

NEW PERSPECTIVE ARTICLE

DOI: 10.15517/IJDS.2020.39097

Recibido:
22-VIII-2019

Aceptado:
17-IX-2019

Publicado en línea:
23-IX-2019

Bases teórico-conceptuales para el análisis de inequidades sociales en salud: una discusión

Theoretical Implications for the Analysis of Social Health Inequalities: A Discussion

RESUMEN: Las Inequidades Sociales en Salud (ISS) continúan representando un gran reto para la salud pública en los diferentes países del mundo. Por su parte, el estudio, análisis y generación de conocimiento en esta materia ha sido reconocida como prioritaria para la Organización Mundial de la Salud desde 1991. La investigación de las ISS debe basarse en fundamentos teóricos y conceptuales sólidos, pues son estos los que guiarán las decisiones metodológicas en términos de diseño de investigaciones, formulación de intervenciones y políticas públicas en salud. En Latinoamérica, los estudios realizados se han basado primordialmente en experiencias que se han llevado a cabo en países industrializados. Esto ha fomentado que el análisis de las ISS reproduzca posturas teóricas y metodologías, sin necesariamente presentar una perspectiva crítica de los posibles estratificadores sociales que aproximan de la mejor forma los determinantes sociales de la salud en los contextos particulares. Por esta razón, se expone que las aproximaciones teórico-metodológicas deben ajustarse a los contextos específicos de los países; que la estratificación social de la salud debe ser evaluada de forma prioritaria; que los determinantes de la salud individuales y estructurales deben ser considerados dentro de las mediciones; y que la justificación teórica de las decisiones metodológicas realizadas en los estudios y las medidas seleccionadas deben ser explícitas y responder a hipótesis concretas. Esto con el fin de proveer un análisis crítico y herramientas útiles tanto para la investigación como para la toma de decisiones en salud. Este estudio inicia con una síntesis de los principales antecedentes históricos que han permitido la evolución del concepto de ISS. Seguidamente, se presentan los principales conceptos subyacentes relativos a la definición de ISS (determinantes sociales, equidad, justicia, estratificación y gradiente social en salud) y cómo estos deben guiar las decisiones prácticas y metodológicas. Finalmente, se concluye con algunas recomendaciones para la generación de esta evidencia científica para Latinoamérica.

PALABRAS CLAVE: Inequidades sociales en salud, desigualdades sociales en salud, determinantes sociales de la salud, gradiente social en salud, Latinoamérica, equidad, justicia social.

ABSTRACT: Social health inequalities (or inequities) continue to represent a great challenge for public health research worldwide. Since 1991, the World Health Organization established that the study and analysis of health inequalities represented a priority for all countries. To better guide methodological and practical implications of health inequalities, research on this topic should present a solid theoretical model, able to impact future public health policies. Previous studies of health inequalities in Latin America are often inspired from abroad experiences, encouraging the reproduction of mainly European theoretical positions and methodologies. However, especially when it comes to this topic, it is known the important role of the social context and culture, playing an important role in promoting differences in health outcomes. From this perspective, to operationalize the different social determinants in health, a critical perspective and thoughtful analysis of the context is mandatory. In order to provide a critical analysis and useful tools for both research and health decision making, we recommend that the theoretical and methodological approaches used in social health inequalities research must be well adapted to the specific contexts; that health social stratification must be assessed as a priority; that individual and the wider health determinants must be well characterized; and that the theoretical justification of the methodological decisions made in the studies and the selected measures must be explicit and should answer specific hypotheses. This research provides a brief historical background, to share the basis for the conceptual evolution of social health inequalities; the main underlying concepts related to the definition of health inequalities (social determinants, equity, justice, stratification and social gradient in health); and some recommendations for the future perspectives of health inequalities research in Latin America.

KEYWORDS: Health inequalities, social inequities in health, social inequalities in health, social determinants of health, social gradient in health, Latin America, equity, social justice.

ANTECEDENTES

A pesar de haber sido descritas desde la antigüedad, es en el SXIX que inician los debates más concretos sobre la estratificación social de la salud. En 1829 en Francia, Villermé, mostró que los habitantes de los barrios parisinos más pobres presentaban una mayor mortalidad y probabilidad de enfermedad al compararlos con los habitantes de los barrios más ricos (1). En 1842 en Gran Bretaña, Chadwick defendió la relación entre las condiciones ambientales de insalubridad y el desarrollo de las epidemias. Sus resultados permitieron la toma de medidas de saneamiento y el nacimiento del higienismo (2). En 1848 en

Alemania, Virchow, informó sobre la relación entre las pobres condiciones sociales y la epidemia de tifus (3).

Aunque Virchow y Chadwick observaron resultados similares, propusieron explicaciones distintas. Virchow, planteó que el acceso desigual a los recursos sociales (e.g. educación, empleo, servicios, etc.), era el elemento fundamental que explicaba las brechas de salud por condición socioeconómica (4). Chadwick invirtió dicha relación haciendo la hipótesis que era la enfermedad la que generaba pobreza. Esta teoría se conoce actualmente como “selección social” y atribuye la existencia de Inequidades Sociales en Salud (ISS)

al proceso de pobreza que se produce cuando los individuos poseen enfermedades discapacitantes, que los excluye de los principales motores de la producción de ingresos (educación y trabajo) (5). El debate sobre la importancia de la selección social continúa vigente, incluso cuando varios estudios mostraron que no contribuía significativamente a la explicación de las ISS (5).

La contribución más importante del siglo XX en el debate sobre las ISS se dio en 1980 en Gran Bretaña, cuando se presentó el reporte “Inequalities in Health”, conocido como “Black Report” (6). El reporte mostró la magnitud de la brecha existente en la distribución de la salud y la muerte entre la población, y sugirió que estas desigualdades se habían ampliado, en lugar de disminuir, desde el establecimiento del National Health Service en 1948, en contradicción con los principios de gratuidad y universalidad de dichos servicios (6), que pretendían disminuir las brechas. Esto lanzó nuevamente el debate de las ISS, pues sugería que también el sistema de salud tenía un rol importante en la contención o generación de ISS (7). Desde entonces, se han observado diferencias de morbilidad y de mortalidad entre los grupos sociales en numerosos países (8,9). Sin embargo, estos estudios se concentraron en países industrializados.

BASES CONCEPTUALES PARA EL ANÁLISIS DE LAS INEQUIDADES

Una de las principales problemáticas para la investigación en ISS, es que muchas veces se desconocen los fundamentos teórico-conceptuales aplicados en el análisis. Esto a pesar que tener claridad de estos fundamentos es necesario para plantear una interpretación crítica de los hallazgos, y que es fundamental para una

adecuada formulación de intervenciones dirigidas a la reducción de las ISS.

Por esto, el propósito de este estudio es discutir las nociones subyacentes al análisis de las ISS, que permita una mejor aplicación de estos fundamentos, tanto en investigación, como en el diseño de políticas públicas.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)

Los DSS se definen según la OMS como “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” (10). Estas situaciones están configuradas por un conjunto amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas (11).

Solar e Irwin propusieron un modelo en el que incluían DSS desde los niveles llamados “proximales” hasta los más “distales” (12). Los niveles proximales (microdeterminantes) son aquellos asociados a variables del nivel individual, que incluyen algunos factores biológicos, como el sexo o el caudal genético. Dentro de los determinantes intermedios, se mencionan las circunstancias materiales, psicosociales, factores conductuales, la cohesión social, así como el sistema de salud. Los niveles más distales (macrodeterminantes) se definen como “aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación social y definen la posición socioeconómica de las personas” (13), es decir, son elementos que pueden afectar la salud desde la estructura socioeconómica (12). Así, se admite que de acuerdo a las características históricas y culturales de las naciones, los DSS

pueden afectar de manera diferenciada la salud de las poblaciones (14).

El modelo de los DSS permite tomar en cuenta la multifactorialidad de los procesos salud-enfermedad, lo que lo enfrenta al modelo tradicional utilizado en medicina: modelo biomédico (15). Este establece factores de riesgo a nivel individual y parte del principio que todas las enfermedades, síntomas y signos surgen de una anomalía subyacente por un mal funcionamiento de los sistemas biológicos (15). El modelo ha sido criticado por su visión reduccionista y dicotómica, que no toma en cuenta la complejidad y multifactorialidad de los procesos salud-enfermedad (15,16).

Es a partir de los trabajos de Whitehead y Dahlgren (17), Marmot y colaboradores (18) y Diderichsen y colaboradores (19), que se elaboró la propuesta promovida por la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (12). Según esto, el abordaje teórico y metodológico de la equidad en salud se encuentra relacionado con la distribución diferenciada de los DSS en las poblaciones (20).

Sin embargo, a pesar que la evidencia ha mostrado que son los DSS aquellos que poseen los mayores impactos sobre la salud (21), el modelo biomédico continúa siendo hegémónico e influyendo en la estructura de la política pública, y los sistemas de salud (15). En muchos contextos se sigue abordando la salud desde una perspectiva predominantemente biológica, que enfoca las respuestas en los tratamientos médicos, y que da menor énfasis a la influencia de los determinantes estructurales, o intermedios, los cuales también contribuyen a la explicación de los diversos resultados de salud (22).

Más allá del modelo biomédico, es necesario desarrollar metodologías que permitan esclarecer el rol relativo de cada uno de los niveles de DSS en el curso de la vida, y que permitan entender la

complejidad de la génesis y reproducción de las ISS a nivel individual, poblacional e intergeneracional.

¿INEQUIDAD O DESIGUALDAD EN SALUD?

Según Whitehead y Dahlgren (2007), las inequidades sociales en salud se refieren a las diferencias sistemáticas, socialmente producidas, remediables e injustas en el estado de salud entre diferentes grupos sociales. En otros términos, las ISS son las diferencias de salud entre grupos que por su naturaleza social se consideran injustas. El grupo de análisis del Healthy People 2020 en Estados Unidos, las define como “un estado particular de salud que está estrechamente relacionado con las desventajas económicas, sociales o ambientales. Las inequidades en la salud afectan adversamente a grupos de personas que han experimentado sistemáticamente mayores barreras sociales o económicas para la salud en función de su grupo racial o étnico, religión, estatus socioeconómico, género, edad o salud mental; discapacidad cognitiva, sensorial o física; orientación sexual o identidad de género; ubicación geográfica, u otras características históricamente vinculadas a la discriminación o exclusión” (23). Es importante recalcar que en inglés, se utilizan de manera casi indistinta las palabras health inequality, health disparity y health inequity, siendo esta última la menos utilizada (24,25).

No toda diferencia observada por medio de un indicador de salud se refiere a una inequidad. Existen diferencias de salud que no corresponden a inequidades, por ejemplo, si comparamos la probabilidad de tener enfermedades crónicas entre las personas adultas mayores y los jóvenes, o la diferencia promedio de altura entre hombres y mujeres (26). Estas se clasifican, según Whitehead y Dahlgren, como desigualdades en salud, que representan las diferencias de salud que encuentran una asociación con la constitución genética, o bien con una variación biológica. Las desigualdades en salud representan únicamente diferencias

en salud observadas que poseen su explicación en un trasfondo biológico relacionado con los procesos comunes del sexo o el envejecimiento (20) y su etiología no se relaciona con factores socioeconómicos.

Si bien la definición de “inequidad” es comúnmente aceptada a nivel teórico-conceptual, la operacionalización teórica y metodológica más concreta denota diferencias fundamentales en algunos conceptos subyacentes, dependiendo del marco de referencia que se utilice. Esto coloca la discusión sobre otros conceptos asociados, como la equidad y la justicia social.

EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL EN SALUD

Según la Whitehead, la equidad en salud “implica que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para logralo en la medida en que ello pueda evitarse” (27). Así, la equidad, “se refiere a la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible” (27). De esta forma son inequidades aquellas diferencias de salud, que siendo evitables, no se logran eludir en las sociedades. Marmot menciona que la asociación entre condiciones sociales y salud es tan fuerte, que las ISS son un indicador del impacto de las desigualdades económicas y sociales en la vida de las personas (28). Es decir, que las ISS son un barómetro que permite identificar los avances de una sociedad hacia la equidad en salud.

Sin embargo, las formas para alcanzar esa equidad dependen de las normas de cada sociedad, por lo que la equidad se construye en un marco de referencia específico y según lo que se entienda por “justicia social”. De esa forma, existen autores que defienden el igualitarismo y/o paradigmas más

colectivistas, mientras otros defienden posturas más individualistas (29). Algunos prefieren las políticas universales, y otros las focalizadas (30), mientras algunos le conceden un mayor papel al Estado que otros, en cuanto a las prestaciones sociales (e.g. aseguramiento, pensiones, etc).

Asimismo, para los defensores de las “teorías universalistas” (o la “estrategia de población” según Rose) (31), los esfuerzos de salud pública deben enfocarse en controlar los determinantes distales/estructurales de la salud para disminuir la frecuencia de los factores de riesgo en la población general, lo cual incluye una visión de la promoción de la salud desde la estructura social (32,33). Al aplicar la estrategia poblacional, se tiene una visión de la promoción de la salud en las poblaciones que busca intervenir desde “las causas de la causa” (“Upstream, en inglés) (32).

Por su parte, para otros autores, de lo que se trata es de hacer que los individuos cambien sus estilos de vida, sin poner mayor atención en la influencia de los determinantes más estructurales. Estas posturas se relacionan con las perspectivas de prevención de las enfermedades (o “Downstream” en inglés) del modelo biomédico, el cual prioriza los efectos de los factores de riesgo individuales e identifica los grupos de “alto riesgo”, proponiendo dirigir las intervenciones/acciones hacia estos (34).

Sin embargo, tomando en cuenta que la noción de equidad integra también una posición ética, existen debates sobre cuál aproximación utilizar en cada caso. Por ejemplo, si se sigue el modelo biomédico (33), se parte del principio que las decisiones en salud responden a la libre decisión del individuo sobre sus estilos de vida. Por lo que, por ejemplo, no hacer actividad física o fumar, respondería a una decisión individual, de manera tal que las consecuencias derivadas de esas decisiones son responsabilidad del individuo y no de la sociedad.

Por tanto, existe un debate sobre la influencia de los DSS en ciertas prácticas que afectan o benefician la salud (tabaquismo y otros comportamientos de salud), lo que conduce al debate de si éstas prácticas están determinadas socialmente o más bien son parte de una “elección personal” (35), y en ese marco si están o no permeadas por las ISS. Así, al plantear la influencia de los DSS en el tabaquismo, estudios muestran que son aquellos grupos con peor educación o ingresos, aquellos que tienen más probabilidades de fumar (17,36). Se ha visto cómo la educación y los ingresos, son los dos principales DSS involucrados en el control y la reducción de las brechas relacionadas con el consumo de tabaco, que actúan con una variedad factores en el hábito de fumar (etnia, cultura, marginación social, estrés, falta de políticas integrales en su control, escaso empoderamiento comunitario) (37). Queda claro entonces que los estilos de vida también muestran un patrón social (32).

Así, si se aceptan los principios del modelo biomédico y su perspectiva “individualizante”, las consecuencias sobre la salud del tabaco no serían consideradas “injustas”. Por el contrario, si se acepta la perspectiva de los DSS, se reconoce la existencia de una responsabilidad ciertamente individual, pero no se omite la influencia de lo social (e.g. cultura, el contexto grupal y familiar) sobre la salud de las personas (y colectivos), que haría que las consecuencias sobre la salud se consideren “injustas” (38).

Desde esta óptica, la valoración de los resultados de salud como “justas” o “injustas”, depende de los marcos éticos de cada sociedad. Estas premisas sobre la justicia y la inequidad, así como la preferencia por el modelo biomédico o por el de los DSS, generan también expresiones materiales distintas. En ese sentido, la aplicación de estas visiones tiene expresiones diferenciadas en los arreglos institucionales para la atención de las demandas en salud, en las formas de

estructurar el aseguramiento y la socialización de los riesgos financieros, así como en la generación de políticas orientadas hacia la reducción de las brechas (39).

DIFERENCIAS SOCIALMENTE PRODUCIDAS: LA CLASE SOCIAL Y LA POSICIÓN SOCIOECONÓMICA

Las diferencias socialmente generadas según el estado de salud entre grupos, hacen alusión a la estratificación social y la estructura de clases (40). Sin embargo, a pesar del consenso de que la posición socioeconómica tiene impactos en la salud, existe debate sobre cuáles son los conceptos más adecuados para describir dichas diferencias y cuáles son los elementos a los cuales brindar mayor peso.

Por ejemplo, en el marxismo se da mayor énfasis a la dinámica de explotación de clase, mientras que para la sociología weberiana se deben incluir otros elementos como el prestigio social y la ocupación. Asimismo, existen configuraciones más recientes que utilizan medidas del consumo, el capital cultural o la educación, que inciden en la posición social y la capacidad de movilidad (41). Desde la investigación en Salud Pública, Krieger incorporó dos definiciones principales para utilizarlas en los análisis en salud: la clase social, desde la perspectiva marxista, y la posición socioeconómica, desde el enfoque weberiano.

La clase social define los grupos sociales forjados por relaciones interdependientes económicas, sociales, legales, basadas en la ubicación estructural de las personas dentro de la economía; así como la obtención de credenciales educativos (42). Esta definición se basa en la posición de los individuos en el modo de producción capitalista y por ende en la distribución de los medios de producción y de los bienes/servicios.

La posición socioeconómica (PSE), según Krieger, es un concepto agregado que incluye dos

tipos de medidas: una basada en los recursos y otra basada en el prestigio, ambas relacionadas con la posición social durante la infancia y la vida adulta. Las medidas basadas en recursos se refiere a los activos materiales y sociales (incluyendo ingresos y riqueza), mientras los términos utilizados para describir la limitación de estos recursos incluyen "pobreza" o "deprivación". Las medidas basadas en el prestigio se refieren al estatus de las personas en una jerarquía social, típicamente evaluado en referencia al acceso al consumo de bienes, servicios, conocimiento y capital cultural-educativo (42). Los dos conceptos derivados de PSE engloban, por un lado, un posicionamiento teórico que refleja los mecanismos explicativos que permiten asociar el mundo social en el que las personas viven y su salud (43), y por otro, una implicación metodológica de cómo operacionalizar concretamente las variables para su análisis en términos de investigación (44).

Estas bases conceptuales permiten la clasificación de los grupos poblacionales considerando la jerarquización social. Basado en estas definiciones se han propuesto distintos estratificadores sociales, que permiten caracterizar la salud de acuerdo a la posición social. Un estratificador social hace referencia a las dimensiones de desigualdad seleccionadas para operacionalizar las variables capaces de capturar alguna(s) dimensión(es) de la posición socioeconómica de los individuos (45). Típicamente se incluyen: escolaridad, ocupación, riqueza, ingresos, etc. Sin embargo, estos no deben utilizarse indiscriminadamente, y deben responder a las hipótesis planteadas en la investigación sobre cómo esta(s) variable(s) puede(n) impactar un indicador específico de salud (45).

GRADIENTE SOCIAL EN SALUD Y LA COMPARACIÓN DE EXTREMOS SOCIALES

El estado de salud, tradicionalmente medido a través la morbilidad y la mortalidad, sigue un

gradiente socioeconómico en la gran mayoría de los países (3,9,46,47). En promedio, los individuos con mayor desventaja (que se encuentran en la base de la jerarquía social), presentan peores indicadores de salud, si se les compara con los del medio. Y estos, a su vez, presentan peores indicadores que aquellos que se encuentran en la cima de la jerarquía social (11). Por tanto, el gradiente es un fenómeno continuo que recorre todos los estratos sociales (48,49).

Así, las ISS no se limitan a las poblaciones más pobres o más excluidas: afectan a toda la población, con mayor intensidad a medida que disminuye la posición socioeconómica (50). En síntesis, el gradiente social en salud es el resultado de la desigualdad de recursos, de ingresos y de poder en toda la sociedad, incluyendo el mismo sistema de salud y las mismas políticas públicas que pueden contribuir a agravarlas (51). De ahí la importancia de incorporar la noción de gradiente social en las intervenciones públicas y tomarla en cuenta en la investigación.

Si se considera el gradiente, no es suficiente enfocarse únicamente en los extremos sociales, es decir comparar el grupo de mayor precariedad o desventaja socioeconómica con el resto de la población. Esto enmascara el mecanismo de gradiente y se traduce en políticas dirigidas exclusivamente a esta población con mayor "desfavorización". Esto provoca, a mediano y largo plazo, una mejora de las condiciones de salud únicamente para el grupo objetivo de la política, aumentando las brechas entre el resto de los grupos sociales. Así, en presencia de un gradiente social, concentrar los recursos únicamente en las poblaciones más desfavorecidas crea "efectos umbrales": se excluye de las políticas a aquellos que están justo por encima del umbral definido para la selección de población beneficiaria, aunque estas personas tienen necesidades similares a las personas que se encuentran justo por debajo del mismo.

Desde una perspectiva de equidad, las políticas deben redistribuir los recursos de manera proporcional a las necesidades de cada uno de los grupos sociales que componen una población (52). Es decir, con recursos más importantes para las personas más desfavorecidas que para las personas de clase media, que a su vez, tendrán más recursos que las personas más favorecidas. A pesar de esto, algunos de los principales esfuerzos de ciertos gobiernos se concentran en políticas dirigidas a los extremos socioeconómicos.

Asimismo, las diferencias de posición socioeconómica deben ser consideradas en las políticas sociales. Por ejemplo, se ha demostrado que la comunicación médico-paciente es más difícil a medida que aumenta la brecha de nivel de educación entre ambas partes (53) y con las minorías étnicas (54). Además, algunas campañas preventivas son más eficaces a medida que aumenta el nivel de educación de los destinatarios (como en Francia con las campañas preventivas contra el tabaco) (51), mientras que muchas veces las políticas focalizadas dedicadas a los pobres, generan estigmatización social (30).

CONCLUSIÓN O RECOMENDACIONES PARA LA GENERACIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA

Las diferencias de salud entre grupos poblacionales han sido analizadas mayoritariamente en los países industrializados. Por su parte, en Latinoamérica existe evidencia limitada sobre la medición de las ISS; se conocen sólo parcialmente los mecanismos sociales de producción de ISS, y existen pocos estudios que explícitamente asocien el contexto social y la salud.

Esta situación, sumada a las limitaciones metodológicas y a que la mayoría de investigación realizada en Latinoamérica se ha basado en teorías y métodos pensados para otros contextos, hace de

esta temática una prioridad para la salud pública en la región.

Para el abordaje adecuado de las ISS en Latinoamérica se deben desarrollar teorías y metodologías que tomen en cuenta las particularidades de cada contexto, ya que las diferencias entre los enfoques de la Epidemiología Social anglosajona y latinoamericana poseen implicaciones "no son solo conceptuales, son también ético-políticas. Conllevan rutas y apuestas divergentes, explicaciones distintas sobre la causalidad y el riesgo en salud con implicaciones esenciales en las relaciones de poder, en la concepción de la ética y en la comprensión del proceso salud enfermedad" (28).

Como puede notarse, los enfoque teóricos parten de diferentes principios y siempre tienen consecuencias en las decisiones metodológicas de investigación. Asimismo, en términos del método, las bases teóricas seleccionadas deben relacionarse y ser coherentes con las hipótesis que sustentan la investigación, y debe tenerse cuidado en interpretar las diferencias observadas en los datos, con respecto a las teorías previamente definidas. Por tanto, las bases teórico-conceptuales para el análisis de las ISS son fundamentales para la consecución de una investigación rigurosa y no pueden tomarse a la ligera. Es la toma en conciencia de todos los elementos teóricos-conceptuales y su aplicación metodológica la que dará mayor consolidación y un marco analítico sólido. Con esta base, será más sencillo avanzar en el desarrollo de investigaciones comparadas y modelos analíticos susceptibles de replicar en otros contextos.

REFERENCIAS

1. Villermé L. R. Rapport fait par M. Villermé, et lu à l'Académie royale de médecine, au

- nom de la commission de statistique, sur une série de tableaux relatifs au mouvement de la population dans les douze arrondissements municipaux de la ville de Paris pendant les cinq a. 1829. 239 p.
2. Gorostiza J.L.R. Edwin Chadwick, el movimiento británico de salud pública y el higienismo español. *Rev Hist Ind.* 2014; 23 (55): 11-38.
 3. Adler N.E., Stewart J. Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Ann NY Acad Sci.* 2010; 1186: 5-23.
 4. Honjo K. Social epidemiology: Definition, history, and research examples. *Environ Health Prev Med.* 2004; 9 (5): 193-9.
 5. Blane D., Davey Smith G., Bartley M. Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociol Heal Illn.* 1993; 15 (1): 1-15.
 6. Gray A.M. Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *Int J Health Serv.* 1982; 12 (3): 349-80.
 7. Lombrail P., Lang T., Pascal J. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? Dossier « Inégalités sociales de santé ». *Santé, Société Solidar.* 2004; 2 (1): 61-71.
 8. de Gelder R., Menvielle G., Costa G., Kovács K., Martikainen P., Strand B.H., et al. Long-term trends of inequalities in mortality in 6 European countries. *Int J Public Health.* 2017; 9; 62 (1): 127-41.
 9. Mackenbach J.P., Hu Y., Artnik B., Bopp M., Costa G., Kalediene R., et al. Trends In Inequalities In Mortality Amenable To Health Care In 17 European Countries. *Health Aff (Millwood).* 2017; 36 (6): 1110-8.
 10. OMS. Determinantes Sociales de Salud. Available from: https://www.who.int/social_determinants/es/
 11. Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling T., Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet (London, England).* 2008 Nov; 372 (9650): 1661-9.
 12. Solar O., Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health Paper 2 (Policy and Practice). Geneva; 2010.
 13. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes e inequidades en salud. Organ Panam la Salud. 2012; 15.
 14. Daniels N., Kennedy B.P., Kawachi I. Why Justice Is Good for Our Health: The Social Determinants of Health Inequalities. *Daedalus.* 1999; 128 (4): 215-51.
 15. Wade D.T., Halligan P.W. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ [Internet].* 2004; 11; 329 (7479): 1398-401.
 16. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 12th ed. Paris: Presses Universitaires de France; 2015. 118 p.
 17. Dahlgren G., Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health Levelling up Part 2. Copenhagen; 2007.
 18. Marmot M., Wilkinson R.G. Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press; 2006. 376 p.
 19. Diderichsen F., Evans T., Whitehead M. Bases sociales de las disparidades en salud. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhulya A, Wirth M, editors. Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción. Washington D.C.: OPS; 2002. p. 13-25.
 20. Whitehead M., Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen; 2006.
 21. The King's Fund. Estimates of the impact of the “broader determinants of health” on population health.
 22. Northwood M., Ploeg J., Markle-Reid M., Sherifali D. Integrative review of the social determinants of health in older adults with multimorbidity. *J Adv Nurs.* 2018; 74 (1): 45-60.

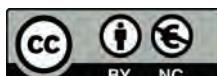
23. Healthy People 2020. Disparities. Available from: <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Disparities>
24. Adler N.E., Adler N.E., Boyce T., Boyce T., Chesney M. a., Chesney M. a., et al. Socioeconomic Status and Health: The Challenge of the Gradient. Vol. 49, American Psychologist. 1994. p. 15024.
25. Marmot M., Allen J.J. Social Determinants of Health Equity. Am J Public Health. 2014; 104 (S4): S517-9.
26. Braveman P. What are health disparities and health equity? We need to be clear. Public Health Rep. 2014; 128 (4): 5-8.
27. Whitehead M. Conceptos y principios de la equidad en salud. Washington D.C.; 1991.
28. Morales-Borrero C., Borde E., Eslava-Castañeda J.C., Concha-Sánchez S.C. ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas . Vol. 15, Revista de Salud Pública. 2013. p. 810-3.
29. Giner S. Historia del pensamiento social. 3era ed. Barcelona; 1982. 690 p.
30. Barva C. Paradigmas y regímenes de bienestar. Cuad Ciencias Soc - FLACSO. 2015; 137: 1-16.
31. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. 2001; 30 (1): 427-32.
32. Braveman P., Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. Public Health Rep. 2014; 129 Suppl: 19-31.
33. Watt R.G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. Community Dent Oral Epidemiol. 2007; 35 (1): 1-11.
34. Watt R.G., Listl S., Peres M., Heilmann A. Social inequalities in oral health: from evidence to action. London: University College London; 2015.
35. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Heal. 2002; 11 (5-6): 302-9.
36. Hosseinpoor A. R., Parker L. A., Tursan d'Espagnet E., Chatterji S. Social determinants of smoking in low- and middle-income countries: results from the World Health Survey. PLoS One. 2011; 6 (5): e20331.
37. Garrett B.E., Dube S.R., Babb S., McAfee T. Addressing the Social Determinants of Health to Reduce Tobacco-Related Disparities. Nicotine Tob Res. 2015; 17 (8): 892-7.
38. Bartley M. What is Social Inequality. In: Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods. 2nd ed. Cambridge: Polity Press; 2017. p. 23-36.
39. Harper S., King N.B., Meersman S.C., Reichman M.E., Breen N., Lynch J. Implicit value judgments in the measurement of health inequalities. Milbank Q. 2010; 88 (1): 4-29.
40. Giddens A. Sociología. Alianza Ed. Madrid; 1992.
41. Sémbler C. Estratificación social y clases sociales- Una revisión analítica de los sectores medios. Santiago; 2006.
42. Krieger N., Williams D.R., Moss N.E. Measuring Social Class in US Public Health Research. Annu Rev Public Health. 1997; 18 (16): 341-78.
43. Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. J Epidemiol Community Health. 2005; 59 (5): 350-5.
44. Fantin R., Gómez-Duarte I., Sáenz-Bonilla J. P., Rojas-Araya K., Barboza-Solís C. ¿Cómo medir la posición socioeconómica en el marco de las inequidades sociales de salud ?: El caso de Costa Rica. Odovtos Int J Dent Sci. 2019; 1 (2): 143-53.
45. Organización Panamericana de la Salud. Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington D.C.; 2013.

46. Gallo V., Mackenbach J.P., Ezzati M., Menvielle G., Kunst A.E., Rohrmann S., et al. Social inequalities and mortality in europe - results from a large multi-national cohort. PLoS One. 2012; 7 (7): 1-11.
47. Stringhini S., Carmeli C., Jokela M., Avendano M., Muennig P., Guida F., et al. Socioeconomic status and the 25 x 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. Lancet (London, England). 2017; 389 (10075): 1229-37.
48. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final Report. Determinants of Health. Geneva; 2008.
49. Wilkinson R., Marmot M. The solid facts: social determinants of health. Copenhagen; 2003.
50. WHO. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Conceptos claves. Available from: https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/
51. Townsend P., Davidson N., Whitehead M. Inequalities in Health: The Black Report And the Health Divide. Third. Saint-Denis: Penguin Social Sciences S; 1988. 399 p.
52. Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling T.A.J., Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2017; 23-372 (9650): 1661-9.
53. Schieber A-C., Kelly-Irving M., Delpierre C., Lepage B., Bensafi A., Afrite A., et al. Is perceived social distance between the patient and the general practitioner related to their disagreement on patient's health status? Patient Educ Couns. 2013; 91 (1): 97-104.
54. Street R.L.J., Gordon H., Haidet P. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? Soc Sci Med. 2007; 65 (3): 586-98.

Cristina Barboza-Solís DDS, MSc, PhD^{1,2}; Juan Pablo Sáenz-Bonilla MSc^{2,3}, Romain Fantin MSc^{2,4}; Ingrid Gómez-Duarte MD, MSc, PhD²; Karol Rojas-Araya NP²

1. Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica.
2. Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica.
3. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Ciencias Políticas, Universidad de Costa Rica.
4. Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica.

Autor para correspondencia: Dra. Cristina Barboza-Solís - cristina.barbozasolis@ucr.ac.cr



Attribution (BY-NC) - (BY) You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggest the licensor endorses you or your use. (NC) You may not use the material for commercial purposes.