



DESNU TRICIÓN:

UNA DISCUSIÓN DESDE LA
HISTORIA Y LA ATENCIÓN
PRIMARIA EN SALUD, PARA LA
CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS
SOCIALES

POR: ¹MANRIQUE CORREDOR, Edwar Javier / ²SALAZAR JIMÉNEZ, Juan Gabriel

¹Médico cirujano, Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria, Docente de la Escuela de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Investigador del Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá-Uptc.

E-mail: emanrique85@gmail.com

²Psicólogo, Magíster en Derechos Humanos, Docente de la Fundación Universitaria Juan de Castellanos, Líder del Grupo de Investigación Niñez y Juventud-JDC.

E-mail: jugasaji@gmail.com

Recibido: 01 de julio de 2014.

Aceptado para publicación: 22 de septiembre de 2014.

Tipo: Revisión

FOTO: www.npr.org



MALNUTRITION: A DISCUSSION FROM HISTORY AND PRIMARY HEALTH CARE FOR THE CONSTRUCTION OF SOCIAL POLICY

RESUMEN

Introducción: el bienestar de una sociedad depende de las adecuadas políticas sociales, que permitan disminuir las inequidades sociales, siendo fundamental la buena alimentación y nutrición de sus habitantes. Resultados y Discusión: la actual crisis alimentaria y de pobreza que atraviesa el mundo, invita a la construcción de estrategias de diagnóstico, intervención y seguimiento, fundamentado en bases científicas, con la participación del sector público, privado y la sociedad civil. Metodología: investigación descriptiva e histórica-hermeneútica. Conclusiones: el estudio de los determinantes sociales de la salud, son fundamentales para la construcción de políticas sociales, que se deben estructurar teniendo en cuenta los antecedentes históricos y el contexto sociopolítico actual, para comprender mejor los procesos de salud-enfermedad de una población.

Palabras clave: desnutrición, política social, salud.

ABSTRACT

Introduction: the welfare of a society depends on appropriate social policies, which allow to decrease social inequalities, and essential good nutrition of its people. Outcomes and Discussion: the current food crisis and poverty facing the world, invites to the building of diagnosis strategies, intervention and monitoring, based on scientific and involving the public, private and civil society. Methodology: descriptive and historical-hermeneutic. Conclusions: the study of the social determinants of health, are essential for building social policies, which should be structured taking into account the historical background and the current socio-political context, to understand better the processes of health and disease in a population

Keywords: health, malnutrión, public policy

INTRODUCCIÓN

Una de las grandes preocupaciones que tiene el ser humano en su vida diaria es el logro de su bienestar, inicialmente físico y mental, es un objetivo que tiene una responsabilidad individual pero también es un logro de la colectividad en la que convive y de su integración con otras sociedades que comprenden la vida y su desarrollo; este puede ser el punto crucial para mantener una calidad de vida adecuada de las personas, que involucre relaciones de poder justas, intercambio económico y cultural equitativo, respeto hacia el otro y la comprensión de las diferencias, al respecto, el premio nobel de la paz Albert Schweitzer, consideraba que:

La idea del respeto a la vida propone una solución realista de las verdaderas relaciones del hombre y del universo. Del universo, el hombre solo sabe que todo lo que existe y lo rodea es una manifestación de la voluntad de vida, semejante a la suya. Su propia relación con el universo es a la vez pasiva y activa. Soporta por un lado la existencia, está sometido al flujo de los acontecimientos, por otra parte es capaz a su vez de preservar y crear, de dañar y de destruir las vidas que lo rodean (Schweitzer, 1962).

En estas relaciones, los individuos desarrollan toda su potencialidad humana de acuerdo con la capacidad creadora de las sociedades, viéndose afectado el progreso y bienestar de una sociedad por la salud y el desarrollo de quienes la conforman, por esta razón, uno de sus determinantes del cual depende este bienestar es la alimentación y adecuada nutrición de sus habitantes, siendo un elemento fundamental del capital humano de las comunidades .

A principios del siglo XX, Emile Durkheim, citado por Jiménez *et al.* (2010), afirmaba que el comportamiento alimentario, constituye un hecho social con variados significados socioculturales, determinadas por las costumbres familiares, las celebraciones, las fiestas populares, las religiones, los tabúes, la publicidad, el clima, las actitudes hospitalarias, entre otros, concluyendo que los principales determinantes estaban dados por el nivel socioeconómico de las familias.

Es una realidad que las diferencias socioeconómicas desde hace mucho tiempo, marcan las pautas de desarrollo de una sociedad, y que dependen de la gestión de entidades públicas y privadas y de la sociedad civil el permitir que este desarrollo se pueda dar, ya que la participación de estos tres sectores sin exclusión es fundamental para que en una sociedad las relaciones de orden social, político, económico y cultural puedan dar cabida al bienestar de todos y todas. En la actualidad existen grandes inequidades que en muchas regiones del mundo no permiten esta armonía para mejorar las condiciones de vida de las personas y cada día la pobreza alcanza a más sectores poblacionales en los que aumenta el hambre y la injusticia social. La responsabilidad que tienen los ciudadanos frente a su salud es en definitiva un determinante del progreso social, en la cual las responsabilidad de los profesionales de la salud, las políticas sociales, el estado, las familias y la sociedad civil, es fundamental para el logro de



sociedades más equitativas, solidarias, éticas y estéticas.

El siguiente artículo de reflexión derivada de la investigación, pondrá al alcance de los lectores académicos y no académicos, cuestionamientos que permitan reflexionar sobre la dirección actual de las políticas públicas en salud y nutrición para el país, permitiendo el debate interdisciplinario y la generación de propuestas en todos los ámbitos institucionales y comunitarios donde se plantee la discusión.

METODOLOGÍA

La investigación realizada es de tipo descriptiva y reflexiva, a partir de la revisión de documentos, que hacen referencia al desarrollo de la medicina social en el siglo XVIII en Europa y la Atención Primaria en Salud en 1978, como estrategia mundial promulgada por la Organización Mundial de la Salud; también se realiza una búsqueda de documentos que explican la racionalidad en la construcción de políticas sociales con énfasis en la pobreza y el hambre, en contextos de países no industrializados como Colombia.



RESULTADOS

Políticas sociales: un enfoque desde la salud y la medicina social

Una dificultad que afecta a América Latina y el Caribe, es la importación de modelos en salud, economía y urbanización, entre otros, sin tener en cuenta las necesidades y problemáticas de cada uno de estos países, que también tienen grandes diferencias en su dinámica interna, cometiéndose graves perjuicios para las sociedades en las que estos proyectos han sido aplicados. La falta de realización de políticas sociales que estén de acuerdo con cada realidad concreta ha conllevado el poco avance de las dificultades en la transformación de la salud; estas políticas deben estar sustentadas en proyectos de investigación científica, teniendo claro un inicio y un fin, que posibiliten el debido seguimiento de su desarrollo para poder corregir los errores cometidos y potenciar las fortalezas¹. (Ortiz *et al.*, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), al definir, la salud no solo como ausencia de enfermedad, sino

como el bienestar físico, mental, cultural, económico y social de un individuo y sociedad, posibilita una transformación real de la forma de ver el bienestar y calidad de vida de las personas, ya que permite que la sociedad civil se haga participe de los procesos de salud-enfermedad, identificando las falencias y haciendo las propuestas para que sean ellas mismas las gestoras de sus soluciones, de acuerdo con las necesidades de cada comunidad.

En este sentido, la salud debe concebirse desde la búsqueda del mejoramiento de las condiciones sociales de vida de las personas, concepto que en muchos países no se comprende, ya que sus estructuras políticas y económicas consideran que la inversión social es un gasto no productivo, prefiriendo enfrentarse a las enfermedades, que de forma inmediata tienen costos más altos, y es de menor eficacia; los gastos que se realicen en políticas sociales, educativas y sanitarias deben ser vistos como inversión, ya que a futuro tendrá un capital humano valioso para el desarrollo de la sociedad y no solamente un individuo capaz de obedecer sin crítica ni proposición; las inversiones en estos campos son fundamentales para la competitividad económica, la cohesión social y el bienestar ciudadano.

La medicina social es un propuesta como modelo de intervención desde la política social, teniendo en cuenta que como disciplina hace énfasis en la explicación del proceso salud enfermedad como un problema basado en los procesos injustos que han consolidado una estructura social totalmente inequitativa desde el siglo XIX a la actualidad, propone que la medicina debe realizarse en su relación con la totalidad social y cada una de las instancias que la integran consiste en una estructura económica, compuesta de fuerzas productivas y relaciones de producción, y una superestructura que comprende una instancia jurídico-política y una ideológica (García *et al.*, 1994). Al respecto en 1940 José María Bengoa, citado por González (2005), médico venezolano afirmaba que “Los médicos luchamos contra la enfermedad y la muerte. Pero eso no basta. La salud de los pueblos no puede rehacerse con medidas terapéuticas, ni aun con la profilaxis que nace de nuestros laboratorios. Hay que ir más lejos. Hay que crear la ciencia social, estudiar la sociedad, sus hábitos y sus costumbres, las leyes, los códigos, los salarios, la moral, etc.; estudiar todo lo que esté relacionado con la vida del hombre”. En 1968 Jean Claude Polack, citado por García *et al.*, (1994), sostenía que la medicina estaría determinada por lo social, y esta cambiaría su discurso y su práctica dependiendo de la instancia, que en un determinado momento sea predominante en esa totalidad.

Políticas sociales, determinantes sociales en salud y Atención Primaria en Salud

Al hablar de bienestar social, se encamina a un sentir humano que día a día, lucha por lograr vivir con dignidad, buena alimentación, vivienda, empleo y educación, estos serían los determinantes sociales de la salud² más importantes y básicos para que una persona pueda desempeñarse a diario con toda su creatividad, crítica y proposición para lograr el

desarrollo de nuestras sociedades. En 1858, Edward Headlam Greenhow, en su informe al Consejo Parlamentario de Salud Pública en Londres declaraba:

Hay muchas otras causas de enfermedad a las que hasta ahora se les ha prestado muy poca atención. Alimentación insuficiente e inadecuada, hábitos sedentarios, ausencia de estímulos físicos y mentales como los que ofrece el cambio de panorama, y especialmente una vista de la campiña, el cansancio que produce el carácter monótono de muchas ocupaciones, al igual que las preocupaciones y las ansiedades de la vida, son causas que ayudan a inflar el catálogo de enfermedades y aumentar el registro de muertes en las grandes ciudades (Rosen, 1985).

Henry Sigerist, uno de los historiadores de la medicina más influyentes del siglo XX promulgaba:

En cualquier sociedad dada, la incidencia de la enfermedad está determinada mayormente por factores económicos. Una baja calidad de vida, falta de comida, ropa y combustible, malas condiciones de vivienda y otros síntomas de pobreza han sido siempre las mayores causas de enfermedad (Berlinguer. 2007).

Posterior a la segunda Guerra Mundial en 1945, William Henry Beveridge presenta el plan para el Welfare State o Estado de Bienestar, en el que propendía por un trabajo arduo para lograr el derecho pleno a la vida, la salud y la seguridad de todos los ciudadanos de la cuna a la tumba, y todo esto sin preferencias o distinciones en la clase social, la riqueza, el género ni la educación (Berlinguer. 2007)

Con la conferencia de Alma Atta en 1978, se promueve el mejoramiento de las condiciones de vida de los más vulnerables frente a la pobreza, el hambre, y la discriminación de género, declarando y reafirmando principios como el de participación y democratización de la salud, integrándose a esta la educación, no con una función de transmitir o imponer recomendaciones médicas, sino que adquiere un concepto de investigación, para la creación de conocimientos y metodologías que fomenten el autoaprendizaje y el abordaje de la comunidad sobre las situaciones y prácticas que afectan su bienestar (Costa, 1996; Perdomo, 1994).

Los determinantes sociales de la salud, indican que se deben introducir elementos éticos en el análisis de las causas de las enfermedades y su distribución entre los individuos y comunidades; lo que se pretende es buscar la etiología social de la patologías, ya que estas no solo tienen un origen biológico; la comprensión de la multicausalidad, junto a los acontecimientos sociales e históricos, permite explicar el proceso de salud-enfermedad en el contexto en el que se origina, de aquí que interactúen diversos factores socio-políticos, en el origen de la inequidad en la distribución del bienestar y la enfermedad (Martínez, 2009; Puyol, 2012).

Diagnóstico general de la desnutrición en el mundo y Colombia

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación

y la Agricultura (FAO), en el informe sobre el estado de inseguridad alimentaria en el mundo (FAO, FIDA & PMA, 2012), estimó que en el periodo del 2010 al 2012 el número de personas con desnutrición crónica era de 870 millones, de estas 852 millones viven en países en desarrollo, es decir el 97,9 % de los que padecen hambre en el mundo . Demostrándose las grandes inequidades que existen respecto a la justicia social y el reducido impacto que han tenido las políticas en nutrición, ya que si se compara con los 1000 millones de personas subnutridas en 1990, solo se tuvo una reducción del 13,2 % del hambre, muy lejos de la cifra planteada en los objetivos del milenio de las Naciones Unidas para el año 2015 de reducir el hambre a la mitad; agregándose el hecho que actualmente 100 millones de niños menores de cinco años se encuentran por debajo del peso normal, y que anualmente mueren 2.5 millones de infantes a causa de la desnutrición, aminorando el potencial humano para el desarrollo socioeconómico y humano principalmente de los países en desarrollo (FAO, FIDA & PMA, 2012).

Para Latinoamérica los retos siguen siendo grandes, en el 2009 la pobreza llegaba al 33% de la población, con un 12,9% de personas que viven en la pobreza extrema, esto es 180 millones de seres humanos pobres y 71 millones que se encuentra en estado de indigencia, siendo la mayoría de estas personas las que se localizan en áreas rurales, en comparación con las urbanas, aunque en esta última por los proceso de migración desde el área rural a causa de la violencia y la falta de inversión en la agricultura, (Jiménez *et al*, 2010).

En Colombia para el año 2010, las personas en la línea de pobreza alcanzaba la cifra del 45,5 %, y en la línea de la indigencia del 16,4 % del total de la población (DANE, 2010), demostrándose la escases y falta de efectividad de políticas públicas y sociales adecuadas para enfrentar la inequidad social que es una de las más altas del mundo, aumentando la morbi-mortalidad por causas prevenibles, como la desnutrición aguda y crónica y por enfermedades sociales históricas como la violencia urbana y rural, que dejan consigo además de muertes y secuelas físicas, un impacto negativo sobre la salud mental de los colombianos (Manrique, 2011).

Se puede considerar que una grave crisis humanitaria persiste por décadas en Colombia, y que en la actualidad la desnutrición en niños menores de cinco años, hace parte de la cotidianidad, con 500.000 infantes al año que padecen hambre de forma crónica (Ramírez, 2019) y que se relaciona no con la escasez sino con la limitación en el acceso y disponibilidad de alimentos, teniendo como causa principal los bajos ingresos económicos de más del 50% de la población colombiana, trayendo como consecuencia que no se alcancen a cubrir las necesidades básicas de energía y nutrientes (Ortiz *et. al.*, 2006), lo cual se ve reflejado en los altos índices de inseguridad alimentaria de las familias del país, con el 42,7 %, incrementándose esta cifra al 57.5 % en el área rural³ (Fonseca *et al.*, 2011).

DISCUSIÓN

Actualmente existen diferentes tendencias en salud, y este





concepto es concebido de acuerdo con la cultura de cada comunidad, a pesar de los intentos por homogenizarla, y de la aplicación por los gobiernos de estrategias que no toman en cuenta estas diferencias y que pretenden desvirtuar por medio del asistencialismo y la falsa creencia de dar salud solo a partir de la curación de la enfermedad, con políticas sociales construidas y aplicadas sin tener en cuenta lo público, excluyendo a la sociedad civil de la transformación de su propia realidad (Jiménez *et al.*, 2010).

En Latinoamérica, desde la década de los ochenta y con mayor fuerza en los noventa, la desnutrición deja de ser vista de forma integral, y no se considera como una situación de carencia frente a derechos fundamentales como vivienda, empleo, alimentación, salud y educación, y empieza a observarse solo como la deficiencia de nutrientes, situación influenciada por el mayor endeudamiento público y en consecuencia la implementación de programas y paliativos contra la pobreza, como la entrega de alimentos y suplementos alimenticios, sin pensar en mejorar a largo plazo la situación social de las poblaciones, y que es interpretado como una postergación voluntaria a las reformas agrícolas necesarias, de los que concentran la economía y política de la región⁴ (Santarsiero, 2012).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) describe la desnutrición como una emergencia silenciosa, que altera las condiciones de salud principalmente de la niñez,

afectando su sistema inmunológico y su desarrollo físico y mental, disminuye su capacidad de aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevas personas y nuevos entornos, (Calvo & Aguirre, 2005). Una necesidad para enfrentar esta situación es la participación de la sociedad civil, ya que las políticas sociales se consideran a partir de las mutuas interrelaciones entre el estado y la sociedad, es decir, de las relaciones bidireccionales de poder, influencia y negociación entre los actores que interviene en la construcción y aplicación de políticas, desde las áreas estatales hasta las organizaciones y movimientos que se generan en las comunidades (Garcés, 2006). Es necesario que se implementen estrategias de participación ciudadana, para la planificación, implementación y evaluación de proyectos con bases científicas, que vayan encaminados a mejorar su calidad de vida, favoreciendo al mismo tiempo una gestión horizontal y democrática (Uhart, 007).

CONCLUSIONES

La alimentación y la nutrición son fundamentales para el desarrollo individual y social, se deben realizar esfuerzos más grandes para lograr disminuir la pobreza y el hambre que en este momento afecta a las poblaciones más vulnerables, principalmente a la mujer y la primera infancia

que disminuye su potencial físico y cognoscitivo, a causa de la desnutrición en sus primeros cinco años de vida, etapa fundamental, para la estimulación y desarrollo neurológico y emocional.

Para la construcción de políticas sociales se debe tener en cuenta que estas no son producto de un reducido grupo de personas, que consideran qué es lo mejor, sino que nace de la educación y participación de la población civil, en conjunto con las instituciones públicas y privadas, para la realización de estrategias de diagnóstico, intervención y seguimiento, de los verdaderos problemas que afectan la salud y el bienestar social de una determinada población.

El estudio de los determinantes sociales de la salud, son fundamentales para la construcción de políticas sociales, que se deben estructurar teniendo en cuenta los antecedentes históricos y el contexto sociopolítico actual, para comprender mejor los procesos de salud-enfermedad de una población y reducir las inequidades sociales, para que no exista ningún tipo de exclusión y se pueda lograr un Estado de Bienestar, que este estructurado desde los principios que articula la Atención primaria en Salud de distribución equitativa de

recursos, participación comunitaria, tecnología apropiada, cooperación entre los diferentes sectores y énfasis en la prevención sin excluir los cuidados curativos, incorporando la promoción y la educación sanitaria sobre cómo controlar y prevenir los problemas de salud más habituales, para el reconocimiento de que disfrutar del grado máximo de salud constituye un derecho humano fundamental; el reconocimiento de la salud como componente central del desarrollo humano sostenible.

¹La investigación como base para desarrollar de forma adecuada las políticas públicas y sociales, será trascendental, ya que mejorará y evaluará la relevancia de las propuestas, su precisión y efectividad; lograr esta interacción entre académicos y políticos y destinar más recursos para la investigación, permitirá que el conocimiento pueda ser de todos y aplicado de forma adecuada para cada una de las comunidades en las que se vaya a llevar a cabo acciones de orden social y político (Bernal, 2008).

²Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas por cada uno de los estados (OMS, 2013a).

³Golbert indica que cuando los distintos gobiernos implementan medidas destinadas a brindar asistencia alimentaria no lo hacen en virtud del cumplimiento de una ley determinada sino, en todo caso, de un genérico principio constitucional y, fundamentalmente, como un acto solidario con una población carenciada (Santarsiero, 2012).

⁴En los últimos años el resurgimiento de la crítica frente a los procesos que se llevan a nivel nacional e internacional y que afectan el bienestar de las poblaciones, ha generado una creciente conciencia y capacidad de reacción ante las injusticias y riesgos colectivos, y que en un reporte del New York Times con gran impacto sobre la conciencia social dice: "Un nuevo súper-poder ha aparecido en escena: la opinión pública" (Berlinguer, 2007).

BIBLIOGRAFÍA

- Ayala, D., Cadena, E., Fonseca, Z., & Sánchez, F. (2010). Mapas de la Situación Nutricional en los Municipios de Colombia (1 ed.). Bogotá: Da Vinci.
- Behman, J. R., & Deolalikar, A. B. (1990). The intrahousehold demand for nutrients in rural south India: Individual estimates, fixed effects, and permanent income. *Journal of human resources*, 25(4), 665-696.
- Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1), 0-0. doi:10.1590/S0864-34662007000100003
- Bernal, J. (2008). Investigación en alimentación y nutrición para la toma de acciones en la política pública en Venezuela. En *Anales Venezolanos de Nutrición* (Vol. 21, pp. 91-100). Recuperado de <http://anales.fundacionbengoa.org/ediciones/2008/2/art5.pdf>
- Calvo, E. B., & Aguirre, P. (2005). Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable. *Archivos argentinos de pediatría*, 103(1), 77-90.
- Castells, A. (2001). La descentralización de las políticas sociales en el estado del bienestar. España: Institut d'Economia de Barcelona.
- Costa, M. (1996). Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Pirámide. Madrid.
- DANE. (2010). Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística-Departamento Nacional de Planeación.
- FAO. (1998). Rural women and food security: Current situation and perspectives. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
- FAO, FIDA Y PMA. (2012). El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2012. El crecimiento económico es necesario pero no suficiente para acelerar la reducción del hambre y la malnutrición. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
- Fonseca, Z., Heredia, A. P., Ocampo, P. R., Forero, Y., Sarmiento, O. L., Álvarez, M., ... Rodríguez, M. (2011). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (1 ed.). Bogotá: Da Vinci.
- Garcés, L. E. (2006). Espacio Público y Políticas Sociales para la niñez y adolescencia. *Perspectivas*, 17, 67-74.
- García, J., Nunes, E. D., Franco, S., & Rodríguez, M. I. (1994). Pensamiento social en salud en América Latina (1a ed.). México: Nueva editorial interamericana.
- García, O. D. (2012). El trabajo social ante la crisis económica. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, (12), 239-244.
- González R, M. J. (2005). Políticas de salud en Venezuela: Ni lo urgente, ni lo importante. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 18(1), 39-44.
- Jiménez, D., Rodríguez, A., & Jiménez, R. (2010). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutrición Hospitalaria*, 25, 18-25.
- Manrique, E. J. (2011). Pobreza, desnutrición y reformas de salud en Colombia. *SHS*, 6(1).
- Mardones-Restat, F. (2003). Políticas de alimentación y nutrición, en los planes de salud en Chile. *Revista chilena de nutrición*, 30, 195-197.
- Martínez Pérez, M. (2009). Determinantes sociales de salud como herramienta para una mejor intervención de enfermería. *Revista Médica Electrónica*, 31(6), 1-7.
- Müller, O., & Krawinkel, M. (2005). Malnutrition and health in developing countries. *Canadian Medical Association Journal*, 173(3), 279-286.
- Olano, E. U. (2013). Transformación del Estado de bienestar e inversión social. *Revista de investigaciones políticas y sociológicas*, 12(1), 157-174.
- OMS. (2013a). Determinantes sociales de la salud. WHO. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS. (2013b). Objetivos de desarrollo del milenio. Recuperado de http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/
- OMS-UNICEF. (1978). Informe de la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz-Moncada, R., Ruíz-Cantero, M. T., & Álvarez-Dardet, C. (2006). Nutritional policy and its framework in Colombia. *Revista de Salud Pública*, 8(1), 1-13.
- Perdomo, G. (1994). La Investigación-Acción-Participante como estrategia para la capacitación y evaluación en educación sanitaria. *Cad. Saúde Públ*, 10(3), 331-338.
- Puyol, Á. (2012). Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista Sanitaria*, 26(2), 178-181.
- Ramírez, H. (2009). ¿Quién responde por la desnutrición infantil en Colombia? Cuadernillos culturales.
- Rivera, M. (2007). La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1), 1-13.
- Rosen, G. (1985). De la policía médica a la medicina social (1a ed.). M: Siglo XXI editores.
- Santarsiero, L. H. (2012). Las políticas sociales en el caso de la satisfacción de necesidades alimentarias: Algunos elementos conceptuales para su determinación. *Trabajo y sociedad*, (18), 159-176.
- Schweitzer, A. (1962). Mi vida y mi pensamiento (2a ed.). Argentina: Librería Hachette.
- Uharte Pozas, L. M. (2007). Política de salud y democracia social. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 13(3), 69-86.