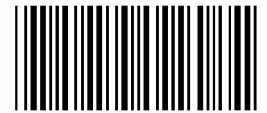




FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

GMD

Facultad Cs. Médicas
Biblioteca



TF

2895

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
LICENCIATURA EN FONOAUDIOLOGÍA
ROSARIO – ARGENTINA

**Determinantes Sociales de la Salud y Fonoaudiología:
Convergencias, tensiones y vinculaciones desde una mirada crítica**

Autora:

Damiani, Daniela Fernanda

Tutoras:

Lic. Bertone, Julia - Lic. Campra, María Carolina

Trabajo presentado en la Escuela de Fonoaudiología
para la obtención del Título de Licenciado en Fonoaudiología

Rosario, diciembre de 2025

Ensayo presentado por: Damiani, Daniela Fernanda

Con la supervisión de:

Lic. en Fga. Bertone, Julia

Lic. en Fga. Campa, Maria Carolina

Aprobado por:

.....

.....

.....

.....

En Rosario a losdías del mes..... del año 2025.

Legajo D-1184/3

*Un hombre del pueblo de Neguá, en la costa de Colombia, pudo subir al alto cielo.
A la vuelta, contó. Dijo que había contemplado, desde allá arriba, la vida humana.*

Y dijo que somos un mar de fueguitos.

—El mundo es eso —reveló—. Un montón de gente, un mar de fueguitos.

Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco, que llena el aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca, se enciende.

EDUARDO GALEANO, EL LIBRO DE LOS ABRAZOS.

1. Agradecimientos

A la Facultad de Ciencias Médicas de Universidad Nacional de Rosario por su generosidad y dedicación para formarme y a la Escuela de Fonoaudiología por abrirme las puertas a ésta aventura que es la educación y salud pública.

A mis tutoras: Julia Bertone y María Carolina Campra por la predisposición a acompañarme en este último paso de ésta carrera que amo y sigo eligiendo a diario.
A mis abuelos que cuidaron de mí desde un aspecto espiritual para poder sostener todo el aprendizaje en este camino físico; de quienes aprendí la convicción y fortaleza ante los obstáculos y la valentía de sortear las adversidades desde una perspectiva humanizada.

A mi familia de sangre y a mi familia del corazón que son las personas que elijo para compartir la vida.

2. Título

Determinantes Sociales de la Salud y Fonoaudiología: Convergencias, Tensiones y vinculaciones desde una mirada crítica.

3. Resumen

Este ensayo analiza críticamente la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la Fonoaudiología, explorando sus convergencias, tensiones y vinculaciones. Se examinan dos enfoques principales: el modelo técnico-distributivo de la OMS, que busca gestionar las inequidades dentro del sistema sanitario existente, y la perspectiva crítica de la Medicina Social latinoamericana, que concibe la salud como un proceso socialmente determinado por estructuras económicas y políticas que generan desigualdad.

La Fonoaudiología, tradicionalmente anclada en un paradigma clínico-biomédico, enfrenta el desafío de incorporar estos marcos para no reproducir las lógicas que originan las inequidades. Se propone una práctica profesional transformadora que redefina su objeto de estudio, trascienda el consultorio y adopte estrategias comunitarias, interdisciplinarias y territoriales. Según lo planteado por Méndez (2025), esto implica un giro epistemológico y ético hacia una fonoaudiología comunitaria que priorice la escucha activa, la despatologización de la diferencia y la co-construcción de saberes con las comunidades.

La tesina concluye que integrar los DSS no es una mera actualización técnica, sino un posicionamiento político que exige habitar la tensión entre la gestión inmediata de los problemas de comunicación y la transformación de sus causas estructurales, avanzando hacia una práctica más equitativa y comprometida con la justicia social.

4. Palabras claves

Determinantes Sociales de la Salud – Fonoaudiología - Equidad en salud - Praxis profesional

5. Índice

1.	Agradecimientos.....	4
2.	Título.....	5
3.	Resumen.....	5
4.	Palabras claves	5
5.	Índice.....	6
6.	Referente teórico	8
6.1	Determinación social de la salud.....	8
6.1.1	De la mirada biologicista a la social: Una perspectiva histórica	8
6.1.2	La definición clásica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su enfoque técnico-distributivo.....	8
6.1.3	La radicalización del concepto: De los "Determinantes Sociales" a la "Determinación Social"	9
6.1.4	Los aportes de Castellanos: Las "condiciones de vida" y los niveles de determinación	9
6.2	Enfoques críticos latinoamericanos: la ruptura epistemológica	10
6.2.1	La Medicina Social/Salud Colectiva como proyecto político-intelectual	10
6.2.2	La crítica estructural de López Arellano et al.: El capitalismo neoliberal como determinante fundamental	11
6.2.3	La Epidemiología Crítica de Breilh: Procesos, metabolismo sociedad-naturaleza y perfil epidemiológico	11
6.2.4	La triple inequidad: Interseccionalidad de clase, género y etnia.....	12
6.3	El derecho a la salud en tensión: garantías estatales, luchas sociales y desigualdades	12
6.3.1	El derecho a la salud en el marco legal internacional y nacional	12
6.3.2	La mirada de la OMS y la Comisión de DSS: Recomendaciones de política global	13
6.3.3	La tensión Estado-Mercado: La perspectiva de Montenegro y Herrmann sobre políticas restrictivas y prácticas innovadoras	13
6.3.4	Las desigualdades en salud como injusticias sociales evitables.....	14

6.4	ESTRATEGIAS SANITARIAS PARA ABORDAR LA DETERMINACIÓN SOCIAL: DE LA TEORÍA A LA PRAXIS	14
6.4.1	La Atención Primaria de la Salud (APS) integral como filosofía de trabajo	14
6.4.2	La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad	14
6.4.3	El trabajo en el territorio: Dispositivos innovadores y el rol de los equipos de salud	15
6.4.4	Hacia un nuevo modelo civilizatorio: Las "4 S" de Breilh.....	15
6.5	Fonoaudiología y trabajo interdisciplinario	16
7	Problematización.....	19
8	Justificación.....	20
9	Objetivos	21
10	Desarrollo.....	22
10.1	Convergencias Fundamentales: Un Piso Compartido de Crítica a la Biomedicina	22
10.2	Tensiones y Divergencias Epistemológicas: Reforma vs. Transformación	22
10.3	El Enfoque Técnico-Distributivo (OMS) y su Crítica.....	23
10.4	La Determinación Social de la Salud: Una Crítica Radical	23
10.5	La Bisagra Práctica: Castellanos y Herrmann	23
10.6	Vinculaciones con la Fonoaudiología: Hacia una Práctica Crítica y Contextualizada.....	24
10.7	Redefiniendo el Objeto de Estudio e Intervención.....	24
10.8	La Praxis Fonoaudiológica en el Territorio de las Desigualdades	24
10.9	La Tensión Práctica: Gestión vs. Transformación	25
10.10	Escuchar como acto político y ético.....	25
10.11	Voces polifónicas y territorio como espacio de saber	26
10.12	Hacia una fonoaudiología despatologizante y comunitaria.....	26
11	Análisis, discusión y conclusiones finales	27
12	Consideraciones éticas	29
13	Bibliografía	30
14	Anexo	32
	Se presenta el gráfico de "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)" por el autor: Jaime Breilh. ..	32
	Se presenta el gráfico por el autor Pedro Luis Castellanos, sobre el concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de Salud.	33

6. Referente teórico

6.1 Determinación social de la salud

6.1.1 De la mirada biologicista a la social: Una perspectiva histórica

El concepto de salud ha transitado un largo camino desde una concepción biologicista, centrada en la ausencia de enfermedad y en agentes patógenos específicos, hacia una comprensión socialmente determinada. Los inicios de esta transición se remontan al siglo XIX, donde figuras como Rudolf Virchow sentaron las bases al afirmar que "la medicina es ciencia social, y la política no es otra cosa que medicina en gran escala" (Virchow, citado en Montenegro & Herrmann, 2019, p.4). Este pensamiento reconocía tempranamente que los fenómenos de salud y enfermedad no podían dissociarse del contexto social, económico y político en el que vivían las personas. A lo largo del siglo XX, esta perspectiva fue ganando terreno, aunque frecuentemente marginalizada por el paradigma biomédico hegemónico.

6.1.2 La definición clásica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su enfoque técnico-distributivo

Un hito fundamental en esta evolución fue la definición de salud propuesta por la Constitución de la OMS (1946), que la conceptualizó como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p 1). Esta definición, pionera en su integralidad, allanó el camino para que, décadas después, la misma organización, consolidara el marco de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y los definiera como las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (OMS, 2011). Este enfoque, que podríamos caracterizar como técnico-distributivo, se centra en cómo la distribución desigual del poder, los ingresos y los recursos generan un acceso desigual a la educación, la vivienda, la atención sanitaria, etc. La OMS (2011) argumenta que la causa más poderosa reside en los determinantes sociales antes mencionados. Desde esta perspectiva, las soluciones pasan por políticas públicas universales y recomendaciones de buena gobernanza para mejorar la distribución de los recursos, como la Atención Primaria de la Salud (APS) integral y la protección social.

6.1.3 La radicalización del concepto: De los "Determinantes Sociales" a la "Determinación Social"

Frente a este enfoque, la corriente latinoamericana de Salud Colectiva y Medicina Social propuso una radicalización del concepto. Jaime Breilh (2013) introduce una distinción crucial entre determinantes sociales y determinación social de la salud. Mientras el primero puede entenderse como un conjunto de factores que influyen en la salud, el segundo alude a un proceso dialéctico y complejo mediante el cual la organización social, en su conjunto, produce y moldea los patrones de salud-enfermedad. Breilh (2013) postula que la salud y la enfermedad son “momentos diferenciados del proceso vital humano, en constante cambio y expresión en la corporeidad humana del modo específico de apropiación de la naturaleza, bajo una determinada forma de relaciones y organización social”. (p. 15)

Esta perspectiva supera la visión estática de los factores para adentrarse en el análisis de los **procesos sociales** —económicos, políticos y culturales— que, de manera inherente, generan inequidad. Para Breilh (2013) los fenómenos como la pobreza, no son simples factores de riesgo, sino resultados históricos de la explotación laboral, el colonialismo y la exclusión sistemática.

6.1.4 Los aportes de Castellanos: Las "condiciones de vida" y los niveles de determinación

Pedro Luis Castellanos (1990) aporta una herramienta analítica fundamental al vincular la salud directamente con las condiciones de vida, entendidas como un conjunto complejo de dimensiones biológicas, ecológicas, económicas y culturales que interactúan en la vida cotidiana. Los procesos biológicos, se refieren a las características y dinámicas inherentes a la población, como los patrones de natalidad, crecimiento y envejecimiento, así como los aspectos genéticos e inmunológicos que influyen en la salud del grupo social. Los procesos ecológicos, abarcan la relación de la población con su entorno físico inmediato, incluyendo la calidad de la vivienda y el barrio, el acceso a agua potable, los sistemas de eliminación de residuos y el grado de hacinamiento urbano. En cuanto a los procesos de conciencia y conducta, comprenden los factores socioculturales que moldean a la comunidad, como el nivel educativo, las costumbres, los valores, las normas sociales y la capacidad de organización colectiva. Y por último, describe los procesos económicos,

que se centran en la participación de las personas en la economía, determinada por su acceso al empleo, las características de sus puestos de trabajo y su capacidad para consumir bienes y servicios. (Castellanos, 1992)

Castellanos (1990) propone tres niveles de determinación y análisis:

- **Lo general:** Corresponde a la sociedad global, sus leyes económicas, su estructura política y su modelo cultural.
- **Lo particular:** Se refiere a los grupos sociales específicos (definidos por clase, género, etnia) y sus condiciones objetivas de existencia.
- **Lo singular:** Es el ámbito del individuo, su biografía y su estilo de vida.

La potencia de este marco reside en que "el espacio de lo general incluye el de lo particular y este el de lo singular (Castellanos, 1990, p 5). Entre ellos existe una relación de determinación (de lo general a lo singular) y una relación de condicionamiento (de lo singular a lo general). Esta distinción es vital para la práctica sanitaria, pues: "todo actor en salud está llamado por los hechos a dar respuestas en lo singular aun cuando tenga capacidad de identificar y explicar problemas a nivel general." (Castellanos, 1990, p 5). Abordar los problemas en el espacio de lo particular, por ejemplo, permite identificar las acumulaciones específicas que producen el perfil de salud de cada grupo y diseñar acciones factibles para modificarlas, potenciando así el pensamiento preventivo y de promoción de la salud.

6.2 Enfoques críticos latinoamericanos: la ruptura epistemológica

6.2.1 La Medicina Social/Salud Colectiva como proyecto político-intelectual

La Medicina Social y la Salud Colectiva latinoamericanas emergieron en la década de 1970, no solo como una corriente académica, sino como un proyecto político-intelectual comprometido con la transformación de las condiciones de vida de las poblaciones. Desde sus inicios, esta corriente reconoció dos grandes objetos de estudio: "1) la distribución y los determinantes de la salud/enfermedad y 2) las interpretaciones, los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte" (López Arellano et al., 2008, p 323). Esta corriente se propuso entender la salud-enfermedad bajo un modo específico de

organización social, abriendo la discusión en torno a la causalidad y la determinación, en oposición a las visiones biomédicas que individualizan los fenómenos y naturalizan lo social.

6.2.2 La crítica estructural de López Arellano et al.: El capitalismo neoliberal como determinante fundamental

López Arellano, Escudero y Carmona (2008) realizan una de las críticas más frontales al enfoque de la OMS. Desde una perspectiva anclada en el materialismo histórico, argumentan que los DSS no son meras condiciones distributivas, sino productos estructurales del modo de producción capitalista neoliberal, que genera y naturaliza la inequidad como parte de su funcionamiento. Los autores critican a la OMS por omitir en su análisis a actores clave como las corporaciones transnacionales y las instituciones financieras internacionales (FMI, Banco Mundial) que moldean las políticas económicas que a su vez determinan la salud. Señalan que al “reducir los DSS a un problema de gerencia o gobernanza, se despolitiza el debate y se elude la necesidad de transformar las relaciones de poder” (López Arellano et al., 2008, p 16). Para ellos, la verdadera acción sobre los DSS no puede surgir de recomendaciones técnicas, sino que debe emerger de las luchas sociales por derechos concretos como el agua, la tierra y un sistema de salud público y universal. Esta postura representa una ruptura epistemológica al situar el conflicto y las relaciones de poder en el centro del análisis de la salud.

6.2.3 La Epidemiología Crítica de Breilh: Procesos, metabolismo sociedad-naturaleza y perfil epidemiológico

Jaime Breilh (2013) desarrolla la Epidemiología Crítica como una herramienta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública. Su propuesta se basa en categorías centrales como la determinación social de la salud, la reproducción social y el metabolismo sociedad-naturaleza. Esta última categoría es crucial, ya que vincula la salud humana con la explotación y destrucción ambiental, entendiendo que el modo de producción capitalista altera de manera patógena los ciclos naturales. Para dar cuenta de la complejidad de la producción y distribución de la salud, Breilh (2013) propone la categoría de perfil epidemiológico, que sintetiza dos ejes: la dimensión general, particular y singular, y la antítesis entre procesos saludables (protectores) y procesos malsanos (deteriorantes). El carácter crítico de esta propuesta se fundamenta en que: “la epidemiología crítica no puede

ser otra cosa que radicalmente emancipadora”. (Breilh, 2013, p. 14) Su objetivo último no es solo describir las desigualdades, sino develar los mecanismos sociales que las producen para contribuir a una praxis transformadora y anticapitalista.

6.2.4 La triple inequidad: Interseccionalidad de clase, género y etnia

Si bien el análisis de clase social ha sido central en la determinación social, la epidemiología crítica latinoamericana enriqueció su marco teórico incorporando una perspectiva interseccional. Breilh (2013) y otros autores introdujeron la matriz de triple inequidad en la determinación de la salud, considerando las opresiones simultáneas de clase, género y etnia. Esto permite un análisis más preciso de cómo se superponen y potencian diferentes formas de opresión social para producir perfiles epidemiológicos específicos en grupos subalternos. Esta ampliación evita reduccionismos de clase y permite comprender la complejidad de las experiencias de vulnerabilidad y la configuración de las desigualdades en salud, reconociendo que la determinación social opera a través de múltiples ejes de poder que se entrelazan.

6.3 El derecho a la salud en tensión: garantías estatales, luchas sociales y desigualdades

6.3.1 El derecho a la salud en el marco legal internacional y nacional

El derecho a la salud está consagrado como un derecho humano fundamental en la Constitución Nacional Argentina (1994). Se considera un derecho social y una responsabilidad estatal, que implica la obligación del Estado de respetar, proteger y cumplir este derecho. Se debe garantizar el acceso a servicios de salud oportunos, aceptables y asequibles, y fortalecer los factores que determinan socialmente la salud.

Para materializar el derecho a la salud, Rovere (2006) plantea la importancia de la Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia fundamental, especialmente en contextos de diversidad y desigualdad. Señala que: “la atención primaria de la salud es fundamental para que el derecho a la salud se concrete, y es indispensable que los diferentes actores involucrados tengan acceso a participar de las estrategias de promoción y prevención” (p. 46). Esto resalta la importancia de construir sistemas de salud flexibles, participativos y

territorialmente contextualizados, que respondan a las realidades sociales y culturales de las comunidades.

6.3.2 La mirada de la OMS y la Comisión de DSS: Recomendaciones de política global

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (OMS - Comisión Determinantes Sociales Salud, 2005 - 2008) reconoce que la realización del derecho a la salud está lejos de ser una realidad universal debido a las profundas inequidades. De acuerdo con la Comisión, las inequidades en salud no constituyen un fenómeno de orden natural, sino que derivan de la confluencia de políticas sociales inadecuadas, estructuras económicas desiguales y deficiencias en la gestión pública (OMS - Comisión Determinantes Sociales Salud, 2005 - 2008). Desde esta perspectiva, el camino para realizar el derecho a la salud pasa por implementar un conjunto de recomendaciones de política global, como garantizar la equidad desde el comienzo de la vida, entornos salubres, empleo digno, protección social universal y sistemas de salud universales. Se trata de una visión que busca reformar y fortalecer las instituciones existentes para lograr una distribución más justa de los recursos para la salud.

6.3.3 La tensión Estado-Mercado: La perspectiva de Montenegro y Herrmann sobre políticas restrictivas y prácticas innovadoras

Montenegro & Herrmann (2019) analizan esta tensión en el contexto concreto del trabajo en las instituciones de salud pública argentinas. Por un lado, subrayan la responsabilidad del Estado de "garantizar salud como derecho, mediante políticas redistributivas y sistemas sanitarios inclusivos" (Montenegro y Herrmann, 2019, p 15). Por otro lado, constatan una tensión inherente cuando el mismo Estado implementa políticas macroeconómicas que vulneran ese derecho. Ellos señalan que: "las políticas restrictivas (ej.: ajustes presupuestarios) profundizan desigualdades, pero los equipos de salud pueden mitigarlas con prácticas innovadoras (ej.: dispositivos territoriales)" (Montenegro & Herrmann, 2019, p. 17). Esta observación es crucial porque, sin eximir al Estado de su responsabilidad, reconoce la capacidad de los equipos de salud para generar, en la micropolítica de los servicios, prácticas de resistencia y cuidado que amortigüen el impacto de las políticas de ajuste.

6.3.4 Las desigualdades en salud como injusticias sociales evitables

La contracara del incumplimiento del derecho a la salud son las desigualdades en salud, conceptualizadas como diferencias injustas, innecesarias y evitables. Para Montenegro y Herrmann (2019), trabajar con la perspectiva de los determinantes sociales implica necesariamente un posicionamiento ético y político:

Reconocer que las diferencias en la salud-enfermedad son de carácter social debe hacernos revisar la ética de la propia práctica. Si aceptamos esto, debemos aceptar también que tales diferencias, por no ser naturales, son injustas, y es ahí donde nuestra práctica cobra no solo un sentido técnico, sino también un sentido político. (Montenegro & Herrmann, 2019, p. 6).

Estas desigualdades, medibles a través de indicadores epidemiológicos, son la evidencia empírica de la inequidad y, por tratarse de una injusticia, son factibles de ser reparadas mediante una acción política que enfrente sus causas estructurales.

6.4 Estrategias sanitarias para abordar la determinación social: de la teoría a la praxis

6.4.1 La Atención Primaria de la Salud (APS) integral como filosofía de trabajo

La estrategia de APS, consagrada en la Declaración de Alma-Ata (1978), resurge como una respuesta fundamental para abordar los DSS. Según el documento base, la APS se presentó como el primer nivel de contacto del sistema de salud y, simultáneamente, como una filosofía del trabajo sanitario integrada al desarrollo social y económico de la comunidad.

En este sentido, de acuerdo a lo planteado por Ferrandini (2017), el trabajo en Atención Primaria de la Salud es entendido como una estrategia para la constitución de sujetos capaces de luchar contra las condiciones que limitan la vida, lo que significa en primera instancia recuperar la capacidad de soñar y comprometerse con el cambio.

6.4.2 La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

La APS como estrategia integral se basa en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En este sentido, Sasic (2023) establece una distinción fundamental al

señalar que “en términos generales la promoción está dada por las acciones orientadas a optimizar los aspectos positivos de la salud, para mejorarla o mantenerla. Las acciones se realizan en ausencia de enfermedad o riesgo. La prevención se realiza en presencia de amenazas que atenten contra la salud y puedan producir, potencialmente, dificultades y/o trastornos” (p. 6). Esta diferenciación es crucial, ya que, como destaca la Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986), la promoción de la salud trasciende el ámbito sanitario para incidir en los determinantes del bienestar, como "la paz, la vivienda, la educación, los alimentos, los ingresos, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad" (p. 1). En este sentido la autora refiere que “la promoción de la salud no concierne, exclusivamente, al sector sanitario” (Sosic, 2023 p. 6), lo que implica que su operatividad depende de una acción coordinada intersectorial. Así, tanto la promoción como la prevención, desde la mirada de Sosic, demandan un abordaje articulado que priorice la construcción de entornos saludables y la capacidad de las comunidades para gestionar su salud.

6.4.3 El trabajo en el territorio: Dispositivos innovadores y el rol de los equipos de salud

Montenegro y Herrmann (2019) destacan la importancia del trabajo en el territorio y el primer nivel de atención, donde los determinantes sociales de la salud se tornan más evidentes. Frente a la complejidad de las situaciones sociosanitarias, los equipos de salud deben construir "herramientas y dispositivos para alojar y acompañar desde lo público las situaciones que limitan la vida de las poblaciones vulnerabilizadas" (p 2). Esta práctica en el territorio es una forma concreta de materializar la APS y de mitigar, desde la acción local, el impacto de las políticas restrictivas. Implica una revisión crítica de la práctica institucional para identificar y disminuir las desigualdades que los propios servicios de salud pueden generar en el acceso y la calidad de la atención.

6.4.4 Hacia un nuevo modelo civilizatorio: Las "4 S" de Breilh

Para la epidemiología crítica, las estrategias anteriores, aunque necesarias, son insuficientes si no se enmarcan en un proyecto de transformación social más amplio. Breilh

(2013) propone que el horizonte de la praxis emancipadora debe ser la construcción de un nuevo modelo civilizatorio basado en las "4 S":

- **Sustentabilidad:** Romper con el metabolismo depredador sociedad-naturaleza.
- **Soberanía:** Control social sobre los recursos y procesos que determinan la salud.
- **Solidaridad:** Construcción de relaciones sociales basadas en la cooperación y no en la competencia.
- **Salud/Bioseguridad:** Una salud profunda que sea pilar de la nueva sociedad.

Desde este punto de vista, no solo se busca reformar los servicios de salud, sino transformar las bases mismas del sistema que produce enfermedad, integrando la salud humana con la justicia social y ambiental en un proyecto civilizatorio alternativo y saludable.

6.5 Fonoaudiología y trabajo interdisciplinario

La Fonoaudiología, como disciplina inserta en el campo de la salud, no es ajena a la influencia de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Se sugiere la necesidad de problematizar su quehacer desde esta perspectiva. No obstante, partiendo de los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS) y la perspectiva de los DSS, se puede fundamentar su rol en un marco interdisciplinario. El trabajo en territorios con poblaciones vulnerabilizadas exige que el/la fonoaudiólogo/a participe en equipos interdisciplinarios que aborden no sólo las alteraciones de la comunicación, sino también las condiciones de vida que las determinan. Como se mencionó en el apartado anterior, Montenegro y Herrmann (2019) destacan que en el primer nivel de atención y en el territorio, los equipos de salud se enfrentan a una complejidad sociosanitaria que requiere la construcción de dispositivos para acompañar situaciones complejas de salud en poblaciones vulnerabilizadas. Para la Fonoaudiología, esto implica “revisar críticamente su espacio de práctica, para identificar y medir las desigualdades que cotidianamente las instituciones de salud producen, y generar los cambios necesarios para disminuirlas, ya sea en la cobertura, el acceso o el proceso de atención-cuidado”. (Montenegro & Herrmann, 2019, p. 8)

Desde una perspectiva de fonoaudiología comunitaria, esta revisión significa un giro epistemológico y ético. Como señala Méndez (2025), “la fonoaudiología comunitaria

trasciende el modelo técnico-asistencial para posicionarse como una práctica social, ética y política” (p. 36). Este posicionamiento exige abandonar la lógica del déficit y asumir una ética del cuidado, donde la escucha activa se convierte en herramienta de transformación (Méndez, 2025, p. 42).

Siguiendo esta línea, la Fonoaudiología Comunitaria representa un pilar fundamental en la reorientación del quehacer profesional hacia un modelo de salud colectivo y con base en la Atención Primaria. En este sentido, Jasinski (2021) plantea la necesidad de un posicionamiento dinámico que priorice la prevención y la promoción de la salud por sobre el mero asistencialismo, requiriendo del/a profesional un conocimiento profundo del territorio y sus particularidades. La autora destaca que: “si logramos, con nuestras prácticas, generar y fortalecer vínculos que legitimen logros en el ámbito comunitario, podremos arribar a un abordaje más eficiente en términos de calidad y cantidad de personas a las que se hace extensivo” (Jasinski, 2021, p. 37). Este proceso busca empoderar a las poblaciones para que puedan reconocer y construir sus propios parámetros de una comunicación saludable.

La integración de la Fonoaudiología en equipos interdisciplinarios, bajo el paradigma de la APS y con una conciencia crítica de los DSS, le permite trascender el enfoque clínico-rehabilitador tradicional para contribuir a una práctica sanitaria más equitativa y transformadora. En este sentido, la formación profesional con enfoque ético y social propone que “el profesional deja de ser un técnico que interviene y se convierte en un agente de articulación, capaz de construir puentes entre saberes, instituciones y territorios” (Méndez et al., 2025, p. 96). Esto implica trabajar desde una pedagogía del vínculo, donde la universidad se vincula con el territorio desde la humildad y el reconocimiento mutuo de saberes (Méndez et al., 2025, p. 94).

Además, la fonoaudiología comunitaria enfatiza “la importancia de las metodologías participativas como la etnografía, el mapeo colectivo y la Investigación-Acción Participativa (IAP) como herramientas éticas y políticas para construir conocimiento junto con las comunidades” (Méndez et al., 2025, p. 81). Estas metodologías permiten “visualizar redes, recursos y necesidades desde la mirada de quienes habitan el territorio” (p. 84), lo que resulta fundamental para diseñar intervenciones contextualizadas y co-construidas.

Para finalizar, una fonoaudiología comprometida con la justicia comunicativa y la equidad en salud debe, como señalan Méndez (2025), “abandonar el cientificismo normativo, cuestionar la idea de objetividad, descentrar el conocimiento occidental y reconocer que hay otros mundos posibles” (p. 71). Solo así podrá cumplir con su rol social y político en el marco de los DSS y la APS.

7 Problematicación

La Fonoaudiología, tradicionalmente anclada en un modelo clínico-biomédico y antropocéntrico, enfrenta el desafío de responder a las complejas realidades de salud comunicativa en contextos marcados por la desigualdad social. Si bien los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) han sido ampliamente reconocidos como estructurantes de las inequidades en salud, su incorporación en la práctica fonoaudiológica sigue siendo incipiente y, en muchos casos, superficial. Existe una tensión fundamental entre los enfoques que comprenden los DSS como factores distribuibles y gestionables dentro del sistema sanitario vigente (como el modelo técnico-distributivo de la OMS) y aquellas perspectivas críticas (como las de la Medicina Social latinoamericana y Jaime Breilh) que entienden los DSS como expresiones de un modo de producción capitalista que genera y naturaliza la inequidad. Esta divergencia teórica y política plantea un dilema práctico para la Fonoaudiología: ¿cómo intervenir sobre los trastornos de la comunicación humana sin reproducir las lógicas que generan las desigualdades que los determinan?

Esta disyuntiva se hace palpable en el territorio, donde el/la fonoaudiólogo/a se confronta con problemas de comunicación que tienen sus raíces en condiciones de vida precarias, falta de acceso a la educación, pobreza y exclusión. La disciplina se encuentra así en una encrucijada: continuar ejerciendo desde un paradigma rehabilitador que puede resultar insuficiente para abordar causas estructurales, o transitar hacia una práctica crítica, contextualizada y politizada que asuma los DSS como eje central de su quehacer. Esta tesina se propone problematizar esta tensión, explorando las convergencias, tensiones y vinculaciones posibles entre los marcos teóricos de los DSS y la práctica fonoaudiológica.

8 Justificación

Abordar críticamente la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Fonoaudiología constituye una acción ética, profesional y epistemológica para la disciplina.

Ética, porque permite reconocer que las desigualdades en la salud comunicativa no son naturales ni aleatorias, sino socialmente construidas y, por lo tanto, injustas y evitables. Ignorar esta dimensión implica una complicidad tácita con un sistema que produce enfermedad y exclusión.

Profesional, porque un enfoque que no considere los DSS resulta limitado y, en muchos casos, iatrogénico. La eficacia de las intervenciones fonoaudiológicas se ve profundamente afectada por las condiciones de vida de los sujetos. Una práctica contextualizada, que integre el análisis de los DSS, permite diseñar intervenciones más pertinentes, efectivas y equitativas, trascendiendo el modelo curativo para abrazar la promoción y la prevención desde una mirada colectiva.

Epistemológica, porque enriquece el campo de la Fonoaudiología, ampliando su objeto de estudio más allá del trastorno individual hacia la comprensión de los procesos sociales que determinan la salud comunicativa de las poblaciones. Integrar los aportes de la epidemiología crítica y la salud colectiva fortalece el aspecto científico de la disciplina, brindándole nuevos marcos teóricos para comprender la complejidad de su práctica en contextos reales.

Para la formación de grado, este trabajo justifica la necesidad de incluir estos contenidos en el plan de estudio con el fin de formar fonoaudiólogos/as no solo como técnicos/as competentes, sino como profesionales reflexivos, con conciencia social y capacidad para actuar como agentes de cambio en la construcción de un sistema de salud más justo.

9 Objetivos

Objetivo general:

Identificar convergencias, tensiones y vinculaciones desde una mirada crítica, entre los DDS y la Fonoaudiología.

Objetivos específicos:

1. Exponer los diferentes enfoques de los determinantes sociales de la salud.
2. Identificar y analizar las tensiones teóricas, epistemológicas y políticas entre los diferentes marcos conceptuales de los DSS y sus implicancias para la salud pública.
3. Examinar la vinculación de la Fonoaudiología con los Determinantes Sociales de la Salud.

10 Desarrollo

10.1 Convergencias Fundamentales: Un Piso Compartido de Crítica a la Biomedicina

A pesar de las profundas tensiones que serán analizadas, los distintos enfoques sobre los DSS comparten un piso común fundamental: la crítica al modelo biomédico hegemónico y el reconocimiento de que las inequidades en salud son injustas, evitables y requieren una respuesta política. Todos los autores coinciden en que la salud trasciende lo biológico individual. La OMS (2008) establece que las condiciones sociales, económicas y políticas en las que las personas viven son determinantes clave de la salud, lo que implica una ruptura con una visión puramente biologicista. Esta idea es profundizada por las perspectivas críticas, como la de Breilh (2013). Por su parte, Castellanos (1990) enfatiza que los problemas de salud deben ser definidos y explicados desde la perspectiva de un actor social, situándolos en dimensiones singulares, particulares y generales, lo que amplía el campo de análisis más allá de la clínica individual.

Una segunda convergencia es la valoración positiva de la Atención Primaria de la Salud (APS) y la participación comunitaria como estrategias centrales para avanzar hacia la equidad. En este punto, la OMS (2008) ve en la APS un mecanismo para abordar las causas sociales subyacentes de los desequilibrios en salud. Esta visión es recogida y ampliada por Herrmann y Montenegro (2019), quienes postulan que una red de servicios con cobertura universal y gratuita es la mejor estrategia para disminuir las desigualdades, no solo en la situación de salud, sino también en la *atención* de la salud.

10.2 Tensiones y Divergencias Epistemológicas: Reforma vs. Transformación

El campo de los DSS está atravesado por una tensión central que define posturas epistemológicas y políticas antagónicas: la que existe entre un enfoque que busca reformar el sistema desde dentro y otro que propone transformar el sistema en su raíz.

10.3 El Enfoque Técnico-Distributivo (OMS) y su Crítica

El modelo de la OMS (2008), si bien es importante para visibilizar las inequidades, es caracterizado por sus críticos como un enfoque "técnico-distributivo". López Arellano (2008) argumenta que este enfoque "aborda las inequidades desde un marco técnico-distributivo, sin cuestionar las estructuras económicas y políticas capitalistas que generan y perpetúan dichas desigualdades" (p. 324). La crítica radica en que, al centrarse en políticas de gobernanza, se despolitiza el debate y se omite el papel de actores clave como las corporaciones transnacionales y las instituciones financieras internacionales en la producción de la enfermedad.

10.4 La Determinación Social de la Salud: Una Crítica Radical

Frente a esto, la epidemiología crítica, representada por Breilh (2013), propone el concepto de determinación social de la salud. Este no se limita a identificar factores aislados, sino que analiza los procesos sociales que los generan. Para Breilh (2013), la epidemiología crítica debe ser "radicalmente emancipadora" (p. 18), vinculada a las luchas de los pueblos por superar un "régimen social centrado en la acumulación de la riqueza" (p. 17). Mientras la OMS habla de "mejorar las condiciones de vida", Breilh habla de la necesidad de un "nuevo modelo civilizatorio saludable" (p. 25), situando la discusión en un plano de conflicto y transformación estructural.

10.5 Un punto intermedio: Castellanos y Herrmann

En un punto intermedio, pero con una clara inclinación hacia la acción estatal, se sitúan los aportes de Castellanos y Herrmann (1990) que vinculan la salud directamente con las condiciones de vida y enfatiza el rol del Estado como garante de la equidad mediante políticas públicas y esto permite estudiar conceptos en el nivel particular, donde los equipos de salud tienen mayor incidencia. Herrmann y Montenegro (2019) sintetizan esta idea entre teoría y práctica, proporcionando un modelo analítico concreto para que los equipos de salud identifiquen y actúen sobre las desigualdades que el propio sistema sanitario genera, distinguiendo entre desigualdades en la situación de salud y en la atención (p. 7). Esta distinción es fundamental para la Fonoaudiología, como se verá a continuación.

10.6 Vinculaciones con la Fonoaudiología: Hacia una Práctica Crítica y Contextualizada

La integración de este marco teórico en tensión posee implicancias profundas para la Fonoaudiología, redefiniendo su objeto, su práctica y su ética profesional.

10.7 Redefiniendo el Objeto de Estudio e Intervención

La Fonoaudiología no puede seguir comprendiendo los trastornos de la comunicación como entidades abstractas y descontextualizadas. Un niño con un retraso del lenguaje no es solo un caso clínico; es, potencialmente, la expresión singular de determinantes particulares (acceso a estimulación temprana, nivel educativo de los padres) y generales (políticas de inversión en primera infancia, distribución de la riqueza). Como señala la OMS (2008), las causas más poderosas de la mala salud residen en las condiciones sociales de vida y trabajo. Una práctica fonoaudiológica crítica debe, por tanto, "leer" el contexto social del sujeto, interrogándose por las condiciones que determinan su salud comunicativa.

10.8 La Praxis Fonoaudiológica en el Territorio de las Desigualdades

El modelo de Herrmann y Montenegro (2019) ofrecen una herramienta concreta para esta lectura. El/la fonoaudiólogo/a puede analizar su práctica a través de los tres ejes de desigualdad en la atención, y para expresarlo se podrían realizar las siguientes preguntas:

1. **Desigualdad en la cobertura:** ¿Existen servicios fonoaudiológicos públicos que cubran a toda la población? La concentración de profesionales en el sector privado es en sí misma un determinante de inequidad.
2. **Desigualdad en el acceso:** Una vez existente el servicio, ¿hay barreras geográficas, económicas (costo de traslados) o culturales (estigmatización) que impidan a las poblaciones vulnerables acceder a él?
3. **Desigualdad en el proceso de atención-cuidado:** Una vez en el consultorio, ¿la intervención es integral, continua y longitudinal, o se reduce a técnicas estandarizadas que no consideran la realidad social del sujeto?

Abordar estas desigualdades exige una práctica consciente. Para el trabajo en la APS, el/la fonoaudiólogo/a debe salir del consultorio, adoptar abordajes comunitarios y

territoriales (clubes, centros de jubilados, centros barriales, etc), desarrollar tecnologías blandas (escucha activa, acompañamiento, espacios para la comunicación y la educación para la salud) (Merhy, 2006) y trabajar en interdisciplina e intersectorialidad con otros/as profesionales de la salud y trabajadores/as de otras disciplinas (Montenegro & Herrmann, 2019).

10.9 La Tensión Práctica: Gestión vs. Transformación

Finalmente, la tensión teórica entre reformar/gestionar las modificaciones y transformación se materializa en la práctica cotidiana. Muchas veces, el/la fonoaudiólogo/a se debate entre la urgencia de gestionar el daño dentro de las instituciones existentes (aplicando el modelo de la OMS y Castellanos para mejorar el acceso y la calidad) y la necesidad ética de denunciar y transformar las estructuras que producen ese daño (asumiendo la postura de Breilh y Arellano). ¿Es posible, por ejemplo, implementar un dispositivo territorial para la estimulación del lenguaje en un barrio vulnerable (acción reformista) mientras se documenta y denuncia que la falta de saneamiento ambiental en ese mismo barrio es un determinante clave de las otitis a repetición que causan hipoacusias (acción transformadora)? La Fonoaudiología crítica no puede eludir esta disyuntiva y debe aprender a navegar en esta ambivalencia, construyendo una práctica que, sin abandonar la resolución de problemas inmediatos, no pierda de vista el horizonte de la justicia social.

10.10 Escuchar como acto político y ético

Mendez (2025) enfatiza que la escucha no es una técnica neutra, sino una práctica situada y política y plantea: “escuchar es dejar que el otro diga, sin que su decir sea inmediatamente traducido a nuestro lenguaje. Escuchar es resistirse a la apropiación del sentido” (Sztajnszrajber, 2013, citado en Mendez p. 51). Esto se vincula directamente con la tensión que señala entre un enfoque que gestiona la inequidad y uno que la cuestiona estructuralmente. La escucha situada exige que el/la fonoaudiólogo/a reconozca sus privilegios y abandone el rol de experto que patologiza o traduce las experiencias del otro a categorías clínicas. Esto es un acto de descolonización de la práctica fonoaudiológica.

10.11 Voces polifónicas y territorio como espacio de saber

Méndez (2025) propone un giro desde la narrativa simple (una sola voz, la del profesional) hacia la narrativa polifónica (múltiples voces en diálogo). La misma autora (Méndez, 2025) cita: “la narrativa polifónica es aquella en la que múltiples voces —de referentes comunitarios, estudiantes, personas acompañadas— entran en diálogo. No hay una sola verdad, sino muchas que se entrelazan, confrontan o complementan” (p. 21). Esto se relaciona con la necesidad de que la Fonoaudiología no solo intervenga en el territorio, sino que aprenda desde él, reconociendo los saberes comunitarios como legítimos. Se comprende por lo tanto al territorio, no como un espacio de prácticas profesionales, “sino un espacio de vida, memoria y resistencia” (Méndez, 2025, p. 37).

10.12 Hacia una fonoaudiología despatologizante y comunitaria

Existen dos aspectos resaltados por Méndez (2025) que son cruciales para trabajar en la intersección de género e identidad comunicativa y comunicación intercultural:

- **Despatologizar la diferencia:** abandonar términos como “trastorno” por “diversidad comunicativa” (Anexo, p. 151).
- **Acompañar sin corregir:** “No se trata de devolver la voz. Se trata de reconocer que nunca la perdieron” (Prólogo, p. 14).

Esto desafía el modelo clínico tradicional y se alinea con un enfoque crítico-emancipador que cuestiona las normas hegemónicas de comunicación.

11 Análisis, discusión y conclusiones finales

El análisis realizado evidencia que la incorporación del marco de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en Fonoaudiología no constituye una mera actualización de contenidos, sino un posicionamiento ético-político que tensiona al interior de la profesión. La disyuntiva entre un enfoque técnico-distributivo y uno crítico-emancipador trasciende lo teórico para materializarse en la cotidianidad de la práctica profesional, configurando un campo de tensiones que define el quehacer del fonoaudiólogo contemporáneo.

En el medio de este debate existe una tensión. Por un lado, el modelo propuesto por la (OMS - Comisión Determinantes Sociales Salud, 2005 - 2008) y complementado por Castellanos (1992) ofrece herramientas concretas para la acción inmediata dentro del sistema. Como señala Herrmann y Montenegro (2019), este enfoque permite operacionalizar la equidad actuando sobre las "desigualdades en la atención de la salud" (p. 7), mediante estrategias palpables como ampliar la cobertura de servicios, derribar barreras de acceso y diseñar intervenciones más integrales. Sin embargo, como advierten López Arellano et al. (2008), existe el riesgo de que esta práctica se limite a gestionar la inequidad sin cuestionar sus causas profundas, despolitizando el debate y omitiendo el análisis de las estructuras de poder que generan la desigualdad.

Por otro lado, la perspectiva de la determinación social de la salud (Breilh, 2013) provee la profundidad teórica necesaria para no perder de vista el horizonte de la justicia social. Esta mirada lleva a la Fonoaudiología a preguntarse no solo por el "cómo" intervenir, sino el "por qué" de las desigualdades, asumiendo un rol de denuncia y articulación con los movimientos sociales. No obstante, la traducción de esta postura radical en acciones concretas dentro de las estructuras institucionales existentes representa un gran desafío.

La perspectiva de los DSS encuentra un eco fundamental en la propuesta de una fonoaudiología comunitaria y polifónica (Méndez, 2025), donde la escucha deja de ser un acto técnico para convertirse en un gesto político de reconocimiento del otro. Frente al riesgo de solo gestionar la inequidad sin cuestionamiento de causas (López Arellano, 2008), la fonoaudiología crítica propone habitar el territorio no como intervencionista, sino como coaprendiz, participando activamente de la construcción de saberes (Méndez, 2025). Esta

mirada exige abandonar el modelo del déficit para adoptar una escucha situada, " resistirse a la apropiación del sentido" (p. 51) y reconocer que toda escucha está mediada por privilegios, formaciones y contextos específicos.

La tensión entre lo técnico-distributivo y lo crítico-emancipador se resuelve, en parte, mediante la adopción de metodologías participativas y narrativas polifónicas que visibilizan las voces históricamente silenciadas. Esto se materializa en el mapeo colectivo y la Investigación-Acción Participativa (IAP), que transforman al territorio de un "campo de prácticas" a un "espacio de vida, memoria y resistencia" (Méndez, 2025, p 37). "La verdadera transformación no ocurre cuando alguien aprende a hablar mejor, sino cuando el mundo aprende a escuchar mejor" (Méndez, 2025, p. 115). Esto implica una redefinición del rol del/la fonoaudiólogo/a: de corregir déficits a facilitar encuentros.

Frente a esta encrucijada, la Fonoaudiología está llamada a construir una praxis dialéctica que pueda sostener creativamente la tensión entre la reforma y la transformación. El trabajo de Herrmann y Montenegro (2019) demuestra que en contextos adversos existe un margen de acción para la transformación mediante la lucha contra las desigualdades en la atención. Esta acción, anclada en los postulados de la APS y el desarrollo de tecnologías blandas (Merhy, 2006) constituye en sí misma un acto político de resistencia, que se potencia cuando, desde una ética comunitaria, se acompaña sin corregir y se reconoce que no se trata de "devolver la voz", sino de que "nunca la perdieron" (Méndez, 2025, p. 14).

Las siguientes preguntas orientan este camino de construcción, ahora ampliadas desde esta perspectiva comunitaria:

- Para la evaluación e intervención: ¿Cómo puede la Fonoaudiología desarrollar metodologías que capturen no solo el déficit individual, sino el impacto de los determinantes sociales en la salud comunicativa comunitaria, utilizando herramientas como "el mapeo de potencias comunicativas" (Méndez 2025, p. 155) en lugar de protocolos estandarizados que patologicen la diferencia?
- Para la práctica profesional: En un contexto neoliberal, ¿qué estrategias concretas pueden emplear los/as profesionales de la fonoaudiología para resistir la medicalización

de problemas sociales y defender una práctica centrada en la justicia, basada en acuerdos éticos diseñados con la comunidad?

- Para la formación: ¿Cómo integrar estructuralmente la perspectiva de los DSS y la formación en escucha situada en el currículo para evitar que se convierta en un contenido más y logre formar profesionales con conciencia crítica, capaces de cuestionar sus propios marcos teóricos?
- Para la incidencia política: ¿Qué alianzas estratégicas son necesarias para que la Fonoaudiología trascienda el ámbito clínico tradicional y se constituya en actor político efectivo en la lucha por la equidad en salud, reconociendo, como señala el libro (Méndez, 2025), que “las lenguas son territorios y escuchar es un acto político” (p. 71).

En conclusión, la Fonoaudiología se encuentra ante la oportunidad de construir una práctica que sea, al mismo tiempo, técnicamente rigurosa para gestionar lo inmediato y políticamente audaz para transformar lo estructural. La respuesta no está en elegir un polo de la tensión, sino en habitar creativamente el espacio conflictivo que media entre ellos, forjando una identidad profesional humilde, pertinente y profundamente comprometida con la transformación social hacia la equidad en salud. Una fonoaudiología que, en palabras de Méndez (2025), “deja de ser una disciplina que corrige para convertirse en un oficio de encuentro, de justicia, de cuidado” (p. 102).

12 Consideraciones éticas

La elaboración de este ensayo se ha guiado por los principios éticos generales para trabajos académicos estipulados en las Normas APA 7ma edición, con un enfoque particular en la integridad académica y la responsabilidad social.

13 Bibliografía

- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). . Revista Facultad Nacional de Salud Pública, *31*(Supl. 1), S13–S27.
- Castellanos, P. L. (1990). Sobre el concepto de Salud Enfermedad. Descripción y Explicación de la situación de salud. Obtenido de <https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/castellanos.pdf>
- Castellanos, P. L. (1992). Perfiles de salud y condiciones de vida: Una propuesta operativa para el estudio de las inequidades en salud en América Latina. I Congreso Iberoamericano de Epidemiología. Granada: España.
- Constitución Argentina. (1994). artículo 42. Obtenido de <https://www.congreso.gob.ar/constitucionParte1Cap2.php>
- Escuela de Fonoaudiología FCM UNR. (2021). Fonoaudiología intervenciones y prácticas posibles. Rosario: Escuela de Fonoaudiología.
- Ferrandini, D. (2017). Capacita Salud. Plataforma de Gestión Académica. Obtenido de http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/03/Boletin-APS_03_2017-1.pdf
- Jacinski, C. (2021). Intervenciones fonoaudiológicas para el cuidado de la comunicación. En A. C. Isaías, & M. C. Campra. Escuela de Fonoaudiología - FCM.
- López Arellano, O. E. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Social Medicine (Medicina Social), *3*(4), 323–335. Obtenido de <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>
- Méndez, A. L. (2025). Fonoaudiología comunitaria: Saberes, vínculos y transformaciones polifónicas. . Editorial Brujas & Liber Books.
- Merhy, E. E. (2006). Salud. Cartografía del trabajo vivo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. República Argentina: Lugar Editorial S.A.
- Montenegro, D., & Herrmann, J. (2019). Academia.edu. Obtenido de Los determinantes y las desigualdades sociales de la salud:

https://www.academia.edu/45100082/Los_determinantes_y_las_desigualdades_sociales_de_la_salud_Posible_marco_para_revisar_las_barreras_de_acceso_a_los_servicios_de_salud_1

OMS - Comisión Determinantes Sociales Salud. (2005 - 2008). World Health Organization. Obtenido de <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity/commission-on-social-determinants-of-health>

OMS. (2011). Declaración Política sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro.

Organización Mundial de la Salud. (1986). Obtenido de <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-1986-sp.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

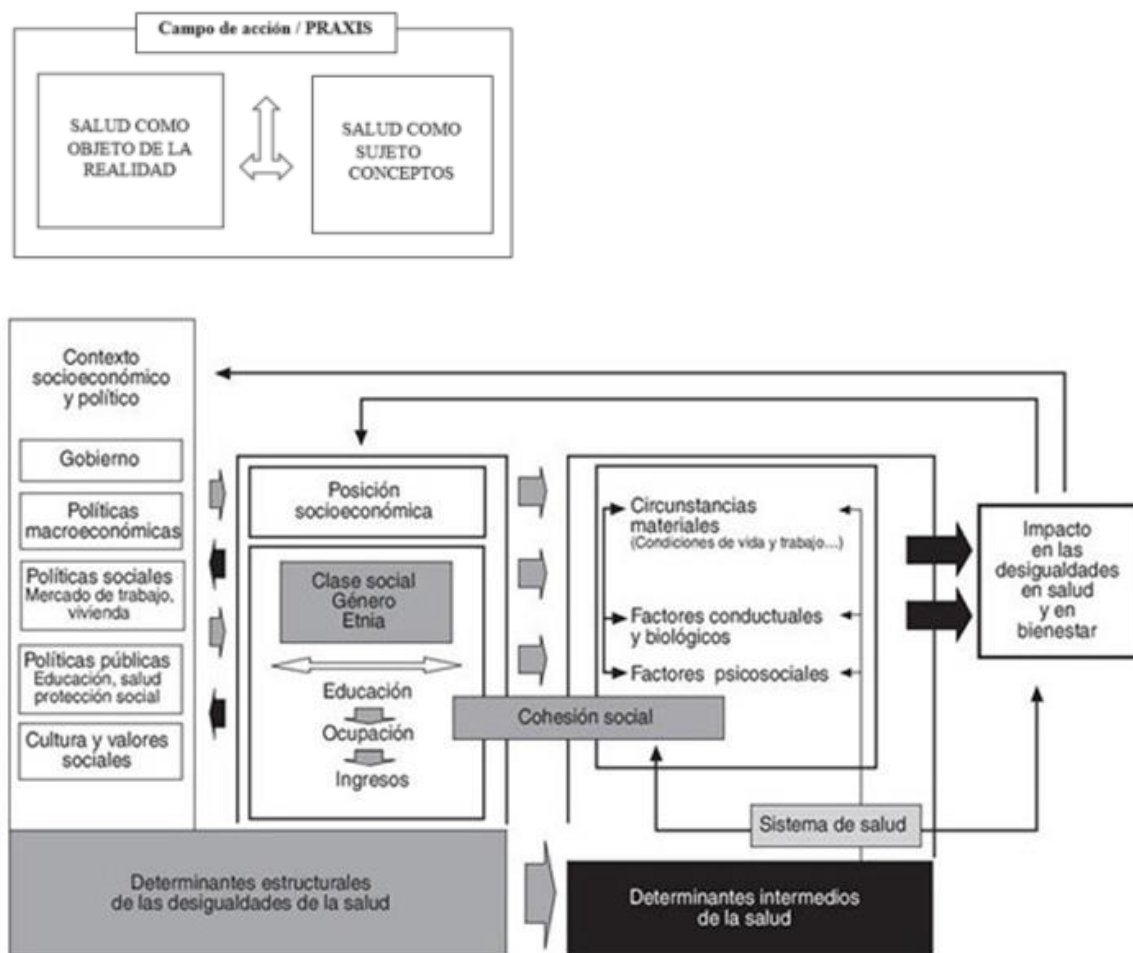
Organización Mundial de la Salud. (1978). Obtenido de <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Rovere, M. (2006). Redes en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. En Redes en salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad. Córdoba: El Ágora.

Sosic, Y. (2023). Promoción de la salud y la prevención de dificultades en la comunicación y el lenguaje. Abordajes desde la complejidad, más allá de la interdisciplina. En El lenguaje y las infancias. Una mirada desde la interdisciplina (pág. 344). Rosario: Laborde Editor.

14 Anexo

Se presenta el gráfico de "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)" por el autor: Jaime Breilh.



Se presenta el gráfico por el autor Pedro Luis Castellanos, sobre el concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de Salud.

