apoyo de 10 países, entre los cuales se cuentan Bolivia, Brasil, Canadá y Chile en la región de las Américas. El tema de los DDS ha suscitado un creciente interés que se refleja en la voluminosa literatura hoy disponible. Algunos de sus títulos se encuentran en el informe provisional citado. Que yo sepa, en Colombia, aparte de los esfuerzos de la representación de la OPS, de algunos representantes de la sociedad civil (es decir, no del Estado), entre ellos algunos académicos, y de acciones dispersas de nivel municipal y distrital, poco se ha adelantado en la línea propuesta por la Comisión de la OMS. Me imagino que la presente reunión, organizada por académicos, obedece a este interés mundial. Desafortunadamente en Colombia estamos todavía en la etapa de poner los DDS en la agenda de interés y de las políticas públicas.

Un análisis de las causas del fracaso mundial en materia de salud, a pesar de los avances de la ciencia y de la existencia de recursos para mejorarla, lo concreta un reciente mensaje crítico de la Sociedad Civil a la Comisión de la OMS⁹, que dice textualmente, refiriéndose a las políticas neoliberales: “Los tres elementos principales de estas prescripciones de política fueron: la introducción de pagos de honorarios por parte del usuario; la segmentación de los sistemas médicos en la atención pública para los pobres y privada para los ricos; y la comercialización de la atención.”

No es coincidencia que lo anterior parezca ser la síntesis del diagnóstico de la situación de la salud en Colombia a partir de la última reforma de los sistemas de salud, estipulada en la Ley 100 de 1993, cuyo ponente fue el entonces senador Álvaro Uribe Vélez y cuyo artífice fue, el llorado por muchos y celebrado por no todos, ministro Juan Luis Londoño. Los “paseos de la muerte” y otras perlas de la desigualdad más burda son el resultado ineluctable de creer que un mercado, cuyo motor es la acumulación de ganancias por cualquier medio “legal”, es un buen nivelador de diferencias¹⁰.

La nota crítica a la Comisión prosigue: “El segundo golpe al modelo de APS vino en el concepto de “cuidados médicos selectivos”, enfocado a ciertas intervenciones (sobre todo de naturaleza técnica), a diferencia de la atención médica integral.”. Hace referencia así al ya mencionado enfoque de riesgo, centrado en individuos. Por su parte la OPS no abandona la idea originaria de la APS y en un documento de 2007 llama a todos sus afiliados a cerrar filas en pro de la renovación de esta

estrategia.¹¹ Ciertamente –y con esto concluyo la primera parte de mi intervención– la ola de discursos sobre DSS en que hoy estamos envueltos debe considerarse como una herramienta técnica y política que sirve para hacer viable la renovada estrategia de APS propuesta por la OPS. DSS no es un fin en sí mismo sino una herramienta técnica y política: tengámoslo bien claro.

2.

El segundo punto de mi presentación versa sobre una precisión que en discusiones superficiales se pasa por alto y que es crucial cuando uno pasa del discurso general a trabajos concretos de investigación y acción: el estudio de los determinantes sociales de los estados de salud se concreta, finalmente, en estudios de los determinantes de la desigualdad humana con respecto a ellos. DSS pasa a ser DSDS, fórmula en que la D está por desigualdad. La razón general es obvia: como la humanidad no tiene resueltos todos los problemas de la salud para todos, los recursos escasos deben distribuirse entre todos de alguna manera. Y la manera en que lo son es abrumadoramente desigual, jerarquizada. Este fue, precisamente el motivo de la idea de los DSS. La cuestión resulta clara si uno lee con cuidado los documentos más perspicaces sobre DDS.

Me detengo a trabajar esta idea con base en materiales empíricos tomados de la antropología de la malaria, una enfermedad que es tan antigua como la humanidad, que por ser “la reina de las enfermedades” ha atraído la atención y trabajo arduo de muchos científicos y salubristas por más de 120 años y, hoy más que nunca, junto con la tuberculosis y el vih-sida son una vergonzosa muestra de que persisten las desigualdades en materia de salud. Trataré de mostrar con este ejemplo tomado del campo de las enfermedades infecciosas que trabajar empíricamente con DSDS es complicado pero posible. Ya hay revisiones muy serias de los avances logrados en estudios empíricos sobre la vulnerabilidad (desigual) y los determinantes de estas enfermedades que abren el camino.^{12, 13}

Para comenzar justifico teóricamente la afirmación que insiste en que DSS debe ser DSDS. Las sociedades humanas concretas, en las diversas escalas de agregación, internacional, nacional, regional, local, y doméstica aparecen segmentadas y jerarquizadas en grupos de personas de acuerdo con combinaciones empíricas de criterios que tienen una trayectoria histórica que las hace irrepetibles. Es innegable que a lo largo de la historia humana se ha dado no sólo la clasificación sino la jerarquización de los grupos vivos en que se organizan las personas a tal punto que la desigualdad es una constante en prácticamente todas las comunidades humanas. La antropología, en el pasado, tuvo particular interés y competencia en su estudio pero hoy parece haberse retraído, lo que es de lamentar pues tiene ventajas comparativas para ello¹⁴. Los criterios de esta clasificación y jerarquización humana son varios: los que hoy más suenan son los relacionados con la edad, el género, la pertenencia étnica o racial, las preferencias sexuales, y –desde luego– la condición socioeconómica. Otros criterios suenan menos en nuestro medio actual, pero pueden ser igualmente importantes, como las discapacidades varias, las creencias religiosas y las convicciones políticas.

Hay que tener en cuenta que una cosa es trabajar analíticamente con agrupaciones artificiales de individuos realizadas en el escritorio como cuando uno categoriza en una base de datos individuales “los niños entre 0 y 5 años”. Otra cosa es hablar de grupos históricamente situados de personas, por ejemplo los “niños entre 0 y 5 que viven en Altos de Meléndez” que uno no genera en el escritorio sino que encuentra en una de las laderas de Cali. En términos rigurosos la primera clasificación genera una categoría social abstracta, que sólo existe en la mesa y mente del analista; la segunda se refiere a conjuntos humanos vivos que tienen trayectorias históricas precisas, ubicados en lugares únicos en el tiempo y espacio de este planeta Tierra: no los inventa el analista sino que los descubre en terreno. La distinción no es inocua, pues la primera –muy en uso en las ciencias de la salud tradicionales, sobre

todo en sus modelos estadísticos epidemiológicos univariados y multivariados—parte de la idea implícita de que la sociedad humana es una colección de individuos que uno puede agrupar como quiera, mientras la segunda, considera que la sociedad humana está hecha de tramas de “comunidades vivas” en sus diversas escalas, desde la doméstica o primaria, hasta la global o planetaria y que los individuos no son independientes, como fichas de una lotería, sino que están “amarrados” a la trama de su propia historia social. Esto quiere decir, en términos técnicos, que la supuesta independencia de las unidades básicas estadísticas del modelo (las unidades de las muestras, aleatorias o no) es una artificialidad que hay que manejar con cuidado.

Precisamente, una de las características centrales de la estrategia de la APS fue la de tomar como eje del trabajo las tramas vivas de esas comunidades en cualquiera de sus escalas, comenzando por las domésticas y locales. Y, precisamente, el punto central de Geoffrey Rose cuando criticó la epidemiología detrás del enfoque de riesgo, era que había que pasar de trabajar con colecciones arbitrarias y artificiales de individuos “independientes” a trabajar con poblaciones. Y, finalmente, un punto, que hoy aparece claro en la autocrítica que se hace la Epidemiología Social, es el olvido de que “poblaciones” en el lenguaje de Rose quería decir “comunidades históricamente situadas”, “personalizadas” como dice George Kaplan¹⁵. Estas se encuentran ubicadas en contextos concretos, histórico-sociales y ambientales. Sólo trabajando con estas comunidades históricas se podrá apuntar a la “causa de las causas” de los problemas en salud, en cuyo corazón, como insisto, está el asunto de la desigualdad.

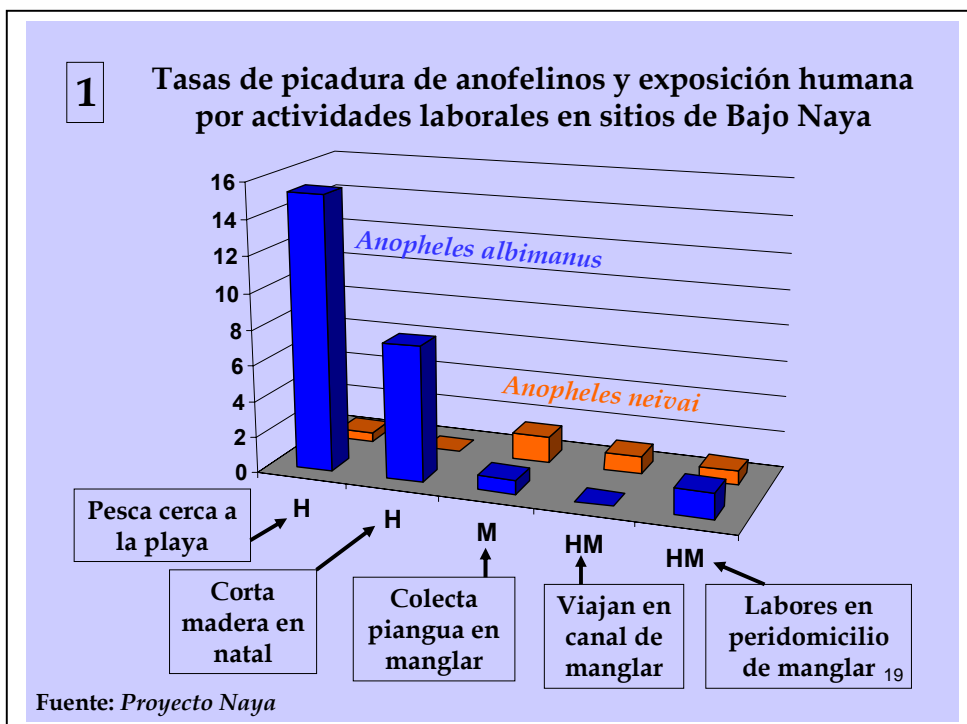
Dentro de una concepción “ambiental” de sistemas dinámicos, la clasificación y jerarquización de los seres humanos se puede pensar en términos de sistemas que operan con criterios como raza, género, edad, etc. y se entrelazan, intersectándose, en estas comunidades humanas históricamente situadas dando cuerpo a complejos de desigualdad social que tienen muchas dimensiones convergentes. Hablar de sistemas de desigualdad que se intersectan en puntos precisos del espacio tiempo es una buena manera de articular teóricamente las ideas de complejidad, sistema y desigualdad en las ciencias sociales, asunto que ha sido discutido mucho en los últimos años.¹⁶ Así entendemos, por ejemplo, cómo y por qué la distinción abstracta “mujer”, como categoría de sexo/género, nunca viene sola: viene en paquetes históricos, pues ella es mujer en Aguablanca, en Ciudad Jardín, o en la Costa Pacífica colombiana. “Mujer” significa mucho y muy distinto en cada uno de estos contextos históricos. Esta es una de las razones detrás de una de las críticas más comunes a las feministas: ellas, se dice, sólo proyectan su propia situación histórica (aburguesada) a la categoría abstracta de “mujeres”; mucho más harían si, saliendo de sus cómodos nichos urbanos, tienen en cuenta la enorme variedad empírica de situaciones concretas de desventaja en que se encuentran muchas clases de mujeres.¹⁷ Tratemos de ver en un ejemplo, qué significa ser “mujer” frente a los males de la malaria en la cuenca baja del Río Naya, Costa Pacífica colombiana, y cómo allí aparece –sutil pero efectivo y vergonzoso—un conjunto complejo de desigualdades en materia de salud.

En una comunidad del delta del río Naya, que es endémico para la malaria, recogimos información directa sobre los determinantes de la infección, enfermedad y cuidado, contrastando la situación de hombres y mujeres adultos¹⁸. El proyecto hizo parte del esfuerzo de impulsar en la Universidad del Valle el estudio de campo de las enfermedades “tropicales” con la colaboración de las ciencias sociales.

Los análisis empíricos de determinantes de la salud y, en particular, de desigualdades frente a ella, deben distinguir entre las diversas fases del fenómeno de la salud, porque se trata de un proceso complejo del que se pueden hacer varias disecciones. En el caso de enfermedades infecciosas como la malaria hay que introducir distinciones adicionales, en nuestro caso entre procesos de infección, de declaración clínica y social de la enfermedad, y del cuidado subsiguiente. Aquí nos encontramos con

tramas muy complejas de determinantes de orden biológico y social cuyo estudio impone retos que son difíciles pero no imposibles de manejar en su conjunto. Es preciso recalcar que sólo estudiando el conjunto uno logrará dar cuenta de la trama.

Los parásitos de la malaria son transmitidos por los mosquitos anofelinos, cuya alimentación con sangre humana, e infectividad al hacerlo, varía entre especies. En el bajo Naya operan dos especies infectantes, *Anopheles albimanus* y *Anopheles neivai*. La picadura de estas especies varía en el tiempo y el espacio lo mismo que la infectividad de su picadura, es decir su eficiencia infectiva. Más aún, puede darse el caso de picaduras no infectantes, cuando el mosquito que lo hace no tiene malaria, pues no ha picado antes a ningún portador de parásitos. La gráfica 1 muestra la tasa de picadura (nivel de actividad por día) de las dos especies anofelinas que allí transmiten la malaria a los humanos. Esta

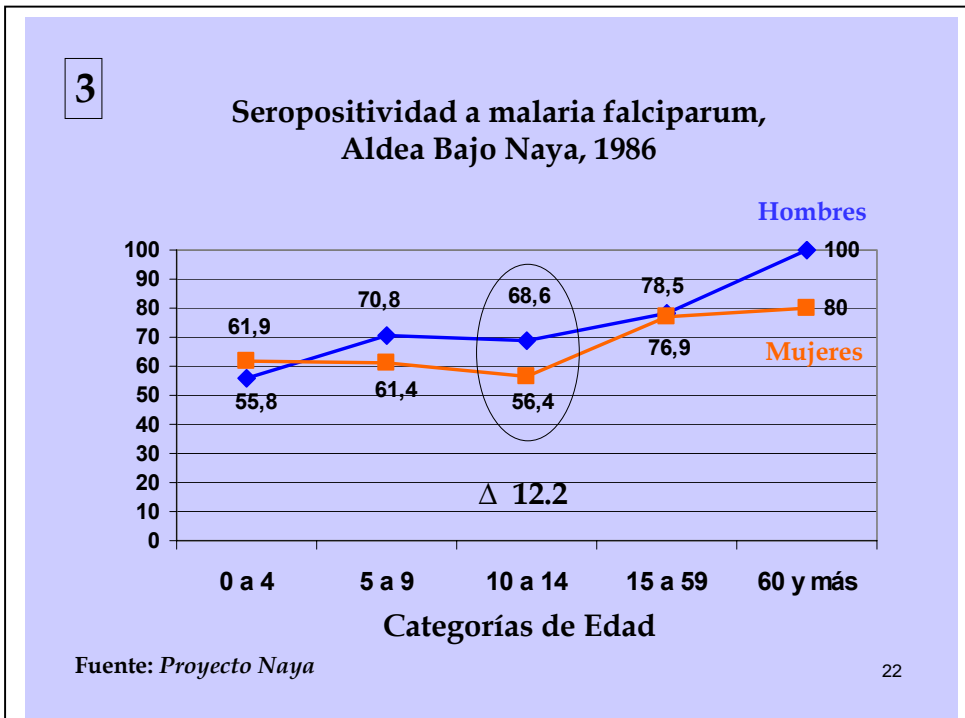
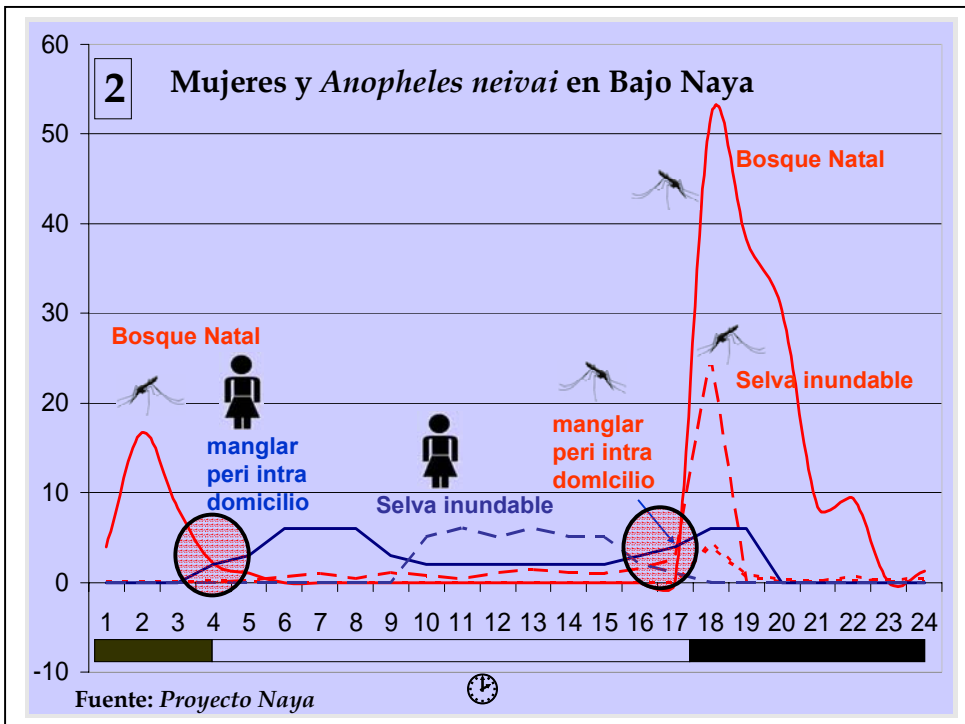


actividad aparece diferenciada por lugares de actividad humana, de hombres o mujeres, y de hombres y mujeres, en que ellos se exponen a esas picaduras. En términos socio-epidemiológicos se puede hablar de nivel de exposición a la infección a la malaria por género, debido a actividades laborales.

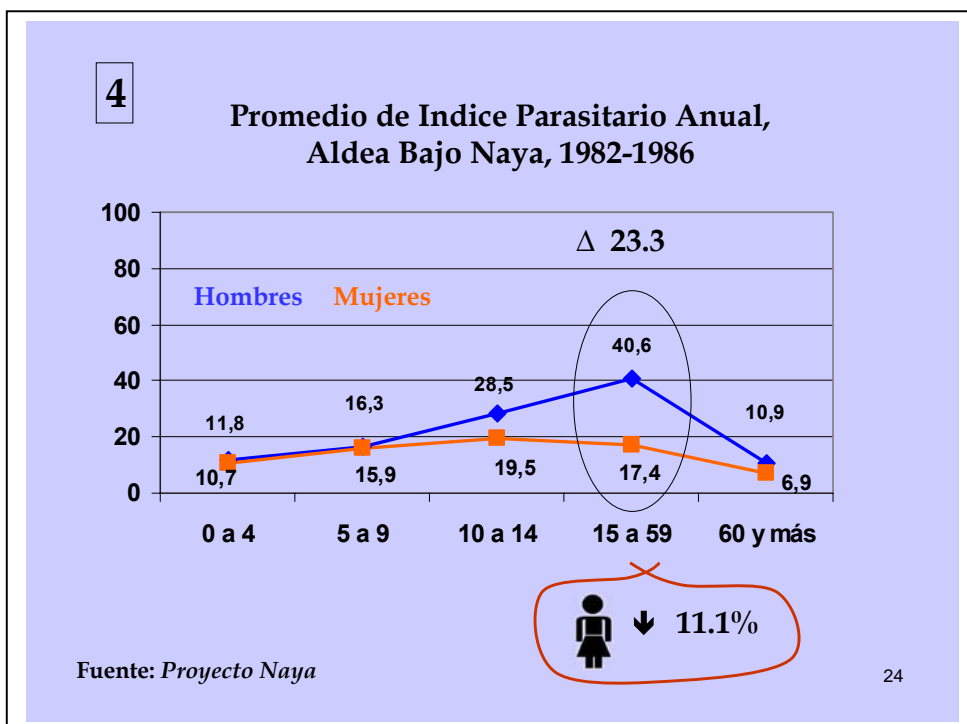
De la gráfica se puede deducir que en términos globales, teniendo como unidad temporal el día de 24 horas, los hombres, por sus actividades, se exponen mucho más a los anofelinos infectantes que las mujeres. La cuestión es muy compleja pues están en juego cantidad de factores, algunos aún no bien identificados y estudiados. Los datos aquí reportados suman la actividad picadora por día, pero hay que tener en cuenta que los mosquitos no pican igual a lo largo de las horas del día sino que tienen horas de alta actividad y otras de ninguna.

Para que haya infección se necesita, primero que los mosquitos estén infectados, y segundo que haya disponibilidad efectiva de los seres humanos en los sitios y horas precisos en que los mosquitos infectados pican. La gráfica 2 muestra la actividad de los anofelinos de especie *neivai* y su cruce, en espacios tiempo muy precisos, con la presencia de mujeres en actividades productivas. Como se ve, para que haya infección se necesita la convergencia e interacción de varios factores o determinantes,

tanto sociales como biológicos, trenzados en un sistema dinámico complejo cuya lógica conjunta es preciso describir y entender.



Por examen serológico se pueden detectar trazas de infección en la sangre de hombres y mujeres sin que ello signifique necesariamente que se hayan enfermado de malaria, pues una cosa es haber recibido parásitos de parte de los anofelinos y otra que éstos se desarrollen hasta causar síntomas de enfermedad. Entre la infección y la enfermedad ocurren muchas cosas. Por ahora nos detenemos en la infección, en tanto es detectada por la serología. En la gráfica 3 al comparar los porcentajes de positividad serológica a infección de malaria *falciparum* se observa que aunque los hombres adultos aparecen como proporcionalmente más infectados, de acuerdo con su mayor exposición vista en la gráfica anterior, la magnitud de diferencia con respecto a las mujeres no es tan marcada como era de esperar según la exposición a mosquitos. Parece que la magnitud de la diferencia hombres-mujeres en exposición no corresponde a la magnitud de la diferencia en la condición de infectado.



Esto está perfectamente de acuerdo con la idea hoy de todos aceptada de que en sistemas dinámicos complejos, como es el subsistema de la infección por malaria, no hay proporción lineal o directa entre los determinantes o antecedentes y los efectos: entre unos y otros median procesos de interacción mutua que complejizan mucho el proceso. La no linealidad de los procesos es una característica crucial en los sistemas dinámicos complejos y los relacionados con la salud ciertamente lo son.¹⁹

Dije ya que una cosa es la infección y otra la enfermedad. Esta en malaria inicia cuando la persona como individuo siente en su cuerpo síntomas que clínicamente han sido definidos como “de malaria”. La percepción individual es entonces reconocida como tal por el conjunto doméstico o primario en que se desenvuelve la persona, es decir, adquiere naturaleza social cultural: los signos corporales y las sensaciones subjetivas adquieren carácter de signo social y sirven de base para un proceso que se denomina de tratamiento o cuidado. Lo usual en los lugares endémicos como el Naya es ir al Puesto de Salud y hacerse tomar un examen de sangre llamado de gota gruesa, que permite establecer microscópicamente la presencia de parásitos en la sangre. Con ello se inicia el tratamiento que, si se hace a tiempo y bien, cura la malaria.

Pues bien, como se observa en la gráfica 4, hay una notable diferencia entre hombres y mujeres: la brecha en tratamiento social institucional de la malaria como enfermedad favorece a los hombres, con una distancia que es notable, comparada con la establecida por la serología. En resumen, descontando la diferencia señalada por la serología, se tiene que las mujeres como conjunto, éstas se reportaron en un 11% menos al sistema de salud. Se puede concluir que las mujeres se reportan como enfermas de malaria mucho menos que los hombres y de lo que habría que esperar, habida cuenta rigurosa de los niveles de exposición y de infección.

Es posible que haya determinantes biológicos que contribuyan a esta desigualdad. Hay situaciones femeninas en que la desventaja es obvia, y tiene determinantes tanto sociales como biológicos que interactúan, es decir las mujeres están en desventaja por género y por sexo.

El caso es patente con las mujeres embarazadas. El que se embaracen procede de un acto social/biológico (el encuentro sexual) del cual se deriva un determinante biológico de desventaja para la mujer: se ha comprobado que las embarazadas por causas biológicas son más vulnerables a los efectos de la infección que las no embarazadas, y desde luego que los hombres. Parece que la placenta es un nuevo nicho en donde los parásitos prosperan o se esconden, aparte de que es probable que el estado de embarazo tenga también modificaciones de orden inmunológico que aumentan la desventaja.²⁰

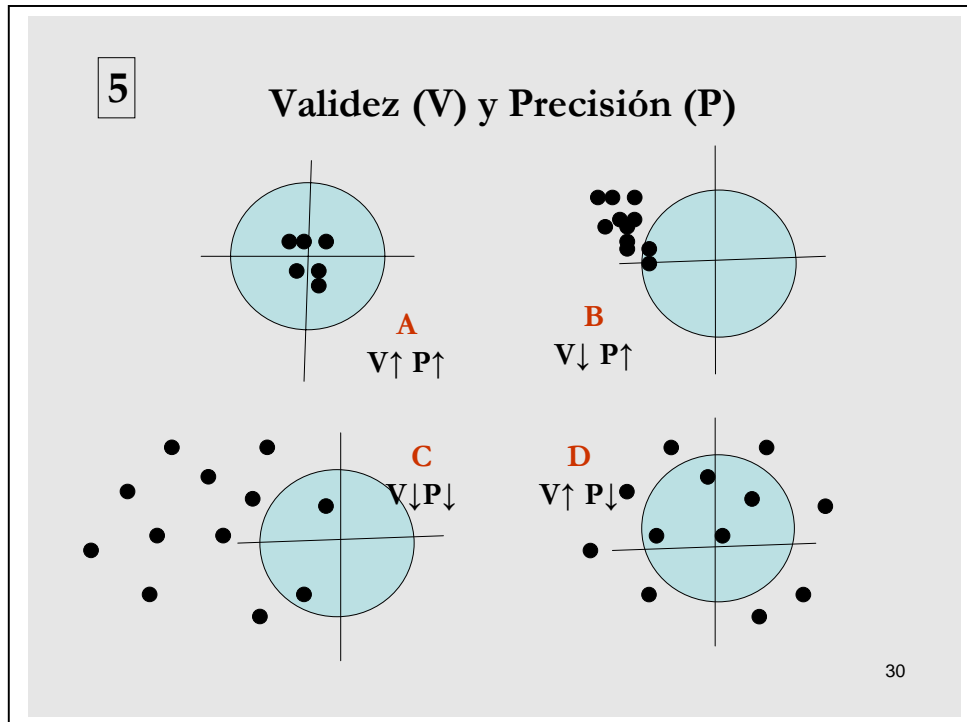
Además, las mujeres (sobre todo las jefes de hogar, esposas o madres) en muchas culturas asumen responsabilidades sociales que hacen que tengan que mostrarse más fuertes que el resto de la familia, en especial cuando hay enfermos de por medio²¹. No se puede olvidar que la enfermedad es, en este plano, ante todo un proceso semiótico social en que unos signos corporales, sentidos subjetivamente por el candidato a enfermo, son reconocidos y tratados como tales, por el conjunto social.

Podemos ver entonces que cuando uno los estudia en concreto y con ánimo de intervenir en el proceso, los DSS se convierten en DSDS. Estudiar estas situaciones no es fácil pero es posible. Hay que ir más allá de identificar los D y ver su comportamiento individual. Más, aún, se debe ir más allá de generar modelos estadísticos, descriptivos o inferenciales, a partir de datos individuales. Si sólo se hace esto uno se queda a medio camino y le hace el juego a la idea falaz, tan común en las ciencias de la salud, de que las poblaciones humanas, es decir las comunidades vivas a que alude la APS, son colecciones de individuos, no resultado de tramas histórico concretas. Si uno se queda en ese plano artificial y abstracto no tiene modo de lograr que su conocimiento sea válido en el plano práctico político de mejoramiento de las condiciones de salud para todos.

Hablo de validez como oposición a precisión. Muchos se ilusionan con que sus estudios son buenos porque logran alta precisión, que miden en milésimas de probabilidad, aunque estén “meando fuera del mate”, es decir, bastante lejos de la validez. Para entender el asunto imaginemos a un practicante de tiro al blanco, representado en la gráfica 5.

Tenemos cuatro situaciones típicas de resultados: A, con alta precisión y alta validez, que es el ideal; B, con alta precisión y baja validez; C, con baja precisión y baja validez; y D: con baja precisión y alta validez. A esta forma D apuntamos los antropólogos que estudiamos situaciones complejas, entre ellas las de la salud humana, desde luego intentando aumentar la precisión, es decir buscando la forma A, o sea sin desmedro de la validez. Los antropólogos, con nuestra larga tradición de estudios de caso por la vía etnográfica preferimos ser algo borrosos e imprecisos pero apuntar al mate. No podemos hacer menos cuando nos entendemos con un proceso complejo que deseamos describir y entender como

conjunto. Hay que reconstruir el proceso, pues para entender las tramas de los sistemas dinámicos complejos en donde reina el principio de la no linealidad que hace que no haya proporcionalidad entre los estados iniciales y los finales del proceso debemos atender a una característica de estos sistemas: ellos sufren de lo que técnica se denomina “dependencia de la trayectoria” (*path dependency*), lo que quiere decir que cada proceso es único porque tiene historia.



Debemos, por tanto, ingeniar modos para, a partir de los casos singulares, mirados en su complejidad, ascendamos a conocimientos de tipo más general que orienten la práctica política y técnica de mejoramiento de la salud de nuestros pueblos. Esta inferencia, que se hace por analogía, la practica desde hace tiempo la antropología con su larga experiencia en estudios de caso y su vocación de producir interpretaciones que –en lenguaje de Clifford Geertz—se denominan densas: sus etnografías narran la historia de procesos singulares y a la vez hurgan en su lógica profunda, allá donde los comportamientos de esos procesos y de otros análogos tienen mucho en común para aprender de ellos.

Referencias bibliográficas de soporte

1. A. G. Álvarez Pérez, A. García Fariñas, y M. Bonet Gorbea. 2007. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública 33(2). Versión online. Consultada en febrero 5 de 2008.
2. S. Litsios. 2002. The long and difficult road to Alma-Ata: A personal reflection. *International Journal of Health Services*, 32(4): 709-732.

3. L. Magnussen, J. Ehiri y P. Jolly. 2004. Comprehensive versus selective primary health care: Lesson for global health policy. *Health Affairs* 23(3): 167-176.
4. J. Walsh y K. Warren. 1979. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine* 301:967-974.
5. Geoffrey Rose. 1985. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. OPS, Boletín Epidemiológico 6(3):1-8.
6. N. Homedes y A. Ugalde. 2005. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 71:83–96.
7. Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU.
<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.html> Consultado en febrero 7 de 2008.
8. CDSS, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. 2007. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_spa.pdf. Consultado en febrero 7 de 2008.
9. CDSS, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, 2007. Informe de la Sociedad Civil a la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.. *Medicina Social* 2 (4): 212-233
10. N. Homedes y A. Ugalde 2005. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública* 17(3): 210-220.
11. J. Macinko, H. Montenegro, C. Nebot Adell, C. Etienne y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. 2007. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública* 21(2/3):73–84.
12. I. Bates, C. Fenton, J. Gruber, D. Lalloo, A. Medina Lara, S. B. Squire, S. Theobald, R. Thomson, and R. Tolhurst. 2004. Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part 1: determinants operating at individual and household level. *THE LANCET Infectious Diseases* 4: 267-277.
13. I. Bates, C. Fenton, J. Gruber, D. Lalloo, A. Medina Lara, S. B. Squire, S. Theobald, R. Thomson, and R. Tolhurst. 2004. Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: determinants operating at environmental and institutional level. *THE LANCET Infectious Diseases* 4: 368-375.
14. C. Tilly. 2001. Anthropology confronts inequality. *Anthropological Theory* 1(3): 299-306.
15. George A. Kaplan. 2004. What's wrong with social epidemiology, and how can we make it better? *Epidemiologic Reviews* 26: 124-135.
16. S. Walby. 2007. Complexity theory, systems theory, and multiple intersecting social inequalities. *Philosophy of the Social Sciences* 37: 449-470.

17. P Abbot, C. Wallace, y M. Tyler. 2005. An introduction to sociology: feminist perspectives. London: Routledge.
18. E. Sevilla. 1993. Human mobility and malaria risk in the Naya river basin of Colombia. *Social Science and Medicine* 37(9): 1155-1167.
19. P. van Geert. 2000. We almost had a great future behind us: The contribution of non-linear dynamics to developmental-science-in-the-making. *Developmental Science* 1(1): 143-159.
20. C.J. Whitty, S. Edmonds y T.K. Mutabingwa. 2005. Malaria in pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 112(9): 1189-1195.
21. R. Tolhurst y F. K. Nyonator. 2006. Looking within the household: gender roles and responses to malaria in Ghana. *Transactions of the Royan Society of Tropical Medicine and Hygiene* 100(4): 321-326.
22. M. Agar. 2006. An ethnography by any other name ... FQS, Forum: Qualitative Social Research, Volume 7, No. 4, Art. 36 – September 2006. En: <http://www.qualitative-research.net/fqs/fqs-eng.htm>. Consultado en octubre 3, 2007, consultado en febrero 7, 2008.