

Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción

Jeanette Vega, Orielle Solar, Alec Irwin. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud

En el presente capítulo se revisan los conceptos de equidad en salud y determinantes sociales de salud. Luego, se describen los principales mecanismos de producción de inequidades en salud a través de la discusión de tres modelos teóricos y se propone un marco conceptual que integra los modelos discutidos para el análisis del proceso de producción de inequidades en salud. Finalmente, se discuten los principales puntos de entrada para implementar intervenciones orientadas a disminuir dichas inequidades.

Equidad en salud y determinantes sociales de salud

Los determinantes sociales de salud (DSS) se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o, de acuerdo con Tarlov, “las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar”¹. Incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en salud².

El concepto “determinantes sociales de salud” se originó en los años '70, a partir de una serie de publicaciones que destacan las limitaciones de las intervenciones de salud orientadas a disminuir los riesgos individuales de enfermar y morir. Diversos autores argumentaron que, para entender y mejorar la salud, se requiere centrar la atención en generar políticas dirigidas a las sociedades a las que pertenecen las personas³ y pasar del estudio de los factores de riesgo individual a los modelos sociales y las estructuras que determinan las posibilidades de una persona de ser saludable. Lo anterior implica aceptar que la atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino que aquélla está determinada en gran parte por las condiciones sociales en las cuales se vive y trabaja. Estos factores permiten que las personas permanezcan sanas, y la atención médica ayuda a las personas cuando se enferman⁴.

Los factores determinantes de las diferencias individuales de salud son distintos de los factores determinantes de las diferencias entre las poblaciones⁵. En este sentido, resulta útil distinguir dos clases de preguntas etiológicas: la primera busca las causas de los casos y la segunda las causas de la incidencia. Cuando se habla de determinantes sociales, se intenta comprender cómo las

causas de los casos individuales se relacionan con las causas de incidencia de enfermedad en la población⁶. □ La equidad en salud se define como “la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas”⁷. El concepto de inequidad en salud es distinto al de desigualdad en salud. No necesariamente las desigualdades en salud son inequidades (por ejemplo, la brecha en la esperanza de vida promedio entre mujeres y hombres vinculada a las diferencias biológicas es diferente de aquellas asociadas a los aspectos de estructuración social en relación al género). El concepto de inequidad implica que las desigualdades encontradas son injustas o evitables; es decir, pueden ser prevenidas y remediadas. Las inequidades en salud tienen sus raíces en los procesos de estratificación social de una sociedad⁸ y, por lo tanto, están vinculadas con la realidad política y las relaciones de poder dentro de una sociedad. Las inequidades de salud derivan fundamentalmente de la asignación diferencial del poder y la riqueza de acuerdo con las posiciones sociales⁹.

Los determinantes sociales del nivel de salud promedio en una población no son necesariamente los mismos que los de las brechas en nivel de salud entre grupos de distinto nivel socioeconómico¹⁰. Entre los muchos factores y procesos sociales que influyen sobre la salud promedio de una población, algunos afectan de manera más significativa a ciertos grupos más vulnerables y contribuyen a aumentar las diferencias en nivel de salud entre distintos grupos sociales. Esta distinción es importante desde el punto de vista de las políticas de salud, porque es posible promover iniciativas relacionadas con los determinantes sociales de salud que mejoren los indicadores de salud promedio en un país, sin alterar el grado de inequidad en salud entre los grupos privilegiados y los más desfavorecidos.

En la última década, se han propuesto diversas iniciativas a favor de la aplicación política del concepto de equidad en salud como un objetivo central a alcanzar por los gobiernos. Muchas de estas contribuciones provienen de Amartya Sen o adoptan sus categorías, desde una perspectiva de derechos humanos y de justicia social como elemento central en el desarrollo e implementación

de ellas. Stronks y Gunning-Schepers (1993) por ejemplo, sostienen que una sociedad justa se caracteriza por proporcionar un alto grado de libertad a todos sus miembros por igual, en particular la “libertad positiva”, de elegir entre una variedad de opciones deseables de plan de vida que concuerda mejor con la concepción de cada persona sobre una buena vida. Un gobierno justo no promueve una concepción particular de buena vida, sino que deja esta elección a las personas. Sin embargo, un gobierno justo está obligado a proporcionar condiciones propicias que permitan que cada persona pueda elegir libremente su plan de vida. La capacidad de ser lo más sano posible es una condición de este tipo, ya que la presencia o la ausencia de esta capacidad básica determina el rango de elección de plan de vida de una persona. En la medida en que se pueda demostrar que las condiciones sociales restringen la capacidad de salud de algunas personas dentro de una sociedad, creando inequidades en la oportunidad de ejercer una libertad positiva, un gobierno tiene la obligación de adoptar medidas en relación a estas condiciones a fin de garantizar la igualdad en las opciones de salud.

En un trabajo reciente, Anand (2004) clarifica aún más las razones por las cuales los gobiernos deben preocuparse en sus políticas públicas de la equidad en salud y no sólo de los niveles promedio de salud. En coincidencia con Sen, Anand subraya que la salud es un “bien especial” cuya distribución justa merece el interés particular de las autoridades políticas. Existen dos razones principales para considerar la salud como un bien especial: 1) la salud es un elemento constitutivo directo del bienestar de las personas y 2) la salud le permite a una persona funcionar como un agente¹¹. Las inequidades en salud son por lo tanto “inequidades en la capacidad de funcionar de las personas”, cuando surgen como consecuencia de las distintas posiciones sociales de las personas. En este caso, se trata de un incumplimiento serio del principio político de igualdad de oportunidades. Por ende, el asegurar una distribución justa de la salud entre los miembros de la sociedad debe considerarse la responsabilidad principal de un gobierno justo.

Ruger (2005) formula argumentos similares y vincula el enfoque de capacidades de Sen con la filosofía política de Aristóteles. Ruger recalca la importancia de la salud para la capacidad de vivir una vida de calidad y afirma que es un sustento de todos los demás aspectos de la capacidad o prosperidad humana. Por lo tanto, la promoción de una distribución equitativa de las oportunidades reales de salud es una tarea fundamental de las políticas públicas¹².

Existe una relación estrecha entre la equidad en salud y los determinantes sociales, tanto desde una perspectiva conceptual como en términos políticos. No se puede lograr un avance sustancial en relación con la equidad en salud sin actuar sobre los determinantes sociales de ella. Por otro lado, en un momento en que las inequidades en salud entre los países y dentro de éstos son el centro de una preocupación creciente, la contribución potencial de medidas para disminuir los determinantes sociales en la equidad en salud constituye un importante argumento científico, ético y político en apoyo de las políticas públicas de acción sobre éstos. □

Reducir significativamente los gradientes en salud requiere cambios estructurales profundos, incluyendo cautelar el papel del Estado en el funcionamiento de los mercados y el rol redistributivo de éste. Un modelo de disminución de las brechas de salud basado en intervenciones sobre los DSS plantea además las relaciones complejas entre libertad y responsabilidad. Por una parte, un enfoque de equidad procura igualar las oportunidades y sostiene que las diferencias de salud que surgen a partir de la libre elección individual son aceptables; por otra, un análisis de los determinantes estructurales implica que ciertas formas de “libre albedrío” se ven, de hecho, determinadas por fuerzas sociales que están en gran parte fuera del control de la persona. Además, en las sociedades donde la salud se considera principalmente un asunto privado, el tema de la “responsabilidad personal” se ha desplegado políticamente, precisamente a fin de absolver al gobierno de la responsabilidad de abordar las desigualdades de salud y de responder de manera más activa a las necesidades de salud de grupos pobres, vulnerables y excluidos.

Principales mecanismos de producción de inequidades en salud

En los últimos 15 años, se han elaborado varios modelos para mostrar los mecanismos por medio de los cuales los determinantes sociales influyen en el estado de salud, con el fin de hacer explícitos los nexos entre los distintos tipos de determinantes y definir puntos de entrada para políticas. Estos modelos resultan especialmente importantes al hacer visible la manera en que los DSS contribuyen a generar las inequidades de salud entre distintos grupos en la sociedad. Se revisarán tres modelos: El propuesto por Dahlgren y Whitehead (1991), el de Diderichsen y Hallqvist (1998, posteriormente adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehead, 2001) y el planteado por Marmot y Wilkinson (1999).

Modelo de Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud

El modelo de Dahlgren y Whitehead explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades (Figura 1)¹³. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar, por ejemplo) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano. Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios

sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida. □

Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica¹⁴.

Figura 1: Modelo de Dahlgren y Whitehead de producción de inequidades en salud.

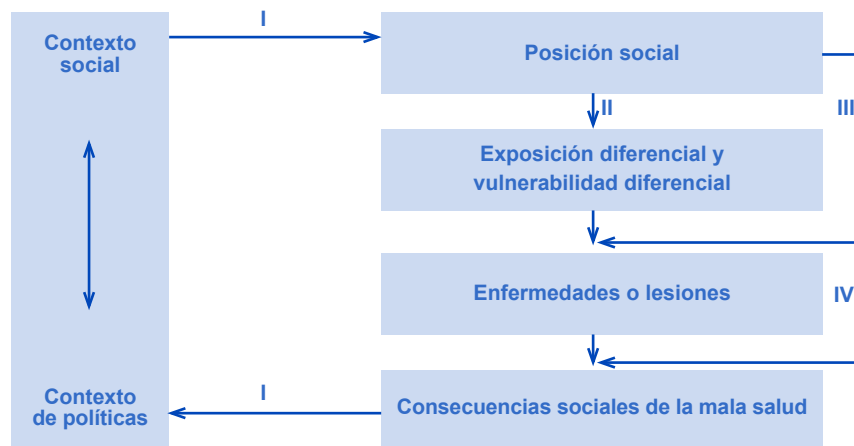


Modelo de Diderichsen: estratificación social y producción de enfermedades

Este modelo recalca que la manera en que las sociedades se organizan crea un gradiente de estratificación social y asigna a las personas distintas posiciones sociales. La posición social de las personas determina sus oportunidades de salud. En la Figura 2, se muestran los mecanismos y procesos que asignan posiciones sociales a las personas. El primero (I) se refiere a la manera en que la sociedad genera y distribuye el poder y la riqueza, por ejemplo, las políticas económicas y laborales, el tipo de sistema educativo, las normas en torno al género y el tipo de organización del Estado. La estratificación social que este mecanismo genera, define a su vez una exposición diferencial de los distintos grupos de individuos a condiciones más o menos perjudiciales para la salud

(II); esta situación de diferencial exposición en el curso de la vida de las sociedades modela distintas vulnerabilidades en la población o vulnerabilidad diferencial en ella y entre ellas (III). La diferencial exposición y vulnerabilidad en la población se acumula en el curso de la vida y la vez establece mecanismos de selección; esto es muy relevante desde una perspectiva histórica, así como de un análisis desde la perspectiva de “*life course*”. Este modelo propone que también las consecuencias sociales son diferenciales (IV) y los mecanismos como se interviene sobre contener o aliviar estas diferenciales consecuencias, son relevantes desde una perspectiva de equidad en salud. Las consecuencias sociales se refieren a la repercusión diferente que un cierto evento de salud puede tener en una persona o grupo debido a sus distintas circunstancias y posición social.

Figura 2: Modelo de Diderichsen de producción de inequidades en salud.

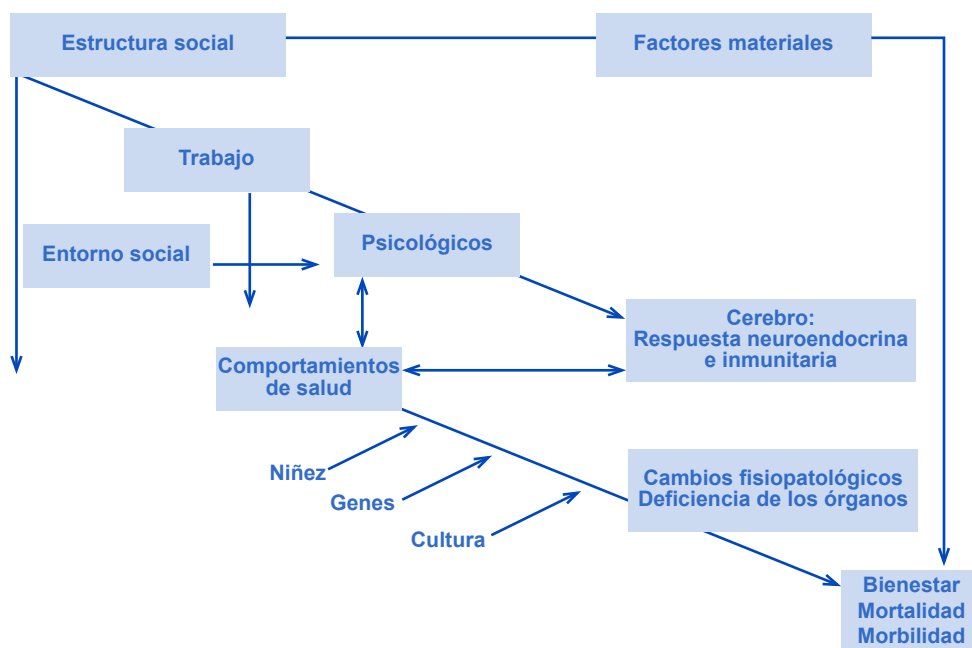


Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson: influencias múltiples a lo largo de la vida

Este modelo se concibió originalmente con el fin de relacionar la perspectiva clínica (curativa) con la de salud pública (preventiva). Posteriormente, se aplicó al proceso social que subyace a las inequidades de salud como un modelo de los factores sociales que causan la mala salud y contribuyen a generar inequidades sanitarias. El modelo forma parte del informe elaborado por Acheson en el Reino Unido, presentado explícitamente a fin de ilustrar

cómo las inequidades de salud condicionadas por determinantes sociales, son el resultado de la exposición diferencial al riesgo (ambiental, psicológico y conductual) a lo largo de toda la vida de los individuos¹⁵. El modelo vincula la estructura social con la salud y la enfermedad a través de vías materiales, psicosociales y conductuales. Los factores genéticos, de la niñez y culturales constituyen importantes influencias adicionales para la salud de la población.

Figura 3: Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson de producción de inequidades en salud a lo largo de la vida.

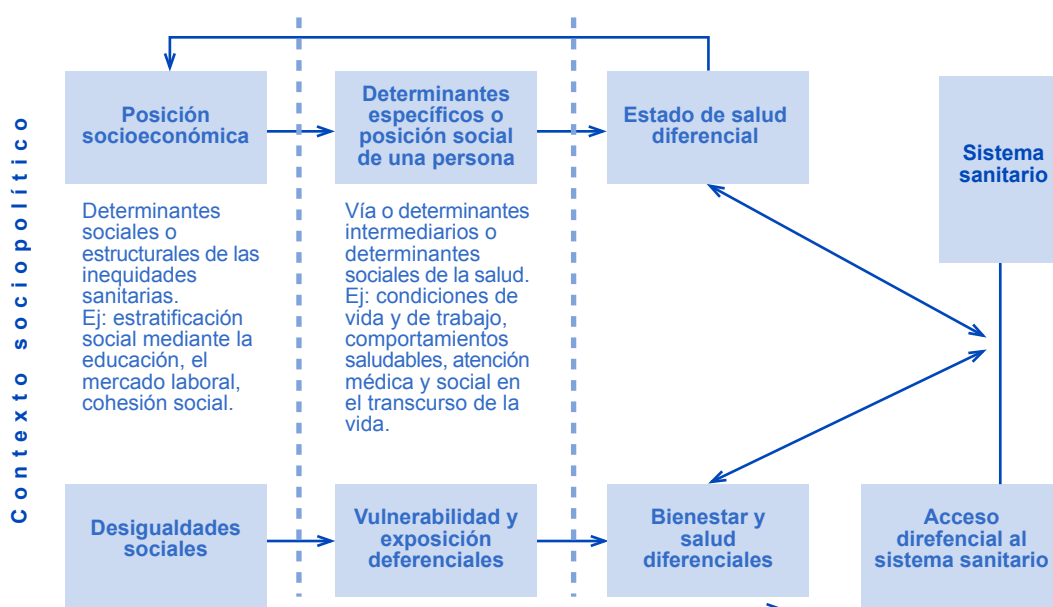


Síntesis: Modelo propuesto por el Equipo de Equidad de la OMS¹⁶

La construcción de un modelo integral de los determinantes sociales de la salud debe tratar de lograr: a) aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan inequidades de salud; b) indicar cómo los determinantes se relacionan entre sí; c) proporcionar un marco para evaluar cuáles son los DSS que es más importante abordar; y d) proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de implementación de políticas para la acción en torno a los DSS. Cada uno de los modelos que hemos examinado realiza una contribución importante; no obstante, ninguno satisface plenamente estos requisitos por sí mismo. Sin embargo, si se combinan elementos de diversos modelos, se puede llegar a una construcción sintética. El esquema propuesto es la primera etapa de tal modelo sintético (Figura 4). Un elemento distintivo de este modelo es la incorporación explícita del sistema sanitario. De hecho, las inequidades socioeconómicas en torno a la salud pueden explicarse en parte por el efecto de “retroalimentación” desde la

salud sobre la posición socioeconómica; por ejemplo, cuando alguien experimenta una disminución en sus ingresos a raíz de una discapacidad ocasionada por el trabajo o un gasto excesivo por el acceso al sistema. Es así como las personas que tienen mala salud ascienden en la escala social con menor frecuencia y, en general, descienden en la escala social más que las personas sanas. Esto implica que el sistema sanitario puede considerarse como un determinante social de la salud en sí mismo, que interacciona y puede modificar el efecto de los otros. En este sentido, el sistema de salud tiene la responsabilidad de desempeñar una función activa para reducir las inequidades, no sólo a través del acceso equitativo a los servicios de atención (servicios personales), sino también en la planificación y ejecución de los programas de salud pública (servicios no personales). Ello incluye una adecuada gerencia de la intersectorialidad, para mejorar la salud de las comunidades desfavorecidas y la construcción de políticas intersectoriales en salud desde los otros sectores¹⁷.

Figura 4: Esquema general de la producción de inequidades en salud, propuesto por el Equipo de Equidad de OMS.

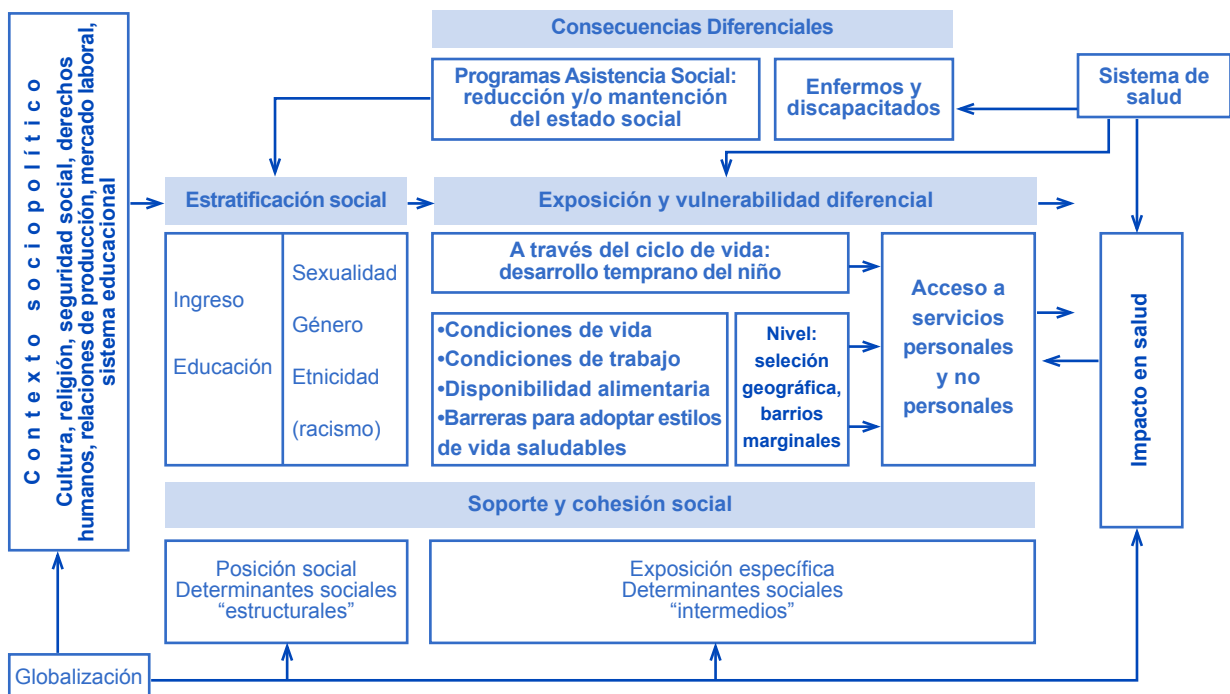


La Figura 5 es la propuesta de marco conceptual elaborada por el equipo de Equidad-OMS para el desarrollo de la implementación de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de OMS.

De izquierda a derecha, se muestra el contexto social y político (incluidas las instituciones políticas y los procesos económicos) que da lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas desiguales, ingresos y poder. Los grupos se estratifican según los niveles de ingresos, la educación, el estado profesional, el sexo, la raza o grupo étnico y otros factores. Esta columna del diagrama (“estratificación social”) identifica los mecanismos subyacentes de la estratificación social y de la creación de inequidades sociales. Estos mecanismos de estratificación socioeconómica pueden describirse como determinantes estructurales de la salud o como los factores sociales determinantes de las inequidades de salud. Estos mecanismos configuran no sólo los resultados, sino también las oportunidades de salud de los grupos sociales, sobre la base de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, el prestigio y el acceso a los recursos. Estas posiciones socioeconómicas se traducen en determinantes específicos del estado de salud individual

que reflejan la ubicación social del individuo dentro de un sistema estratificado. De acuerdo con su respectiva posición social, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial ante los factores que ponen en riesgo la salud. El modelo muestra que la posición socioeconómica de una persona influye en su salud, pero que ese efecto no es directo. La posición socioeconómica tiene una influencia sobre la salud a través de determinantes más específicos o intermediarios. Esos factores intermediarios son condiciones materiales de vida, como la situación laboral y de vivienda, circunstancias psicosociales y también factores conductuales, como la exposición a factores de riesgo específicos. El modelo supone que los miembros de los grupos socioeconómicos inferiores viven en circunstancias materiales menos favorables que los más altos, y que las personas más cercanas al extremo inferior de la escala social adoptan con mayor frecuencia comportamientos perjudiciales para la salud y con menor frecuencia comportamientos que promueven la salud en comparación con los más privilegiados. Sin embargo, esto no es una opción individual, sino que está modelado por su inserción en la jerarquía social.

Figura 5: Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud propuesto por el Equipo de Equidad de OMS.



El sistema de salud, entonces, es en sí mismo un factor determinante intermediario. La función del sistema sanitario se torna particularmente pertinente en el caso del acceso y cobertura a atención de salud, servicios personales y no personales. El sistema de salud puede abordar directamente las diferencias de exposición y vulnerabilidad no sólo al mejorar el acceso equitativo a la atención integral de salud, sino también al promover la acción intersectorial para mejorar el estado de salud, por ejemplo, a través de la administración de suplementos alimentarios en atención primaria o por medio de acciones educativas. Un aspecto adicional de gran importancia es el papel que desempeña el sistema de salud al mediar en las consecuencias diferenciales de la enfermedad en la vida de las personas a través de procurar que los problemas de salud no conduzcan a un deterioro mayor de la posición social y de facilitar la rehabilitación y reintegración social de éstas. Algunos ejemplos son los programas para enfermos crónicos, destinados a apoyar su reinserción en la fuerza laboral, así como modelos apropiados de financiamiento en salud que eviten que las personas se empobrezcan por los costos de la atención médica.

Elaboración de políticas para la intervención sobre los determinantes sociales: puntos de entrada para disminuir las inequidades de salud.

En relación a la población objetivo, se pueden señalar tres enfoques generales de políticas a fin de reducir las inequidades en salud: 1) mejorar la salud de los grupos desfavorecidos de la población mediante programas específicos; 2) disminuir las brechas sanitarias entre las personas en circunstancias sociales más desfavorecidas y los grupos en mejor situación; y 3) actuar sobre la existencia de los gradientes sanitarios, desde los grupos más desfavorecidos a los más privilegiados. Para tener éxito, las tres opciones requieren medidas relacionadas con los determinantes sociales de la salud. Las tres constituyen maneras potencialmente eficaces de aliviar la carga de morbilidad adicional que sobrellevan los socialmente desfavorecidos. No obstante, los enfoques difieren significativamente en sus valores e implicaciones subyacentes.

Los programas que se focalizan en mejorar la salud de los grupos sociales más desfavorecidos (por ejemplo en extrema pobreza) tienen la ventaja de que apuntan a un sector claramente definido, un segmento bastante reducido de la población y en el que resulta relativamente sencillo vigilar y evaluar los resultados. Los programas específicos

para tratar de resolver los problemas de salud de los grupos desfavorecidos se pueden armonizar con otras intervenciones dentro de un programa gubernamental, por ejemplo en contra de la pobreza. La desventaja de este tipo de acciones es precisamente el hecho de que no se trata de estrategias que alcancen a toda la población sino que benefician a subgrupos que constituyen un porcentaje relativamente pequeño. Además, incluso si un programa específico tiene éxito al generar beneficios de salud absolutos entre los grupos desfavorecidos, es posible que los segmentos en mejor situación tengan un avance mayor, lo que puede significar que se amplíen las inequidades de salud. Desde esta perspectiva, actuamos sobre las consecuencias pero no sobre la reproducción de las inequidades.

Un enfoque orientado a disminuir las brechas en nivel de salud entre los grupos extremos aborda de manera directa el problema de reducir el rango de diferencia. Los objetivos sanitarios 2010 para Chile -que se centran en disminuir la brecha de mortalidad infantil y esperanza de vida entre los grupos extremos de la población- son un ejemplo de este tipo de enfoque. Este modelo supone un desafío mayor que aquellas estrategias concebidas sólo para mejorar el estado de salud entre los desfavorecidos. Las iniciativas de reducción de brechas requieren tanto mejorías absolutas en los niveles de salud de los grupos socioeconómicos más bajos como una tasa de mejoramiento que sobrepase las mejorías experimentadas por los estratos más altos. Sin embargo, siguen centrando sus esfuerzos en grupos minoritarios dentro de la población (los que están en peor situación v/s los que están en mejor situación) y subestiman el efecto generalizado que tiene la inequidad socioeconómica sobre la salud, no sólo en el extremo inferior sino también a lo largo de toda la jerarquía socioeconómica.

Abordar el gradiente socioeconómico en relación con salud constituye un modelo más integral para intervenir en las inequidades de salud. Este modelo tiene importantes desafíos técnicos y políticos. Las políticas públicas que aborden estos gradientes son complejas y costosas, implican mecanismos redistributivos para disminuir la jerarquía social, incluyendo las políticas económicas, sociales y de salud y, además, producen resultados en el largo plazo.

Puntos de entrada

Una definición de los puntos de entrada para políticas en torno a los determinantes sociales de la salud es la

inspirada en Diderichsen y cols. Debería comprender las siguientes posibilidades:

- Disminuir la estratificación social, reducir la exposición y vulnerabilidad diferencial y/o disminuir consecuencias diferenciales. En primer lugar se encuentra la opción de alterar la estratificación social en sí misma, al reducir las “inequidades en el poder, el prestigio, los ingresos y la riqueza vinculadas a distintas posiciones socioeconómicas”¹⁸. Por ejemplo, políticas encaminadas a disminuir las inequidades de género (como el Programa de Mejoramiento de la Gestión de género, incluido en la evaluación de organismos públicos en Chile), influirán sobre la posición de las mujeres en relación con los hombres. El ampliar la gratuidad de la educación y la calidad de ésta son factores centrales en estratificación social.

- Disminuir la exposición diferencial de los grupos vulnerables a factores que perjudican la salud o atenuar la vulnerabilidad de las personas desfavorecidas a condiciones perjudiciales para la salud constituye otra posibilidad adicional. Por ejemplo, disminuir la exposición a contaminación intradomiciliaria cambiando el tipo de combustible utilizado principalmente por los más pobres a energía limpia, entregar aportes diferenciales de programas y acciones acorde a necesidades. Esas diferenciales exposiciones y vulnerabilidades son centrales.

- Finalmente, el sector salud tiene como responsabilidad principal reducir las consecuencias diferenciales de las inequidades sociales en la salud. Esto debe hacerse mediante intervenciones específicas para las enfermedades relacionadas **con el entorno social más amplio y a través de acciones sectoriales e intersectoriales.**

El soporte de los programas de seguridad social o de políticas sociales integrales y el financiamiento equitativo de la atención de salud, son componentes fundamentales a este nivel, e incluyen la protección contra el empobrecimiento ocasionado por enfermedades catastróficas, así como una comprensión de las implicaciones de diversos mecanismos de financiamiento públicos y privados y de su uso por parte de las poblaciones desfavorecidas.

Conclusiones

En estas líneas se han definido los conceptos de equidad en salud y determinantes sociales, se identifican los mecanismos de producción de inequidades en salud y se sugiere una base coherente para políticas y programas tendientes a disminuir estas inequidades a través de la

acción sobre los determinantes sociales de la salud. Este enfoque incluye las intervenciones sobre el sistema de salud, el cual constituye en sí mismo un determinante de salud. El elemento clave del marco que se presenta es la distinción entre determinantes estructurales e intermediarios, los cuales afectan de distinta manera las brechas en salud y los indicadores promedio de nivel de salud de una población. **Se propone que, para tener una repercusión real sobre las inequidades en salud, se debe intervenir sobre los determinantes sociales estructurales. Tales medidas exigen procesos profundos e históricos de cambio social, y sólo producen resultados a largo plazo. Eso implica un consenso social nacional y compromisos de la sociedad en su conjunto con las generaciones futuras del país.**



Fuentes de información

- ¹ Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). Health and social organization. Londres: Routledge. 71-93, 1996.
- ² Krieger N. A glossary for social epidemiology J. Epidemiology Community Health; 55; 693-700, 2001.
- ³ Graham H. [Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings The Milbank Quarterly, Vol 82, n° 1 (pp.101-124), 2004. □
- ⁴ London Health Observatory Review of the London Health Strategy High-level Indicators, 2002.
- ⁵ Marmot M. Economic and social determinants of disease. Bulletin of the World Health Organization, 79 (10) pág. 988-989, 2001.
- ⁶ Rose G. Sick Individuals and Sick Populations International Journal of Epidemiology Vol. 14 n° 1, 1985. □
- ⁷ Definición práctica del equipo de equidad de la OMS.
- ⁸ Graham H, Kelly MP. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. NHS Briefing Paper, 2004. □
- ⁹ Diderichsen, Evans and Whitehead. The social basis of disparities in health. In Evans et al. (eds). Challenging inequities in health: from ethics to action. Nueva York: Oxford UP, 2001.
- ¹⁰ Hilary Graham Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings The Milbank Quarterly, Vol 82, n° 1, (pp.101-124), 2004.
- ¹¹ Anand S. The concern for equity in health. In Anand S, Peter F, Sen A (eds). Public health, ethics and equity. Oxford: Oxford UP, 2004.
- ¹² Ruger J P. Toward a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely theorized Agreements. Yale Journal of Law and Humanities, in press, 2005. □
- ¹³ Gunning-Schepers L J. Models: instruments for evidence based policy. J Epidemiology Community Health; 53:263, 1999.
- ¹⁴ Benzeval M, Judge K, Whitehead M. Tackling Inequalities in health: an agenda for action: a review of policy initiatives
- ¹⁵ Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health report. London, the Stationary Office, 1998. □
- ¹⁶ Basado en: Mackenbach J, Bakker M. Reducing Inequalities in Health, a European Perspective 2002; Stronks K. Generating Evidence on Interventions to Reduce Inequalities in Health: The Dutch Case. Scand J Public Health 30 Suppl 59; Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Challenging Inequities in Health from Ethics to Action, Oxford University Press, 2001. □
- ¹⁷ Mackenbach J, Gunning-Schepers L J. How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated? Journal of Epidemiology and communities Health; 51:359-364, 1997.
- ¹⁸ Diderichsen, Evans and Whitehead. The social basis of disparities in health. In Evans et al. (eds). Challenging inequities in health: from ethics to action. Nueva York: Oxford UP, 2001.