

Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo*

The social determinants of health: beyond the risk factors perspective

Determinantes sociais da saúde: além dos fatores de risco

Fecha de recepción: 17-03-09 Fecha de aceptación: 25-09-09

Luz Stella Álvarez Castaño**

* Artículo de revisión elaborado en el marco de la investigación “Estudio longitudinal de los determinantes sociales y económicos del estado nutricional. Primera medición”, financiada por la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia, que inició en 2009 y terminará en 2011.

** Ph.D. Profesora asociada de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia. Coordinadora del grupo de investigación Determinantes sociales y económicos de la salud y la nutrición. Correspondencia: Carrera 75 No. 65-87 Bloque 44 Oficina 112, Medellín. Correo electrónico: lalvarez@pijaos.udea.edu.co

Resumen

El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de algunos ministerios de Salud. A pesar de los avances teóricos y de la evidencia recogida sobre la influencia de la estructura social en el estado de salud de los individuos, los grupos y las naciones, para algunos se trata de un campo de estudio en construcción, todavía no suficientemente delimitado, que en ocasiones tiende a confundirse con el tradicional enfoque de factores de riesgo. En este artículo se plantean las principales perspectivas teóricas disponibles para analizar los determinantes de la salud y algunas particularidades de su estudio en el caso colombiano.

Palabras clave autor: determinantes sociales de la salud, desigualdades en la salud, factores de riesgo, equidad en salud, medio social, calidad de vida, salud pública.

Palabras clave descriptor: disparidades en atención de salud, factores de riesgo, equidad en salud, salud pública.

Abstract

The analysis of the health population status from the perspective of the social determinants of health (SDH) are a crucial topic in the World Health Organization and some Health National Ministry's agenda. Despite of its theoretical foundations and the empirical evidence elicited on the influences of social structures on the individual and groups' health status, for some scholars the SDH is a field in incipient stage with no clear definitions. Others consider it as similar to the traditional risk factors theory. In this article the main theoretical perspectives to analyze the SDH are revised as well as some particular challenges by doing research from this perspective in the Colombian society.

Key words author: social determinants of health, health inequalities, risk factors, equity in Health, Social Environment, quality of life, public health.

Key words plus: health inequalities, risk factors, equity in health, public health.

Resumo

A análise dos problemas de saúde com o denominado enfoque dos determinantes sociais e econômicos é uma questão central na agenda da Organização Mundial da Saúde (OMS) e alguns ministérios da saúde. Apesar dos avanços teóricos e as evidências coletadas sobre a influência da estrutura social no estado de saúde dos indivíduos, os grupos e as nações, para alguns, é um campo de estudo em construção, ainda não está suficientemente delimitado que às vezes tende a ser confundida com o enfoque tradicional dos fatores de risco. Neste artigo são propostas as principais perspectivas teóricas disponíveis para analisar os determinantes da saúde e algumas particularidades de seu estudo, no caso colombiano.

Palavras chave autor: determinantes sociais da saúde, desigualdades em saúde, fatores de risco, qualidade de vida, meio social, saúde pública.

Palavras chave descritor: disparidades no atendimento de saúde, fatores de risco, equidade em saúde, saúde pública.



1. Introducción

El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los ministerios de Salud de varios países [1-5]. Es además un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología. [6-9] A pesar de su posicionamiento, es evidente que se trata de un campo de estudio en construcción, para algunos todavía no suficientemente delimitado, y cuya investigación presenta enormes retos metodológicos. A continuación se presentará una rápida ubicación histórica de la directriz de la OMS para el estudio de los determinantes sociales de la salud, los marcos teóricos para el estudio de los determinantes y algunos de los retos para investigar desde esta perspectiva la situación de salud en Colombia.

La relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de los pobres que trabajaban en las grandes fábricas urbanas europeas. En este periodo surgieron la salud pública y la epidemiología, impulsadas por la necesidad de controlar las enfermedades infecciosas causantes de altas tasas de mortalidad entre la clase obrera [10,11].

A pesar de la clara asociación entre la calidad de vida y las enfermedades, en el siglo XIX se implantó en Europa y en Estados Unidos el llamado modelo higienista, que promovió una visión unicausal con énfasis en los aspectos biológicos tanto de las enfermedades como de las estrategias curativas. El higienismo, una vez fue importado a Latinoamérica, influyó en la formación de los profesionales

de salud y en las políticas sanitarias latinoamericanas prácticamente durante todo el siglo XX [12]. El modelo higienista tuvo como punta de lanza su efectividad en el control de enfermedades infecciosas de alta prevalencia en el siglo XIX y comienzos del XX como la fiebre amarilla, el sarampión y la viruela. Su éxito se fundamentó en la investigación sobre vacunas y en la implementación de medidas higiénicas para controlar la propagación de infecciones. En Colombia se inició en las zonas geográficas dedicadas a la producción y exportación de productos agroindustriales [12].

A pesar de su hegemonía, el higienismo y su fundamentación biológica agotaron su capacidad para explicar la génesis de las enfermedades y su eficacia para prevenirlas y tratarlas. Esta derrota se debió en parte al destacado lugar que en este momento ocupan en el perfil epidemiológico de los países desarrollados y los países en desarrollo las enfermedades crónicas de origen multicausal.

El modelo unicausal se reforzó en las últimas décadas del siglo XX con la hegemonía del mercado en la prestación de los servicios de salud, derivada de las llamadas reformas neoliberales. Países en todos los continentes aplicaron reformas a sus sistemas de salud que privilegiaron la rentabilidad económica de los nuevos actores de los sistemas provenientes del sector financiero, por encima de la solución de los problemas de la población.

La hegemonía neoliberal relegó a un segundo lugar las directrices de la OMS fijadas en la declaración de Alma Ata, en relación con la necesidad de aplicar estrategias de salud intersectoriales con fuerte componente de participación ciudadana, basadas en la mejora de la calidad de vida, especialmente de los más pobres. Por el contrario, bajo el modelo neoliberal se instauraron sistemas de salud que tienen como núcleo el aseguramiento

individual, la atención a la enfermedad más que la prevención y la promoción de la salud, privilegiando a los sectores de la población de mayores ingresos que acceden a pólizas de seguro más costosas y priorizando la rentabilidad de las instituciones financieras participantes de los nuevos sistemas [13-16].

El neoliberalismo en la salud desdeñó también la evidencia científica que demuestra la influencia crucial que el mejoramiento de la alimentación, la provisión de agua potable, el manejo adecuado de sistemas de eliminación de excretas y el uso de mejores materiales en la fabricación de las viviendas tuvieron sobre el aumento en la esperanza de vida y en la disminución de la mortalidad infantil y la mortalidad materna en los países europeos; influencia que supera el aporte realizado por el desarrollo y la expansión de los servicios e instituciones de salud [17].

Es en ese contexto de crisis del ensayo neoliberal en que la OMS, en su asamblea de 2004, lanzó la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud [18]. Se trata de una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud; igualmente, es un intento de recuperar las estrategias de Salud para Todos y de Atención Primaria en Salud. La perspectiva de los determinantes se deslinda claramente de las reformas neoliberales y al mismo tiempo denuncia su estrepitoso fracaso e incapacidad para resolver los complejos problemas de salud contemporáneos [19].

2. ¿En qué consiste este campo de conocimiento y acción?

La directriz de la OMS de 2004 catapultó un sinnúmero de investigaciones y artículos académicos alrededor del mundo sobre los

determinantes sociales de la salud, estudios que, infortunadamente, en ocasiones, contribuyeron a generar confusión al utilizar el concepto sin especificar sus alcances e implicaciones. Como lo observa Graham [20], el concepto ha adquirido un significado dual refiriéndose por una parte a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y los grupos sociales y, por otra, a los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de esos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad. Algunas veces el concepto es tratado de manera ambigua como los determinantes de la salud y los determinantes de las inequidades en salud.

Resolver la ambigüedad señalada es fundamental para que la perspectiva de los determinantes cumpla un papel realmente transformador, pues de lo que se trata es del estudio de los determinantes sociales de las inequidades en salud. Como lo plantean Solar & Irwin [21], lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud [20, 21]. Por lo tanto, es un concepto diferente a la tradicional perspectiva de factores de riesgo y está anclado en el análisis de las inequidades entre grupos sociales.

Por centrar su interés en las diferencias en condiciones de salud entre los estratos sociales, el campo de conocimiento de los determinantes sociales y económicos tiene como fundamento el análisis de las inequidades, entendidas como aquellas diferencias en el estado de salud de las personas que son evitables y por lo tanto injustas [22]. Su centro de atención es la necesidad de esclarecer cómo las desigualdades injustas en la distribución de los bienes sociales: ingreso, riqueza, empleo estable, alimentación sa-



ludable, hábitos de vida saludables, acceso a servicios de salud, educación, recreación entre otros, se manifiestan generando diferencias injustas en el estado de salud de los grupos sociales.

El acento en las diferencias entre grupos sociales es crucial para la perspectiva de los determinantes. Los resultados de los estudios en que se analizan los factores condicionantes de la situación de de salud difieren cuando el análisis se establece desde una perspectiva individual, de cuando se hace desde una perspectiva social. Lo que hace diferente el estado de salud de un individuo a otro no es necesariamente lo que explica las diferencias entre los grupos sociales y entre sociedades enteras. En la práctica, en algunas ocasiones, lo que aparece como un determinante de la salud de una sociedad o un grupo social no se confirma como un factor de riesgo en estudios de nivel individual, siendo los resultados válidos y verificables en ambos casos. En ocasiones, lo que realmente adiciona o sustrae salud a los grupos sociales cuenta muy poco en la variación de un individuo a otro y escapa a su detección [23]. Igualmente, factores asociados a las mayores diferencias de salud entre dos sociedades pueden no variar al interior de cada una de ellas. “Aquellos elementos que afectan a cada miembro de una sociedad uniformemente son llamados constantes y son invisibles en estudios estadísticos de individuos en esa población porque la estadística usa instrumentos de análisis de diferencias o patrones de variación entre un gran número de casos” [23].

3. ¿Por qué el acento actual en las inequidades en salud?

Dos aspectos han contribuido a acrecentar la preocupación por las inequidades en salud. El primero tiene que ver con el aumento en

las desigualdades sociales entre países, regiones y al interior de los países, entre grupos y estratos sociales. Según el Informe sobre el Desarrollo Humano de las Naciones Unidas “la diferencia de la renta de la quinta parte más rica de la población mundial respecto al quinto más pobre pasó de ser de 30 a 1 en 1960, a ser 60 a 1 en 1990 y 74 a 1 en 1997” [24]. Para el año 2006 el estudio realizado por la Universidad de Naciones Unidas señala que el 10% más rico tiene el 85% del capital mundial, y la mitad de toda la población del planeta tiene sólo el 1% [25].

El aumento de las desigualdades sociales entre regiones, países y estratos tiene su expresión en las condiciones de salud. Por ejemplo, la expectativa de vida al nacer en Sierra Leona es de 34 años, y en Japón es de 81,9; la probabilidad de que una persona muera entre las edades de 15 y 60 años es de 8,3 % en Suecia, 46,4% en Rusia y 90,2 % en Lesotho, y la expectativa de vida en los países desarrollados varía entre cinco y diez años dependiendo de las diferencias en salario, educación y condiciones de trabajo. [1]

Un segundo elemento que ha puesto el asunto de las inequidades en salud en primer plano es la persistencia del gradiente de salud. Se trata de la constatación de que las condiciones de salud no sólo son diferentes entre los grupos más pobres y el resto de la sociedad, sino también que en todas las sociedades la salud, y sobre todo la prevalencia de todas las enfermedades crónicas y agudas, tiene la misma forma que la estructura social; es decir, a medida que se baja un peldaño en la escalera social, aumenta la prevalencia de casi todas las enfermedades y problemas de salud: la inequidad nos afecta a todos [26].

La evidencia demuestra entonces que si bien en promedio las condiciones de salud han

mejorado en casi todos los países del mundo y al interior de cada uno de ellos, las desigualdades en salud aumentaron cualquiera que sea el indicador de evaluación escogido.

Dos grandes preguntas rondan al gradiente de salud: ¿Qué origina las inequidades en salud y cómo, cuáles son las vías por las cuales el contexto social y económico se convierte en enfermedad?

La explicación del origen de las inequidades en salud entre los grupos sociales usualmente se fundamenta en tres perspectivas teóricas. Se trata de acercamientos divergentes, que no por ello son mutuamente excluyentes, y se diferencian en las esferas de la calidad de vida a las que le dan mayor peso para explicar el origen del fenómeno:

- *La teoría psico-social.* Propone que la autopercepción de las personas del lugar que ocupan en la jerarquía, en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud. La discriminación sentida por aquellos ubicados en los lugares menos privilegiados de la estructura causa estrés y éste lleva a respuestas fisiológicas de larga duración que hacen a las personas susceptibles a las enfermedades [21, 26-34].

De acuerdo con esta teoría, la experiencia de vivir en sociedades altamente desiguales fuerza a las personas a comparar su estatus, posesiones y otros bienes, generando en algunos grupos sociales sentimientos de minusvalía y autodesprecio que tienen consecuencias comprobadas en su sistema neuroendocrino. Al mismo tiempo, estas sociedades desiguales rompen los vínculos y redes sociales, lo que conlleva un factor más de deterioro para la salud.

Aportes a la evidencia empírica de esta teoría lo constituyen la menor esperanza de vida y las mayores tasas de mortalidad en grupos

que tienen satisfechas sus necesidades básicas y que incluso cuentan con ingresos superiores al promedio nacional en sus países, pero que viven en sociedades altamente desiguales como, por ejemplo, la población afrodescendiente de los Estados Unidos y de Inglaterra.

- *La teoría de la producción social de la enfermedad,* fundamentada en el materialismo-estructuralista, sostiene que el escaso ingreso de algunas personas y grupos sociales las lleva a la falta de recursos para superar los factores que afectan su salud y producen enfermedad [21]. Afirma que las prioridades del capitalismo: la acumulación de prestigio, riqueza y poder se logran sacrificando el bienestar y estado de salud de los menos aventajados de la sociedad. Esta perspectiva no niega que los factores psicosociales operen en sociedades desiguales, pero demanda un análisis más estructural de las condiciones materiales [32-47].

- *La perspectiva ecosocial* reúne elementos de las anteriores para construir una plataforma teórica multinivel donde se entienda que cada nivel de la organización social y biológica, desde las células hasta las organizaciones sociales complejas, constituye un eco-sistema que actúa como un todo y condiciona la situación de salud [21, 45-47].

Esta perspectiva analiza cómo el contexto, no sólo el social, sino también el medio ambiente físico, interactúa con la biología y cómo los individuos “encarnan”, es decir, expresan en su cuerpo aspectos del contexto en que viven y trabajan. Ese proceso configura los “estilos de vida colectivos”, entendiendo que los estilos de vida no son decisiones individuales, sino conductas influenciadas por las oportunidades definidas por el medio social en que las personas viven [48].



La segunda pregunta en relación con el gradiente de salud es: ¿A través de qué vías las inequidades sociales producen las enfermedades?

De la misma manera en que existen diferentes teorías para explicar cómo se distribuyen las enfermedades a través de los diferentes estratos sociales, los investigadores han hecho un esfuerzo considerable para tratar de explicar cómo las desigualdades sociales se convierten en enfermedades y problemas de salud. Este intento es quizás el de mayores retos para la ciencia, pues se trata de establecer los mecanismos a través de los cuales los individuos “encarnan” las desigualdades de la sociedad que habitan. Estas perspectivas tampoco son excluyentes, por el contrario, se parte de considerar que en buena medida son complementarias.

En general hay acuerdo entre los investigadores en que el contexto social y económico cumple un rol central en el estado de salud de las personas, aunque lo hace a través de factores intermediarios. Los estudios longitudinales muestran que cuando se mide el estatus socioeconómico de un grupo de personas y se hace seguimiento para evaluar la aparición de problemas de salud, las enfermedades se presentan en mayor número en aquellas personas ubicadas en los estratos más bajos. Pero esas causas sociales actúan de manera indirecta, a través de determinantes específicos intermediarios que son distribuidos de manera desigual en la sociedad. Se han identificado como factores intermediarios los bienes materiales, el comportamiento en salud, o sea los hábitos de vida, los factores psicosociales y los biológicos [21].

Cuál es el peso de cada uno de esos factores en la generación de inequidades en salud es algo desconocido. Los defensores de la perspectiva teórica psico-social, anteriormente

mencionada, plantean que el problema se origina en la distribución desigual de los factores psicosociales, en particular de la falta de redes de apoyo y los eventos traumáticos en la vida, en ambos casos en detrimento de los grupos más pobres. Apoyan su tesis en el hecho que las sociedades más cohesionadas socialmente, con mayores niveles de participación social y política, con estructuras estatales y redes sociales de apoyo presentan unos mejores niveles de salud, independiente de su ingreso per cápita.

Los que parten de la perspectiva material-estructuralista, igualmente expuesta, sostienen que las condiciones materiales precarias: alimentación insuficiente, vivienda precaria, ambiente laboral inseguro, generan riesgos diferenciales para los diferentes estratos sociales y estos riesgos se expresan en forma de inequidades en salud. Igualmente, sostienen que las personas con mejores condiciones materiales de vida tienden a tener mayores recursos económicos y cognitivos para prevenir daños en su salud y a utilizar de manera más eficiente la información disponible sobre prevención de las enfermedades [21].

Otros sostienen que lo que realmente se distribuye de manera desigual en la sociedad son los hábitos de vida que atentan contra la salud, y que éstos son más prevalentes a medida que decrece en el estatus socioeconómico. Esta teoría está respaldada con un volumen considerable de evidencia que muestra cómo en la mayor parte de las sociedades occidentales las personas más pobres asumen conductas de riesgo para su salud en mayor proporción que las de estratos superiores.

Esta última perspectiva, aunque con la carga de evidencia mencionada, tiene múltiples contradictores. Los hábitos de vida no saludables como la mala calidad de la dieta, fumar y el sedentarismo explican menos

del 50% de las diferencias entre estratos y por lo tanto, como algunos sostienen, debe haber factores que inducen a una susceptibilidad más general a las enfermedades [21, 26, 48].

Por último, *la teoría del curso de la vida* destaca la importancia de considerar el factor tiempo para entender los vínculos causales entre la exposición a un riesgo como la pobreza o la desnutrición y los resultados en materia de salud, ya sea en la vida de una persona, a través de varias generaciones o en tendencias de las enfermedades en las poblaciones. Esta teoría enfatiza que los determinantes sociales operan de manera diferenciada en las diferentes etapas de la vida de las personas: infancia, adolescencia y adultez, y pueden llegar a afectar la salud inmediatamente o en momentos posteriores. Un ejemplo de aplicación de esta teoría es la conocida hipótesis de Barker sobre la asociación entre carencia de nutrientes en la etapa fetal y el padecimiento de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta [49-51].

4. Algunos retos metodológicos para el estudio de los determinantes de las inequidades en salud en Colombia

Diversos estudios en Colombia han demostrado el papel de algunos determinantes sociales y económicos como la región, la zona donde se habita (urbana o rural), el nivel educativo y los ingresos sobre el estado de salud, el acceso a los servicios y la autopercepción del estado de salud [52-54]. Estas investigaciones en el caso colombiano, además de las dificultades teóricas que son comunes al estudio de los determinantes de las inequidades en general, presentan ciertos retos metodológicos, algunos de los cuales serán simplemente esbozados a continuación:

-El estatus socioeconómico. La mayoría de estudios sobre determinantes de la salud utilizan como indicadores de estatus socioeconómico el ingreso, el nivel educativo o la ocupación, y en los últimos años aumentó el interés por la unidad de análisis vecindario (neighborhood) que en nuestro caso podría ser el barrio, la comuna o la localidad. Generalmente se reconoce que el ingreso está mediado por la ocupación que desempeñan las personas y que ésta a su vez está condicionada por el nivel educativo. Esta ecuación, válida todavía para muchos países, no se cumple cabalmente en Colombia y tiende cada vez a cumplirse menos. En nuestro país, debido a la implantación de un modelo de desarrollo excluyente, es cada vez más frecuente que algunos grupos sociales pierdan su estatus como consecuencia de la pérdida de sus empleos, o que personas con un alto nivel educativo no tengan una ocupación relacionada con sus antecedentes académicos y por lo tanto su ingreso no se corresponda con su formación, o que haya personas que tienen un empleo acorde a su nivel educativo, pero que no se ve reflejado en sus ingresos; problemas todos que golpean con especial fuerza a los sectores medios de la población. Esta movilidad social dificulta entender las dinámicas de los efectos de los determinantes sociales sobre el estado de salud, tanto cuando se investigan en una perspectiva de curso de la vida como si se intentan hacer mediciones de periodos de tiempo más cortos.

- El peso de los factores psicosociales. La cohesión social, la presencia de redes de apoyo, la participación social y política son bienes sociales cuya relación con el estado de salud de las personas hoy se plantea como incuestionable. Aquí, la realidad colombiana presenta unos retos enormes para el análisis, por la ruptura de redes sociales y la movilidad entre regiones, inter e intraurbana, provocada por el destierro y el desplazamiento forzado.



- *La estructura del sistema de salud.* El sistema nacional de salud de cualquier país condiciona el acceso a los servicios y programas de los diferentes grupos sociales y cumple (o deja de cumplir) varias funciones como: la prevención de las enfermedades o la curación y rehabilitación en casos en que la enfermedad se presenta. Este papel hace que cualquier sistema de salud sea un determinante del lugar que las personas alcanzan en la estructura social. En Colombia se requiere investigar en una perspectiva de curso de la vida o de largo plazo los efectos de una organización inequitativa de los servicios de salud, con un acceso inestable, fragmentado y mediado por los recursos económicos de las personas.

El reto es entonces empezar a conocer las particularidades de nuestras inequidades en salud y sus determinantes, que seguramente se comportan de manera distinta y tienen efectos diferentes a las de otros países. Se requiere utilizar herramientas teóricas y metodológicas cuantitativas y cualitativas para indagar cómo la estructura de nuestra sociedad nos enferma y nos mata de manera desigual.

Referencias

- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos, declaración provisional [monografía en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. [Citado en 2008, Ago. 2]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_spa.pdf
- Department of Health. Health inequalities: Progress and next steps [monografía en Internet]. United Kingdom: Department of Health; 2008. [Cited 2008 Nov 12]. Available from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationPolicyAndGuidance/DH_085307
- Public Health Agency of Canada. Health equity through intersectoral action. An analysis of 18 countries case studies [monograph on Internet]. Canadá: World Health Organization; 2008. [Cited 2009 Feb 4]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/hetia18-esgai18/pdf/hetia18-esgai18-eng.pdf>
- Public Health Agency of Canada. Crossing sectors: dialogue on intersectoral action. [monograph on Internet]. Vancouver: World Health Organization; 2007. [cited 2009 Feb 6]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/strategy/meetings/2007/geneva/final_dialogue_report.pdf
- Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. [monograph on Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [Cited 2009 Feb 6]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
- Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychol Bull.* 1989;105(2): 260-75.
- McLaren L. Socioeconomic Status and Obesity. *Epidemiol Rev.* 2007; (29): 29-48.
- Ali SM, Lindström M. Socioeconomic, psychosocial, behavioral, and psychological determinants of BMI among young women: differing patterns for underweight and overweight/obesity. *Eur J Public Health.* 2006; 16(3): 324-32.
- Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Cause-specific excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA* 2007 Nov. 7; 298 (17): 2.028-37.
- Berlinguer G. Determinantes sociales de las enfermedades. *Rev cub salud pública.* [Serie en Internet] 2007. [Citado en 2009, enero 25]; 33(1): [aprox. 16 p.]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=en. doi: 10.1590/S0864-34662007000100003
- Turner BS. The history of the changing concepts of health and illness outline of a general model of illness categories. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC, editors. *The handbook of social studies in health and medicine.* London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications; 2000. pp. 9-24.
- Hernández M. La salud fragmentada en Colombia 1910-1946. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003.
- Álvarez LS. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Rev Panam Salud Pública.* 2005; 18(2): 129-35.
- Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18(4): 905-25.
- Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina, Una visión crítica

- a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17(3):210-20.
16. Gamboa T, Arellano M. Tendencias neoliberales en la reforma de la gestión pública en América Latina. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2007; 6(13):46-65.
 17. Mckeown T, Record RG, Turner RD. An interpretation of decline in mortality in England and Wales during the twentieth century. *Popul stud*. 1975 Nov 29; (3): 391-422.
 18. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, Koller T, Vega J. The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities. *PLoS Medicine* 2006. June 3; (6): e106.
 19. National Institute for Health and Clinical Excellence, Universidad del Desarrollo. Measurement and Evidence Knowledge Network. The social determinants of health: developing and evidence base for political action, final report. Geneva: World Health Organization; 2007.
 20. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q*. 2004; 82(1): 101-24.
 21. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2007.
 22. Whitehead M. The Concepts and principles of equity and health. *Health Promot Int*. 1991; 6(3): 217-28.
 23. Wilkinson RG. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge; 1996. p. 16-7.
 24. Callinicos A. *Igualdad*. Madrid: Siglo XXI España; 2003. p. 11.
 25. Sen A, Kliksberg B. *Primero la gente*. Barcelona: Deusto; 2007.
 26. Marmot M. *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. New York: Times Books; 2004.
 27. Raphael D. Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. *Int J Health Serv*. 2006; (4):651-77.
 28. Mathews KA. Psychological perspectives of the development of coronary heart disease. *Am Psychol*. 2005 Nov; 60 (8):783-96.
 29. Sapolsky R. Sick of poverty. *Sci Am*. 2005 Dec; 293(6): 92-9.
 30. Crow B. Inequalities in the world. New theoretical frameworks: multiple empirical approaches. *Contemp Sociol* 2007 Jul; 36(4): 388-91.
 31. Ferrie JE, Martikainen P, Shipley MJ, Marmot M. Self-reported economic difficulties and coronary events in men: evidence from the Whitehall II study. *Int J Epidemiol*. 2005 Jun; 34(3): 640-8.
 32. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and socioeconomic gradients in mortality. *Am J Public Health*. 2008 Apr; 98(4): 699-704.
 33. Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? *Br Med J*. 1997 Feb 22; 314 (7.080):591-5.
 34. Wilkinson RG, Pickett KE. The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. *Soc Sci Med*. 2007; 65(9): 1.965-78.
 35. Navarro V. *The political and social context of health*. New York: Baywood Publishing Company; 2004.
 36. Chen E, Mathews K. Cognitive appraisal biases: an approach to understanding the relationship between socioeconomic status and cardiovascular reactivity. *Ann Behav Med*. 2001 May; 23(2):101-11.
 37. Lynch JW, Kaplan GA, Pamuk ER, Cohen RD, Heck KE, Balfour JL et al. Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. *Am J Public Health*. 1998 Jul; 88(7): 1.074-80.
 38. Siegrist J. The social causation of health and illness. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC, editors. *The handbook of social studies in health and medicine*. London, Thousand Oaks: SAGE Publications; 2000. pp. 100-14.
 39. Burström B. Social differentials in the decline of infant mortality in Sweden in the twentieth century: the impact of politics and policy. *Int J Health Serv*. 2003; 33(4): 723-41.
 40. Kaplan GA, Pamuk ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *Br Med J*. 1996 Apr 20; 312(7.037): 999-1.003.
 41. Subramanian SV, Kawachi I. The association between state income inequality and worse health is not confounded by race. *Int J Epidemiol*. 2003 Dec; 32(6):1.022-28.
 42. Kennedy BP, Kawachi, I, Glass R, Prothrow-Stith D. Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: Multilevel analysis. *Br Med J*. 1998 Oct 3; 317 (7.163): 917-21.
 43. Fuller-Thomson E, Gadalla T. Income inequality and limitations in activities of daily living: a multilevel analysis of the 2003 American Community Survey. *Public Health*. 2008 Mar; 122(3): 221-8.
 44. Daly MC, Duncan GJ, Kaplan GA, Lynch JW. Macro-to-micro links in the relation between income inequality and mortality. *Milbank Q*. 1998; 76(3): 315-39.
 45. Krieger N. Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? *Am J Public Health* 2008; 98(2): 221-30.
 46. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J*



- Epidemiol. 2001; 30(4):668-77.
47. Krieger N, Sidney S. Racial discrimination and blood pressure: the CARDIA study of young black and white adults. *Am J Public Health*. 1996 Oct; 86(10): 1.370-78.
48. Cockerham WC. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *J Health Soc Behav*. 2005; 46(1): 51-67.
49. Barker DJ. Fetal origins of coronary heart diseases. *BMJ*. 1995 July 15; 311(6.998):171-86.
50. Robinson J. The fetal origins of adult disease. *BMJ*. 2001 Feb 17; 322(7.283): 375-8.
51. Barker DJ, Eriksson JE, Forsén T, Osmond C. Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. *Int J Epidemiol*. 2002; 31:1.235-9.
52. Tovar L, García G. El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia, *Lecturas de Economía*. 2003; (65):177-208.
53. Tovar LM. Determinantes del estado de salud de la población colombiana. *Economía, gestión y desarrollo*. 2005; (3):125-51.
54. Zambrano A. Determinantes del estado de salud en Colombia [monografía en Internet] Bogotá: Universidad de Rosario; 2001. [Citado en 2009, sep. 15]. Disponible en:http://www.asivamosensalud.org/descargas/lecturas/Zambrano_estado_de_salud.pdf