

MÁS ALLÁ DE LA BIOLOGÍA: CÓMO LA ESTRUCTURA DE CLASES DETERMINA EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

BEYOND BIOLOGY: HOW CLASS STRUCTURE DETERMINES THE HEALTH-DISEASE PROCESS

Autoras:

Marilín Fleitas Amaro. Lic. Historia y Filosofía. Máster en Estudios Sociales, Profesor Auxiliar. FCM Julio Trigo López, Dpto: Filosofía e Historia, La Habana. Cuba. e-mail: marilinfleitas4@gmail.com. <https://www.orcid.org/0009-0007-2824-128X>

Localidad: La Habana, Cuba

Anahy Molinet Buides. Lic. Enf. Esp. de 1er Grado en Fisiología Normal y/o Patológica. Profesor Auxiliar. FCM Julio Trigo López. Dpto: Ciencias básicas y biomédicas. La Habana. Cuba. e-mail: anahymolinet@gmail.com. <https://www.orcid.org/0000-0002-6341-2729>

Localidad: La Habana, Cuba

Resumen

Se realiza una revisión bibliográfica sobre las ideas más recientes acerca de las relaciones entre el proceso salud- enfermedad y la estructura socioclasista. Las ciencias sociales y las de la salud desde sus orígenes han tenido una fuerte relación que ha permitido configurar líneas de trabajo hasta la actualidad. La comprensión e intervención de los fenómenos de la salud se han abordado desde dos perspectivas básicas, una dualista (salud/enfermedad) y otra integradora. Si bien la realidad histórica de las ciencias de la salud en su desarrollo científico se desvinculó de las ciencias sociales y su referente más cercano, las ciencias naturales; en el siglo XX éstas se reunieron nuevamente en una interacción que establece una comprensión más adecuada de la salud. El objetivo es demostrar que la estructura de clases es un determinante fundamental que moldea de manera desigual la experiencia de salud y enfermedad, generando inequidades sistémicas e injustas.

Palabras clave: estructura socioclasista, proceso salud- enfermedad, desigualdades

Abstract

This article presents a literature review of the most recent ideas regarding the relationship between the health-disease process and socio-class structure. The social sciences and health sciences have maintained a strong relationship since their origins, shaping lines of research that continue to this day.

The understanding and intervention of health phenomena have been approached from two basic perspectives: a dualistic one (health/disease) and an integrative one. While the historical reality of the health sciences, in their scientific development, became detached from the social sciences and their closest reference point, the natural sciences, in the 20th century these two disciplines reunited in an interaction that established a more adequate understanding of health. The objective is to demonstrate that class structure is a fundamental determinant that unequally shapes the experience of health and disease, generating systemic and unjust inequities.

Keywords: socio-class structure, health-disease process, inequalities

Introducción

En el siglo XXI, mientras la medicina avanza a pasos agigantados, la expectativa de vida entre vecindarios de una misma ciudad puede diferir en 20 años. ¿Cómo se explica esto?

Las desigualdades en salud no son accidentales. Forman parte de un patrón sistemático en el que cada escalón descendente en la estructura social se asocia con peores resultados de salud, mayores riesgos de enfermedad y una menor esperanza de vida. Este "gradiente socioeconómico de la salud" es una realidad global que conecta las condiciones materiales y simbólicas de una clase social con la biología y el bienestar de sus individuos.

El proceso salud- enfermedad no es un hecho biológico individual, sino un proceso socialmente determinado. Introduce los dos conceptos centrales: estructura socioclasista (la distribución desigual de poder, riqueza y recursos) y el proceso salud- enfermedad.

El vínculo entre clase social y enfermedad no es abstracto. Se refleja en datos concretos de morbilidad y mortalidad, que muestran que los grupos en desventaja socioeconómica están expuestos a un doble riesgo o más de sufrir enfermedades graves y muertes prematuras.

Uno de los elementos básicos para caracterizar una sociedad concreta es precisamente su estructura social, entendida como la segmentación en clases, capas y grupos -y las relaciones entre estos segmentos- que le es consustancial a su reproducción.

La estructura socioclasista de la sociedad no se trata solo de ingresos, sino de la posición en la estructura social que define el acceso a recursos materiales, capital cultural, poder político y prestigio social. Constituye un:

Entramado de posiciones, grupos y relaciones entre ellos, que se configuran a partir de la división social del trabajo y de las relaciones de propiedad..., entramado que expresa el grado de estratificación y desigualdad, integración o exclusión, y se conecta a otros ejes de articulación socio culturales (género, generaciones, raza, etnia). (Autores cubanos, s/p)

La salud es un derecho fundamental directamente relacionado con el bienestar de la población, por ello los estados modernos asumen la responsabilidad de su protección y promoción. El significado de salud y de enfermedad no son universales. La definición de salud según la OMS: *"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*.

El proceso salud- enfermedad es la resultante de muchas interacciones de factores económicos, sociales, políticos, biológicos, de organización de los servicios, del estilo de vida y de patrones culturales de los pobladores que habitan en un área geográfica. Los factores opositores procedentes de la naturaleza, la sociedad y del propio organismo humano, al interactuar determinan un estado de equilibrio que llamamos salud o de desequilibrio que llamamos enfermedad.

La estructura socioclasista de la sociedad ha sido objeto de estudio por diferentes investigadores sociales y desde el surgimiento de Marxismo los clásicos ya identifican su vinculación con algunas las enfermedades. Veamos lo anterior a través de un análisis de Engels en **"La situación de la clase obrera en Inglaterra"**

En estos lugares de la ciudad no existen cloacas, ni hay en las casas cañerías o retretes, y, por lo tanto, cada noche, todas las inmundicias, los residuos y excrementos, de por lo menos 50.000 personas, son arrojados a los albañales, de modo que, a pesar del barrido de las calles, se produce una capa de suciedad estancada y un olor nauseabundo. Y con esto, no solamente se ofende la vista y el olfato, sino que además está dañada, en alto grado, la salud de los habitantes. ¿No es de maravillarse que en tales condiciones estén completamente postergadas todas las normas de salud, la moral y aún de la más elemental conveniencia? Por el contrario, todos los que conocen de cerca las condiciones de los habitantes, pueden testimoniar el alto grado alcanzado por la miseria, las enfermedades y la inmoralidad. (...) Las habitaciones de las clases más pobres son, en general, muy sucias, y evidentemente no han sido nunca limpiadas (...) El agua se obtiene sólo de pozos públicos, y la fatiga requerida para bombearla justifica, naturalmente, todas las suciedades posibles.

Las deformaciones de la columna vertebral son muy frecuentes entre los obreros. Algunas de ellas como consecuencia de exceso de trabajo físico, otras como consecuencia de un trabajo prolongado sobre una constitución originariamente débil o debilitada por una mala alimentación...

La relación existente entre la estructura socioclasista y su influencia en el estado de salud de la población es evidente lo que permite una mejor comprensión, explicación e interpretación de los procesos de atención médica para la generalización y contribución a la solución de problemas de salud.

Desarrollo

La salud es un derecho fundamental directamente relacionado con el bienestar de la población, por ello los estados modernos asumen la responsabilidad de su protección y promoción.

La estructura socioclasista influye profundamente en la salud, no solo en el acceso a la atención médica, sino en la incidencia, prevalencia y gravedad de las enfermedades. Este fenómeno se explica por los Determinantes Sociales de la Salud (DSS): las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

La incidencia de la estructura socioclasista en la distribución de las enfermedades

La salud y la enfermedad no son fenómenos que dependan únicamente de factores biológicos o individuales. Por el contrario, están fuertemente condicionados por el entorno social en el que viven las personas. En este sentido, la estructura socioclasista juega un papel central, ya que determina los modos de vida, las oportunidades de acceso a bienes materiales y simbólicos, así como las posibilidades de recibir atención médica de calidad. El presente artículo trata de realizar un análisis de cómo las desigualdades de clase social se traducen en una distribución desigual de las enfermedades. La distribución de las enfermedades refleja de manera directa la estructura socioclasista de una sociedad. Las condiciones de vida, los riesgos laborales, el acceso a la salud y las prácticas culturales se ven atravesados por las desigualdades de clase, generando una carga desproporcionada de enfermedad en los sectores más pobres. Abordar esta problemática requiere políticas públicas integrales que no solo fortalezcan los sistemas de salud, sino que también reduzcan las desigualdades estructurales que perpetúan estas inequidades sanitarias.

Condiciones de vida y enfermedades asociadas

Las clases sociales más desfavorecidas suelen vivir en condiciones de precariedad habitacional, con viviendas hacinadas, servicios básicos deficientes y dificultades para acceder a una alimentación adecuada. Esto incrementa la incidencia de enfermedades infecciosas, gastrointestinales y respiratorias, además de la malnutrición y las patologías crónicas vinculadas a una dieta deficiente. Por el contrario, los sectores de mayores ingresos cuentan con entornos más saludables y seguros, lo que reduce su exposición a dichos riesgos.

Riesgos laborales y ambientales

La división social del trabajo también se refleja en la distribución de la enfermedad. Mientras las élites y clases medias altas ocupan empleos con menor exposición a peligros, los trabajadores de clases

populares suelen desempeñarse en actividades físicas intensas, con altos riesgos de accidentes y exposición a sustancias nocivas. Esta situación se traduce en mayores tasas de enfermedades musculoesqueléticas, intoxicaciones, problemas respiratorios y estrés laboral.

Acceso desigual a los sistemas de salud

Uno de los efectos más visibles de la estructura socioclasista se observa en el acceso al sistema de salud. Los sectores con mayor poder adquisitivo pueden costear seguros privados, consultas rápidas y tratamientos especializados. En cambio, las clases bajas dependen de sistemas públicos sobrecargados, con recursos limitados y tiempos de espera prolongados, lo que provoca diagnósticos tardíos, tratamientos incompletos y una mayor mortalidad en enfermedades prevenibles.

Dimensión cultural y hábitos de cuidado

Las desigualdades sociales también influyen en la dimensión cultural de la salud. La falta de información clara, la baja escolaridad y la prioridad de la supervivencia económica cotidiana reducen la posibilidad de desarrollar prácticas preventivas. En este sentido, la enfermedad no solo se transmite biológicamente, sino que también se reproduce social y culturalmente en los grupos más vulnerables. A continuación, se presentan **ejemplos concretos de cómo la estructura socioclasista influye en la distribución de la salud y la enfermedad** en países subdesarrollados. Estos se observan en la morbilidad, mortalidad, esperanza de vida, conciencia sobre los problemas de salud y el acceso real a los servicios médicos.

Mortalidad infantil y materna

En países como Nigeria o Sierra Leona, las mujeres de zonas rurales y de bajos recursos tienen tasas de mortalidad materna mucho más altas que las de mujeres urbanas con mayor nivel socioeconómico. Esto repercute también en la mortalidad infantil, con más muertes por infecciones respiratorias, diarreas y desnutrición.

Esperanza de vida

En Bolivia, la esperanza de vida puede diferir en más de 10 años entre comunidades indígenas rurales y sectores urbanos acomodados, debido al acceso limitado a hospitales, médicos y condiciones de saneamiento.

Conciencia y percepción de los problemas de salud

En muchas zonas rurales de Guatemala o Haití, persisten barreras culturales y educativas: algunas familias no reconocen signos tempranos de enfermedades crónicas. En cambio, las clases medias y altas, con mayor educación, identifican antes los riesgos y acceden más rápidamente a controles médicos.

Acceso real a los servicios de salud

En India, aunque el sistema público ofrece atención gratuita, las personas pobres deben recorrer largas distancias y soportar esperas prolongadas. Muchas familias recurren a curanderos o clínicas privadas baratas de baja calidad, mientras que las clases altas acceden a clínicas privadas de mejor infraestructura.

Enfermedades transmisibles vs. no transmisibles

En África Subsahariana, la población pobre sufre más enfermedades transmisibles (malaria, VIH, tuberculosis) debido a la pobreza y falta de servicios básicos. En contraste, en las clases altas emergen más enfermedades no transmisibles (diabetes, cáncer, obesidad), asociadas a estilos de vida distintos y mejor acceso al diagnóstico.

El siguiente cuadro comparativo muestra cómo la estructura socioclasista influye en la distribución de las enfermedades, la esperanza de vida, la conciencia sobre los problemas de salud y el acceso real a los servicios médicos en países subdesarrollados.

DIMENSIÓN	EJEMPLO	EVIDENCIA DE DESIGUALDAD SOCIOCLASISTA
Mortalidad infantil y materna	Nigeria y Sierra Leona: mujeres rurales y pobres con tasas de mortalidad materna e infantil mucho más altas.	Falta de acceso a controles prenatales, personal capacitado y emergencias obstétricas en sectores pobres.
Esperanza de vida	Bolivia: diferencia de más de 10 años entre comunidades indígenas rurales y sectores urbanos acomodados.	Acceso limitado a hospitales, médicos y saneamiento en sectores marginados.
Conciencia y percepción de los problemas de salud	Guatemala y Haití: familias rurales no reconocen signos tempranos de enfermedades crónicas.	Baja escolaridad y menor exposición a campañas de salud en los sectores pobres; mayor conciencia en clases medias/altas.
Acceso real a los servicios de salud	India: pobres deben recorrer largas distancias y soportar esperas prolongadas.	Los sectores pobres recurren a curanderos o clínicas

		baratas; clases altas acceden a clínicas privadas de calidad.
Enfermedades transmisibles vs. no transmisibles	África Subsahariana: pobres sufren más malaria, VIH, tuberculosis; clases altas más diabetes, obesidad, cáncer.	Las enfermedades transmisibles se concentran en contextos de pobreza; las crónicas en sectores con estilos de vida distintos y diagnóstico temprano.

Enfermedades más prevalentes en clases socioeconómicas bajas:

Tipo de enfermedad: Enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, EPOC, algunas enfermedades mentales (depresión, ansiedad), obesidad, problemas de salud bucodental. Esto se debe a la exposición a factores de riesgo como agentes contaminantes, alimentos procesados, trabajos físicamente exigentes, tabaquismo, estrés financiero crónico, acceso limitado a atención preventiva y se debe como razón principal a la acumulación de desventajas materiales y psicosociales que erosionan la salud a largo plazo.

Enfermedades más prevalentes en clases socioeconómicas altas:

Tipo de enfermedad: Algunos cánceres (melanoma, cáncer de mama), trastornos de la conducta alimentaria (anorexia) debido a su vinculación a factores de riesgo como la exposición recreativa al sol, elección de maternidad tardía (cáncer de mama), ideales culturales de delgadez, entre otras. Siendo la razón principal la adopción de patrones de comportamiento y exposición ligados al estilo de vida y a los ideales estéticos de estas clases.

La desigualdad en salud según clase social no es un fenómeno natural ni inevitable. Es una consecuencia directa y políticamente evitable de decisiones que perpetúan la inequidad en la distribución de recursos, poder y oportunidades. El nivel de salud de una sociedad es, en última instancia, un reflejo de sus prioridades políticas y éticas. Como señaló el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, "la salud es una elección política". Reducir la brecha entre clases exige, por tanto, elecciones políticas valientes que prioricen la justicia social sobre el interés económico, y que comprendan que la salud es un pilar fundamental del bienestar colectivo y no un privilegio de mercado.

La salud de una población depende poco de los servicios clínicos; lo fundamental es la inversión en educación (especialmente la formal de las mujeres) y en políticas de vivienda, trabajo, justicia y redistribución de la riqueza. Esta ampliación de la mirada reconoce que las condiciones de vida no

dependen exclusivamente de decisiones individuales, sino que están determinadas por factores sociales, culturales, económicos o medioambientales. Entre los elementos a tener en cuenta para comprender la relación entre salud de una población y sistema socioclasista:

- **Determinantes de la Salud:** La salud es el resultado de múltiples determinantes, siendo básicos la dotación genética y los recursos ambientales.

Los determinantes del estado de salud de la población han estado sometidos a las contingencias históricas de la especie humana, abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud.

Marc Lalonde, ministro de sanidad canadiense, en el documento *Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses* (1974), enunció un modelo que ha tenido gran influencia en los últimos años y que establece que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores³:

1. **El Medio Ambiente:** que incluye factores que afectan al entorno del hombre y que influyen decisivamente en su salud, son los relativos no sólo al ambiente natural, sino también y muy especialmente al entorno social.
2. **Los estilos y hábitos de vida:** en el que se consideran los comportamientos y hábitos de vida que condicionan negativamente la salud. Estas conductas se forman por decisiones personales y por influencias de nuestro entorno y grupo social.
3. **El sistema sanitario:** entendiendo como tal al conjunto de centros, recursos humanos, medios económicos, materiales y tecnologías, etc., condicionado por variables como la accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos, así como la buena praxis y cobertura, entre otros.
4. **La biología humana:** se refiere a la carga genética y los factores hereditarios, adquieren gran relevancia a partir de los avances en ingeniería genética logrados en los últimos años que abren otras posibilidades y que en su aspecto positivo podrán prevenir enfermedades genéticamente conocidas, pero que plantean interrogantes en el terreno de la bioética y las potenciales desigualdades en salud dados los costos que estas prácticas requieren.

- **Papel del Estado:** Los poderes públicos tienen responsabilidad en la protección, promoción, prevención y atención de la salud.

La relación entre clase social y salud es intrínsecamente política. No se trata de una conexión casual, sino del resultado directo de decisiones políticas que distribuyen poder y recursos, estructuran las oportunidades de vida y, en última instancia, determinan quién goza de salud y quién enferma. La clase social actúa como un filtro a través del cual las políticas afectan a la vida de las personas.

La ideología política de los gobiernos, que se puede simplificar en un mayor énfasis en lo público o en el mercado, tiene un impacto medible en los sistemas de salud y en los resultados de la población. Actualmente, la relación entre clase y salud está marcada por tendencias políticas globales que profundizan las desigualdades donde tienen un rol decisivo:

Mercantilización y Austeridad: En las últimas décadas, un régimen de austeridad ha llevado al recorte de fondos públicos para salud, al aumento de la participación privada con fines de lucro y a la erosión de los salarios y condiciones del personal sanitario.

Privatización vs. Derecho: Existe una tensión fundamental entre entender la salud como una mercancía (accesible según capacidad de pago) o como un derecho que exige un sistema público y universal. La Atención Primaria de Salud (APS), definida como una asistencia esencial puesta al alcance de todos, se presenta como un modelo alternativo a la mercantilización.

La Pandemia como Revelador: La COVID-19 puso en evidencia la falta crónica de inversión en sistemas de salud pública y la insostenibilidad de modelos basados únicamente en el lucro, que priorizan costos a corto plazo sobre la preparación para crisis.

Ante este panorama, se han propuesto marcos de acción política para combatir las desigualdades de clase en salud.

"Salud en Todas las Políticas" (HiAP): Esta estrategia reconoce que las decisiones que más influyen en la salud se toman fuera del sector sanitario. Propone actuar sobre los determinantes sociales en ámbitos como educación, empleo, urbanismo y vivienda para generar equidad.

Rediseño de Mensajes de Salud Pública: Para incentivar comportamientos saludables en poblaciones con alto riesgo percibido, se sugiere enfatizar beneficios a corto plazo (ej: piel más saludable en semanas) en lugar de solo los de largo plazo (ej: vivir más años).

La Democracia como Base: Aunque no es suficiente por sí sola, la democracia es fundamental para la salud, al ser el sistema que permite solventar conflictos sobre la distribución de recursos de manera menos mala. Los datos empíricos muestran una asociación positiva entre democracia y salud.

- **Marco Ético:** Las desigualdades en salud se consideran aquellas diferencias que son innecesarias, evitables e injustas, incorporando una dimensión moral.

Para diseñar políticas efectivas contra las desigualdades en salud, es esencial comprender su raíz: son diferencias injustas y evitables entre grupos sociales, donde los colectivos desfavorecidos tienen peores resultados de salud. Las políticas más efectivas son aquellas que actúan sobre las causas estructurales y no solo sobre los síntomas, a modo de sugerencia se pueden seguir varios enfoques, a menudo complementarios:

Enfoque Universal con Proporcionalidad: Son políticas para toda la población, pero que asignan más recursos e intensidad a los grupos y territorios con mayores desventajas. Ejemplo: una política pública de promoción de la alimentación saludable que incluye programas específicos en escuelas de barrios con menor acceso a alimentos frescos.

Enfoque de Protección Social: Incluye políticas como los ingresos mínimos vitales, subsidios de vivienda o calefacción, y pensiones no contributivas. Estas medidas buscan garantizar un piso material básico que proteja la salud. Por ejemplo, el acceso a una vivienda con calefacción adecuada previene enfermedades respiratorias y reduce el estrés.

Intersectorialidad: Es clave reconocer que la salud se crea fuera del sector sanitario. Una política efectiva requiere la colaboración entre ministerios (Sanidad, Vivienda, Educación, Trabajo) y otros actores. Por ejemplo, un programa para reducir la obesidad infantil requiere acciones coordinadas en educación física escolar, regulación de publicidad de alimentos y acceso a parques seguros.

El papel crucial de la Atención Primaria de Salud (APS): Un sistema sanitario basado en una APS fuerte y accesible es una de las políticas más efectivas para promover la equidad. La APS puede actuar como detectora precoz de necesidades sociales (inseguridad alimentaria, pobreza energética).

Desarrollar programas comunitarios específicos para su población.

Derivar y coordinar con servicios sociales, cumpliendo una función de puente entre sectores.

Reducir las desigualdades en salud es posible, pero requiere voluntad política y abordajes integrales. Como señala la evidencia, los países con tradiciones políticas que priorizan un estado del bienestar fuerte suelen mostrar menores desigualdades en salud. Las políticas más exitosas son las que combinan un enfoque universalista (que beneficia a toda la sociedad) con medidas proporcionales y específicas para los grupos en mayor desventaja, actuando simultáneamente sobre lo estructural (empleo, vivienda, ingresos) y sobre el sistema sanitario para que sea un instrumento de equidad.

Conclusiones

La evidencia es contundente, la clase social es uno de los predictores más potentes del estado de salud y la esperanza de vida de una persona. Comprender esta relación requiere ir más allá de la biología individual y analizar cómo las estructuras sociales desiguales se "incorporean" material y psicológicamente, generando patrones de enfermedad diferenciados.

Para avanzar hacia la equidad en salud, es necesario implementar políticas que ataquen las causas estructurales: garantizar un ingreso digno, vivienda segura, educación de calidad universal y sistemas de salud verdaderamente accesibles. Como sugieren los estudios, intervenciones que fortalezcan la

capacidad de agencia y autogestión de la salud en los grupos más desfavorecidos también pueden ser un camino efectivo para mitigar estas desigualdades.

Referencias bibliográficas

1. Engels, F., La situación de la clase obrera en Inglaterra, Ed. Ciencias Sociales, La Habana, 1974, Pág. 206
2. Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud y la transformación social. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 31(Suppl 1), 13–27.
3. Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. Journal of Epidemiology & Community Health, 55(10), 693–700.
4. Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales, 19(3), 7–25.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health.
6. Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). Social determinants of health: The solid facts (2nd ed.). World Health Organization.
7. Rojas Soriano, Raul. - “Sociología Médica”. (material fotocopiado).
8. Laurell, A. C.- “Procesos laborales y patrones de desgaste”. (Material fotocopiado)
9. Ramos Domínguez, B. N., Aldreguía Henríquez, J.- “Higiene Social y Organización de la Salud Pública”. Edit. Pueblo y Educación. La Habana, 1987.
10. V. I. Lenin, Art. Una gran iniciativa. En: Obras Escogidas en 3ts, t 3, p. 232. Lecciones de Filosofía Marxista Leninista. Tomo 2. p. 252.
11. Colectivo de Autores. - “Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad”. Edit. De Ciencias Médicas. La Habana, 2000.
12. Colectivo de Autores. - “Filosofía y Ciencias de la Salud”. Edit. Pueblo y Educación. La Habana, 1991.
13. Rojas SR. Sociología Médica. Editado en por Plaza y Valdés. México 1999 p- 31-32
14. Marx, C. y Engels, F. (1998). Obras Escogidas. Moscú: Editorial Progreso.