

Glosario de epidemiología social¹

Nancy Krieger²

¿Por qué “epidemiología social”? Después de todo, ¿no es “social” toda la epidemiología? En la medida en que las personas son simultáneamente organismos sociales y biológicos, ¿hay algún proceso biológico que se exprese desprovisto de contexto social o algún proceso social que no sea mediado por la realidad corporal de nuestros cuerpos esencialmente generativos y mortales? (1, 2). Pero, pese a la aparente perogrullada, reconocida desde los tiempos de la fundación de la epidemiología como disciplina científica a principios del siglo XIX, de que son los procesos sociales y biológicos los que, intrínsecamente, determinan la salud de la población, no toda la epidemiología es “epidemiología social” (3, 4). La “epidemiología social”, así llamada por primera vez en inglés en 1950 (3, 5), se distingue por su empeño en investigar explícitamente los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones, en vez de tratar dichos determinantes como un simple trasfondo de los fenómenos biomédicos. Para emprender esta tarea es necesario prestar atención a las teorías, conceptos y métodos que permiten esclarecer las íntimas relaciones existentes entre nuestros cuerpos y el cuerpo político; con esta finalidad, el siguiente glosario proporciona una selección de términos esenciales en este campo.

Una breve nota explicativa. Algunas entradas contienen un solo término y otras incluyen varios términos relacionados cuyos significados son interdependientes o que se refieren a aspectos específicos de un concepto más amplio. Por otra parte, cada entrada está organizada en función de su importancia para la epidemiología social; la explicación de su relevancia para otras disciplinas está fuera del alcance de este glosario.

Expresión biológica de la desigualdad social³

[Biological expressions of social inequality]

Expresión biológica de la desigualdad social se refiere a cómo las personas incorporan (literalmente) y expresan biológicamente sus experiencias de desigualdad económica y social, desde la vida intrauterina hasta la muerte, produciendo así desigualdades sociales en una amplia gama de aspectos de la salud (1, 2, 6). Este concepto de “expresión biológica de la desigualdad social”, esencial para la epidemiología social, ha sido evidente en el pensa-

¹ Publicado originalmente en inglés (*J Epidemiol Community Health* 2001;55:693-700) y traducido al español con el permiso del propietario del *copyright*: BMJ Publishing Group.

² Department of Health and Social Behavior, Harvard School of Public Health. La correspondencia debe enviarse a la autora a la siguiente dirección: Department of Health and Social Behavior, Harvard School of Public Health, 677 Huntington Ave., Boston, MA 02115, Estados Unidos de América. Correo electrónico: nkrieger@hsph.harvard.edu

³ Se ha mantenido el orden alfabético del original en inglés.

miento epidemiológico desde la aparición de la disciplina a principios del siglo XIX, aunque no siempre se haya denominado explícitamente de esta forma; como ejemplo valgan las investigaciones pioneras acerca de los gradientes socioeconómicos y los efectos de la pobreza sobre la mortalidad, la morbilidad y la talla, como las realizadas por Louis René Villermé (1782–1863) (3, 7, 8).

Como ejemplos se pueden mencionar las expresiones biológicas de la pobreza y de diversos tipos de discriminación, como los basados en la raza/etnia, el género, la sexualidad, la clase social, la discapacidad o la edad. Que estas expresiones biológicas de la desigualdad social se interpreten como la expresión de características innatas o impuestas, individuales o sociales, depende en parte de las mismas desigualdades sociales que modelan la salud de la población (1, 6). El concepto de “expresión biológica de la desigualdad social” contrasta así con las formulaciones deterministas biológicas que tratan de explicar las desigualdades sociales en el campo de la salud a través de procesos y rasgos biológicos utilizados tautológicamente para definir la pertenencia a los grupos subordinados o dominantes (por ejemplo, el color de la piel o el sexo biológico).

Discriminación

[*Discrimination*]

Discriminación alude al “proceso mediante el cual uno o varios miembros de un grupo socialmente definido son tratados de forma diferente, y especialmente de forma injusta, debido a su pertenencia a ese grupo” (9 —página 169—). Este tratamiento injusto nace de “creencias de origen social que cada [grupo] tiene acerca del otro” y de “estructuras de dominación y opresión, vistas como expresiones de una lucha por el poder y los privilegios” (10 —páginas 125 a 126—).

En consecuencia, las personas e instituciones que discriminan negativamente están restringiendo, por juicio y acción, las vidas de aquellos a quienes discriminan (6). Lo que está en cuestión son las prácticas, tanto interpersonales como institucionales, de los grupos dominantes para mantener los privilegios que obtienen a través de la subordinación de los grupos a los que oprimen (intencionalmente, y también por el mantenimiento del *statu quo*), y las ideologías que usan para justificar dichas prácticas, que giran en torno a nociones de superioridad e inferioridad, de diferencia o de desviación innatas (6). Los tipos predominantes de discriminación negativa están basados en la raza/etnia, el género, la sexualidad, la discapacidad, la edad, la nacionalidad, la religión y, aunque no siempre se

reconozca, la clase social. En cambio, la discriminación positiva (la acción afirmativa, por ejemplo) procura rectificar las inequidades creadas por la discriminación negativa.

Los análisis socioepidemiológicos de las consecuencias de la discriminación para la salud requieren una conceptualización y operacionalización de diversas expresiones de la exposición, la susceptibilidad y la resistencia a la discriminación, como las que se enumeran a continuación, que reconozcan que los individuos y los grupos sociales pueden estar sujetos simultáneamente a diversos tipos de discriminación que interaccionen unos con otros: (6 —página 42—).

Aspectos de la discriminación:

- *Tipo:* referido a los grupos dominante y subordinado y a la ideología justificativa.
- *Forma:* estructural, institucional o interpersonal; legal o ilegal; directa o indirecta; manifiesta o encubierta.
- *Autoría:* perpetrada por el estado o por autores no estatales (institucionales o individuales).
- *Expresión:* verbal o violenta; mental, física o sexual.
- *Dominio:* por ejemplo, en el hogar, la familia, la escuela, el trabajo, la calle o en un ámbito público; para conseguir trabajo, casa, créditos o préstamos, asistencia médica o para comprar otros bienes y servicios; por los medios de comunicación, la policía o los juzgados, otros organismos públicos o los servicios sociales.
- *Nivel:* individual, institucional, vecindario, comunidad, jurisdicción política, nacional, regional, mundial.

Exposición acumulativa a la discriminación:

- *Distribución temporal:* vida intrauterina, lactancia, infancia, adolescencia o edad adulta.
- *Intensidad:* ligera a grave.
- *Frecuencia:* crónica, aguda o esporádica.
- *Duración:* intervalo de tiempo a lo largo del cual se sufre la discriminación.
- Las respuestas a la discriminación se pueden analizar de la misma forma (6).

Teoría ecosocial de la distribución la enfermedad

[*Ecosocial theory of disease distribution*]

El sistema *ecosocial* (1, 2) y otros sistemas epidemiológicos recientes de múltiples niveles (11, 12)

procuran integrar los razonamientos social y biológico y una perspectiva dinámica, histórica y ecológica para generar nuevas ideas sobre los determinantes de la distribución poblacional de la enfermedad y de las desigualdades sociales en el campo de la salud. Para la teoría ecosocial, la cuestión fundamental es “¿qué y quién es responsable de las tendencias poblacionales de la salud, la enfermedad y el bienestar, manifestadas en las desigualdades sociales de salud presentes y pasadas y en sus cambios?” Por consiguiente, las explicaciones epidemiológicas adecuadas deben tener en cuenta las distribuciones temporoespaciales de la enfermedad, tanto las persistentes como las cambiantes, incluidas las desigualdades sociales en salud. Para facilitar la conceptualización, la teoría ecosocial usa la metáfora visual fractal de un “arbusto” de la vida en crecimiento, entrelazado con el andamiaje de la sociedad que diferentes grupos sociales básicos refuerzan o tratan de alterar diariamente (1, 2). Se eligió una metáfora fractal porque los fractales son estructuras recurrentes, repetitivas y similares a sí mismas en todas las escalas, desde las microescalas hasta las macroescalas (2). De este modo, la teoría ecosocial invita a considerar cómo se genera la salud de la población a partir de las condiciones sociales, engranadas necesariamente con los procesos biológicos en todas las escalas temporoespaciales, de lo subcelular a lo mundial o del nanosegundo al milenio (1).

En consecuencia, los conceptos fundamentales de la teoría ecosocial incluyen (1):

1. La *incorporación*, concepto que se refiere a cómo incorporamos biológicamente el mundo material y social en el que vivimos, desde la vida intrauterina hasta la muerte; el corolario es que no hay aspecto de nuestra biología que se pueda comprender sin conocer la historia y las formas de vida individuales y sociales.
2. Las *vías de incorporación*, estructuradas simultáneamente por: a) la organización social del poder y la propiedad y las estructuras contingentes de producción, consumo y reproducción, y b) las limitaciones y posibilidades de nuestra biología, tal como las han conformado la historia de la evolución de nuestra especie, nuestro contexto ecológico y las historias individuales, esto es, las trayectorias de desarrollo biológico y social.
3. Las *interacciones acumulativas entre la exposición, la susceptibilidad y la resistencia*, expresadas en las vías de incorporación —conceptualizando cada uno de los factores y su distribución en múltiples niveles (individual, de vecindario, de jurisdicción regional o política, nacional, internacional o supranacional) y múltiples dominios (por ejemplo, en el hogar, el trabajo, la escuela y otros ámbitos públicos), en relación con los nichos ecoló-

gicos pertinentes— y manifestadas en procesos con múltiples escalas de tiempo y espacio.

4. La *responsabilidad y autoría*, expresadas en las vías de incorporación y en los conocimientos sobre ella, en relación con instituciones (gobierno, negocios y sector público), comunidades, hogares e individuos, y también con la responsabilidad y autoría de los epidemiólogos y otros científicos con respecto a las teorías usadas, y a las no usadas, para explicar las desigualdades sociales en la salud; el corolario es que, dada la probable existencia de explicaciones causales complementarias a diferentes escalas y niveles, los estudios epidemiológicos deberían especificar sus escalas y niveles de análisis particulares, y considerar sus beneficios y limitaciones.

Más que añadir simplemente “biología” a los análisis “sociales” o “factores sociales” a los análisis “biológicos”, el marco conceptual ecosocial empieza a pensar en un enfoque integrado más sistemático, capaz de generar nuevas hipótesis, y no en la simple reinterpretación de los factores identificados por un enfoque (por ejemplo, el biológico) en términos del otro (por ejemplo, el social) (1).

Incorporación

[*Embodiment*]

Concepto fundamental para entender las relaciones entre el estado de nuestros cuerpos y el cuerpo político; véase la definición en la entrada sobre la “teoría ecosocial”.

Género, sexismo y sexo

[*Gender, sexism, and sex*]

Género se refiere a un concepto social de convenciones, papeles y comportamientos de carácter cultural asignados a las mujeres y hombres y a los niños y niñas, así como a las relaciones entre ellos (13–15). Los papeles de cada género varían a lo largo de un espectro continuo y tanto las relaciones entre los géneros como las *expresiones biológicas del género* varían entre diferentes sociedades y en una misma sociedad, típicamente en función de las divisiones sociales basadas en premisas de poder y autoridad (por ejemplo, clase, raza/etnia, nacionalidad o religión) (6, 15). *Sexismo*, a su vez, implica relaciones de género injustas y se refiere a las prácticas institucionales e interpersonales mediante las cuales los miembros de grupos del género dominante (habitualmente los hombres) obtienen privi-

legios a través de la subordinación de otros grupos de género (habitualmente las mujeres) y justifican dichas prácticas mediante ideologías de superioridad, diferencia o desviación innata (6, 13–15). Por último, *sexo* es un concepto biológico basado en las características biológicas que posibilitan la reproducción sexual (14, 16). El sexo biológico de las personas se asigna de diferentes formas, relacionadas con las características sexuales secundarias, las gónadas o los cromosomas sexuales; las categorías sexuales incluyen la mujer, el hombre, el intersexual (persona que nace con características sexuales tanto femeninas como masculinas) y el transexual (persona que se somete a intervenciones quirúrgicas u hormonales para cambiar de sexo) (14). En algunos casos, las características biológicas ligadas al sexo (por ejemplo, la presencia o ausencia de ovarios, testículos, vagina o pene, las concentraciones de diferentes hormonas, el embarazo, etc.) pueden contribuir a las diferencias de salud entre los géneros, pero también se pueden concebir como expresiones biológicas determinadas por el género y servir erróneamente para explicar *expresiones biológicas del género* (1, 16). Por ejemplo, la asociación entre la paridad y la incidencia de melanomas en las mujeres se atribuye generalmente a cambios hormonales relacionados con el embarazo; sin embargo, nuevas investigaciones han indicado que hay asociaciones comparables entre la paridad y la incidencia del melanoma en los hombres, lo cual indica que, desde el punto de vista etiológico, también pueden ser importantes las condiciones sociales ligadas a la paridad, y no necesariamente, o únicamente, la biología del embarazo (17).

Derechos humanos y justicia social

[*Human rights and social justice*]

Como concepto, los *derechos humanos* suponen que todas las personas “nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (18) y proporcionan un marco de referencia universal para decidir cuestiones de equidad y justicia social (18–21). En un sentido práctico, y trasladada al campo de la rendición de cuentas política y legal, “la ley internacional de los derechos humanos trata de definir lo que los gobiernos *nos pueden hacer*, lo que *no nos pueden hacer* y lo que *deberían hacer por nosotros*” (19 [las cursivas son del original]), con el fin de respetar, proteger y cumplir sus obligaciones con los derechos humanos (19, 20). Las normas sobre los derechos humanos están basadas, en primera instancia, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948, y su reconocimiento de la indivisibilidad e interdependencia de los derechos civiles, políticos,

económicos, sociales y culturales (18–21). Un marco teórico de “salud y derechos humanos” no solo estimula el reconocimiento de cómo el cumplimiento de los derechos humanos promueve la salud, sino que también ayuda a traducir las preocupaciones sobre cómo pueden dañar la salud las violaciones de los derechos humanos en quejas concretas y justificables que los gobiernos y la comunidad internacional están política y legalmente obligados a abordar. Por su parte, la comprensión de los factores que llevan a la violación de los derechos humanos y de los que sostienen su respeto, protección y cumplimiento se ve apoyada por el marco teórico de la *justicia social*, que analiza explícitamente quién se beneficia y quién se ve perjudicado por la explotación económica, la opresión, la discriminación, la desigualdad y la degradación de los “recursos naturales” (21–24). Conjuntamente, estos dos marcos teóricos proporcionan conceptos importantes para analizar los determinantes sociales de la salud y guiar las acciones para crear sociedades justas y sostenibles.

Perspectiva vital

[*Lifecourse perspective*]

Perspectiva vital hace referencia a cómo el estado de salud de una determinada cohorte a cualquier edad refleja no solo las condiciones actuales, sino también la incorporación de las circunstancias vitales anteriores, desde la vida intrauterina (25–27). De lo que se trata es de las trayectorias del desarrollo biológico y social de las personas a lo largo del tiempo, tal como ha sido modelado por el período histórico que les tocó vivir, en relación con el contexto social, económico, político, tecnológico y ecológico de su sociedad. Uno de los componentes puede implicar lo que se ha llamado “programación biológica”, referida al “proceso a través del cual un estímulo o lesión ocurrida en una fase sensible o ‘crítica’ del período de desarrollo tiene una importancia duradera o de por vida” (27 —página 13—); una importante pregunta empírica y de salud pública es cuáles de estos procesos son reversibles y en qué circunstancias.

Análisis de múltiples niveles (análisis multinivel)

[*Multi-level analysis*]

El *análisis de múltiples niveles* (o análisis multinivel) se refiere a métodos estadísticos que se desarrollaron inicialmente en el campo de las ciencias

sociales y que analizan los resultados simultáneamente en relación con determinantes medidos en diferentes niveles (por ejemplo, individual, lugar de trabajo, vecindario, nación o región geográfica nacional o plurinacional) (28–31). Cuando se guían por modelos conceptuales bien desarrollados que especifican claramente qué variables se van a estudiar en cada nivel (28), estos análisis pueden permitir determinar si la salud del individuo es modelada no solo por las características “individuales” o “del hogar” (por ejemplo, los ingresos individuales o domésticos), sino también por las características de la “población” o del “área”; estas últimas pueden ser “compositivas” (por ejemplo, la proporción de personas que viven en la pobreza) o “contextuales” (irreducibles al nivel individual, como, por ejemplo, la distribución de los ingresos, la densidad de población o la ausencia de instalaciones como supermercados, bibliotecas o centros de salud) (30, 31).

Pobreza, privación (material y social) y exclusión social

[*Poverty, deprivation (material and social), and social exclusion*]

Ser *pobre* es no tener o ver negados recursos suficientes para participar de forma significativa en la sociedad. La *pobreza* es un concepto complejo e intrínsecamente normativo que se puede definir, en términos tanto absolutos como relativos, en relación con: “necesidades”, “nivel de vida”, “recursos limitados”, “carencia de seguridad básica”, “falta de derechos”, “privaciones múltiples”, “exclusión”, “desigualdad”, “clase”, “dependencia” y “penurias inaceptables” (32); véase “posición socioeconómica” más adelante. También es importante el carácter transitorio o crónico de la experiencia de pobreza.

Según las Naciones Unidas, tal como se explica detalladamente en el *Informe sobre el desarrollo humano 2000*, se pueden distinguir dos formas de pobreza: “pobreza humana” y “pobreza de ingresos” (21 —página 17—). La *pobreza humana* “se define por el empobrecimiento en múltiples dimensiones: en una vida larga y sana, conocimiento, nivel de vida decente, participación”; por su parte, la *pobreza de ingresos* “se define por la privación en una única dimensión: los ingresos” (21 —página 17—). Desde esta perspectiva, la pobreza de ingresos constituye un determinante crítico, pero no el único, de la pobreza humana, incluida la expresión de esta en un menoscabo del estado de salud.

La *privación* (33 —páginas 10–11 y 36–37—) se puede conceptualizar y medir, tanto a nivel individual como de área, en relación con la *privación material*, que se refiere a “la dieta, el vestir, el aloja-

miento, las instalaciones domésticas, el ambiente, la localización y el trabajo (remunerado y no remunerado)”, y la *privación social*, que se refiere a los derechos relacionados con “el empleo, las actividades familiares, la integración en la comunidad, la participación formal en las instituciones sociales, las actividades recreativas y la educación” (34 —página 93—).

En consecuencia, los *umbrales de pobreza* se pueden fijar en: a) un nivel de ingresos (por ejemplo, la línea de pobreza) que se haya determinado que es insuficiente para cubrir las necesidades de subsistencia, o b) “un punto en el cual los recursos son tan inferiores a los que tienen el individuo o la familia media, que, de hecho, los pobres quedan excluidos de las actividades, modelos y costumbres de vida ordinarias”, de tal forma que la línea de pobreza se iguala con “el punto en el cual el retraimiento aumenta de forma desproporcionada a la disminución de los recursos” (33 —páginas 116 a 117—).

A su vez, la *exclusión social*, otro término que abarca aspectos de la pobreza, centra la atención no solo en el impacto, sino también en el proceso de la marginación (33 —páginas 54 a 56—, 35). Las vías a través de las cuales los individuos y los grupos sociales pueden quedar excluidos de la plena participación en la vida social y comunitaria incluyen: a) la exclusión legal (por ejemplo, la discriminación *de jure*), b) la exclusión económica (debida a la privación económica), c) la exclusión debida a la falta de provisión de bienes sociales (por ejemplo, la ausencia de servicios de traducción o la inexistencia de instalaciones para personas discapacitadas), y d) la exclusión debida a la estigmatización (por ejemplo, de las personas con VIH/sida) y a la discriminación *de facto*.

Epidemiología psicosocial

[*Psychosocial epidemiology*]

El marco teórico *psicosocial* dirige la atención hacia las respuestas conductuales y biológicas endógenas a las interacciones humanas (1). Lo que se plantea es el “potencial del estrés psicológico para dañar la salud”, “generado por circunstancias desesperantes, tareas insuperables o falta de apoyo social” (36 —página 41—); véase también “estrés” más adelante. Conceptualizado generalmente en relación con el individuo, su hipótesis central es que los factores agudos y crónicos generadores de estrés: a) alteran la susceptibilidad del huésped o se vuelven directamente patogénicos por alteración de la función neuroendocrina, o b) inducen comportamientos que dañan la salud (especialmente en relación con el uso de sustancias psicoactivas, la dieta y los

comportamientos sexuales) (1, 4, 36). Por su parte, el “capital social” y la “cohesión social” se proponen (y refutan) como ventajas psicosociales poblacionales que pueden mejorar la salud de la población a través de su influencia sobre las normas y del fortalecimiento de los vínculos de la “sociedad civil”, pero con la advertencia de que la pertenencia a determinadas formaciones sociales puede dañar a los miembros del grupo (por ejemplo, las normas del grupo alientan comportamientos de alto riesgo) o a quienes no son miembros de él (por ejemplo, el daño causado a los grupos sujetos a discriminación por los grupos que apoyan la discriminación) (1, 37–40).

Raza/etnia y racismo

[Race/ethnicity and racism]

La *raza/etnia* es una categoría social, no biológica, que se refiere a grupos sociales que a menudo comparten herencia cultural y ascendencia y que son forjados por sistemas opresivos de relaciones raciales, justificados por la ideología, en los que un grupo se beneficia del dominio sobre otro grupo y se define a sí mismo y a los demás a través de esta dominación y de la posesión de características físicas selectivas y arbitrarias, como el color de la piel (6, 13). *Racismo* se refiere a las prácticas institucionales e individuales que crean y refuerzan sistemas opresivos de relaciones raciales (véase “discriminación” más atrás) (6, 15, 41). *Etnia* es un concepto destinado originalmente a diferenciar grupos “innatamente” diferentes, pero presuntamente pertenecientes a la misma “raza” general (42, 43), que algunos usan ahora para referirse a grupos presuntamente diferenciables en función de la “cultura” (44); sin embargo, en la práctica, la “etnia” no se puede desligar de la “raza” en sociedades con relaciones sociales injustas, hecho que ha dado origen al concepto de “raza/etnia” (6, 42).

Así pues, hay dos conceptos diametralmente opuestos que son importantes para comprender las investigaciones sobre las disparidades raciales/étnicas en el campo de la salud (6, 45). El primero es la *expresión racializada de la biología*, que da por sentado que las diferencias biológicas medias entre miembros de diversos grupos raciales/étnicos reflejan diferencias innatas, determinadas genéticamente (basadas en primera instancia en características fenotípicas arbitrarias que se toman para definir, tautológicamente, las categorías raciales). El segundo es la *expresión biológica del racismo* (véase más atrás “expresiones biológicas de la desigualdad social”). Por ejemplo, siguiendo las ideas dominantes que conciben la “raza” como una característica biológica innata, la investigación epidemiológica ha

sido pródiga en estudios que tratan de explicar las disparidades raciales/étnicas en el campo de la salud en función de presuntas diferencias genéticas, sin tomar en consideración los efectos del racismo sobre la salud (6, 45–47). En cambio, la epidemiología social considera reales las experiencias de racismo vividas, pero espurio el concepto de “raza” biológica, e investiga las consecuencias para la salud de las expresiones económicas y no económicas de la discriminación racial (6, 13, 45–48).

Sexualidad y heterosexismo

[Sexualities and heterosexism]

Sexualidad se refiere a convenciones, papeles y comportamientos de base cultural relacionados con las expresiones del deseo sexual, el poder y diversas emociones, mediadas por el género y otros aspectos de la posición social (por ejemplo, la clase, la raza/etnia, etc.) (49). Entre los distintos componentes de la sexualidad se incluyen la identidad sexual, el comportamiento sexual y el deseo sexual. Entre las categorías con las que las personas se autoidentifican o con las cuales pueden ser catalogadas en el mundo “occidental” contemporáneo se encuentran: heterosexual, homosexual, lesbiana, gay, bisexual, “marica”, transgénico, transexual y asexual. El *heterosexismo*, el tipo de discriminación relacionado con la sexualidad, constituye una forma de abrogación de los derechos sexuales (50) y se refiere a las prácticas institucionales e interpersonales mediante las cuales los heterosexuales obtienen privilegios (por ejemplo, el derecho legal a casarse y a tener parejas sexuales del “otro” sexo) y discriminan a las personas que tienen o desean a parejas sexuales del mismo sexo, justificando dichas prácticas mediante ideologías de superioridad, diferencia o desviación innata. De este modo, las experiencias vividas de la sexualidad pueden afectar a la salud a través de vías que implican no solo el contacto sexual (por ejemplo, la diseminación de enfermedades de transmisión sexual), sino también la discriminación y las condiciones materiales de la vida familiar y doméstica (49, 50).

Sociedad, social, societal y cultura

[Society, social, societal, and culture]

El término *sociedad*, que originalmente significó “compañía o asociación”, es ahora “nuestro término más general para el conjunto de instituciones y relaciones en las cuales vive un grupo relativamente grande de personas, y nuestro término más

abstracto para las condiciones en las que esas instituciones y relaciones se forman” (51 —página 291—). El adjetivo *social* también tiene significados complejos: “como término descriptivo para la *sociedad* en su sentido actualmente predominante de sistema de vida en común”, y también como “término enfático y distintivo que contrasta explícitamente con lo *individual*, y especialmente con las teorías *individualistas* de la sociedad” (51 —página 286— [las cursivas son del original]). *Societal*, a su vez, sirve como una “referencia más neutra a las formaciones e instituciones *sociales* generales” (51 —página 294—). Con esta lógica, la *epidemiología social* y sus teorías sociales de la distribución de la enfermedad se contraponen a la *epidemiología individualista*, basada en teorías individualistas de la etiología de la enfermedad (véase más adelante “teorías de la distribución de la enfermedad”).

Cultura fue originalmente el “nombre de un proceso” referido al “cuidado de algo, básicamente el cultivo agrícola o la cría de ganado” (51 —página 87—), pero en la actualidad tiene tres significados diferentes: “1) el sustantivo abstracto que describe un proceso general de desarrollo intelectual, espiritual y estético [. . .]; 2) el sustantivo, usado general o específicamente, que indica un modo de vida particular, sea de un pueblo, de un período, de un grupo o de la humanidad en general, y [. . .] 3) el sustantivo abstracto que describe el trabajo y las prácticas de la actividad intelectual, y especialmente de la actividad artística” (51 —página 90—). En la epidemiología social predomina el segundo significado y la “cultura” se conceptualiza y operacionaliza típicamente en relación con las creencias y prácticas relacionadas con la salud, especialmente las prácticas dietéticas. Siguiendo esta lógica, la “aculturación” (o quizás fuera más exacto “desculturación” (45)) se refiere a la adopción por los miembros de una “cultura” de las creencias y prácticas de otra “cultura” (típicamente la dominante) (52, 53). En la literatura epidemiológica abundan los ejemplos (44, 53) en los que el concepto de “cultura” se fusiona con el de “etnia” (y “raza”) y ambos se invocan conjunta e inadecuadamente para explicar características socioeconómicas y sanitarias de grupos de población diversos, sobre la base de cualidades “innatas”, en vez de como una consecuencia de relaciones sociales no equitativas entre grupos (52).

Clase social y posición socioeconómica

[*Social class and socioeconomic position*]

Clase social se refiere a grupos sociales surgidos de las relaciones económicas interdependientes

entre las personas (51 —páginas 60 a 69—, 54–56). Estas relaciones son determinadas por las formas de propiedad y trabajo de la sociedad y sus conexiones a través de la producción, la distribución y el consumo de bienes, servicios e información. Por consiguiente, la clase social tiene como premisa la situación estructural de la persona dentro de la economía, como empleador, empleado, autoempleado o desempleado (tanto en el sector formal como en el informal), y como propietario o no de capital, tierras u otras formas de inversión económica. Simplificando, las clases, como la clase trabajadora, los empresarios o los gestores, existen en relación mutua y se definen unas a otras. Por ejemplo, uno no puede ser empleado si no tiene un empleador, y esta distinción entre empleado y empleador no tiene que ver con que uno tenga más o menos de un atributo particular, sino con su relación con el trabajo y con los demás a través de la estructura económica de la sociedad. La clase, como tal, no es una propiedad *a priori* de los seres humanos individuales, sino una relación social creada por las sociedades. Así, la clase social es lógica y materialmente anterior a su expresión en la distribución de las ocupaciones, los ingresos, la riqueza, la educación y el estatus social. Un componente adicional y central de las relaciones de clase es la asimetría de la explotación económica, mediante la cual los propietarios de los recursos (por ejemplo, del capital) obtienen ganancias económicas del trabajo o esfuerzo de los que no son propietarios y trabajan para ellos.

Por su parte, la *posición socioeconómica* es un concepto agregado que incluye medidas basadas tanto en los recursos como en el prestigio, relacionadas con la posición de clase social en la infancia y en la edad adulta (54–56). Las medidas basadas en los recursos se refieren a los recursos y activos materiales y sociales, entre ellos los ingresos, la riqueza y las credenciales educacionales; los términos usados para describir los recursos inadecuados incluyen la “pobreza” y la “privación” (véase “pobreza” más atrás). Las medidas basadas en el prestigio se refieren al rango o estatus de los individuos en la jerarquía social, evaluados típicamente en función del acceso de las personas al consumo de bienes, servicios y conocimiento, y ligados al prestigio de su ocupación, a los ingresos y al nivel educacional. Dadas las distinciones entre los aspectos de la posición socioeconómica basados en los recursos y en el prestigio y las diferentes vías a través de las cuales afectan a la salud, los estudios epidemiológicos deberían manifestar claramente cómo se conceptualizan las medidas de la posición socioeconómica. Debería evitarse el término “estatus socioeconómico”, dado que privilegia arbitrariamente (si no intencionalmente) el “estatus” frente a los recursos materiales como determinante clave de la posición socioeconómica (54).

Determinantes sociales de la salud

[*Social determinants of health*]

Determinantes sociales de la salud se refiere a las características específicas y a las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud, las cuales pueden ser alteradas a través de acciones documentadas (4, 24, 57). Como determinantes, estos procesos y condiciones sociales se conceptualizan como “factores esenciales” que “fijan ciertos límites o ejercen presiones”, aunque sin ser necesariamente “deterministas” en el sentido de “determinismo fatalista” (51 —páginas 98 a 102—).

En sentido amplio, los determinantes sociales de la salud, condicionados históricamente, incluyen:

a) los sistemas económicos, políticos y jurídicos pasados y presentes de una sociedad, sus recursos materiales y tecnológicos, y su cumplimiento de las normas y prácticas acordes con las normas y estándares internacionales de los derechos humanos, y

b) sus relaciones externas, políticas y económicas, con otros países, implementadas a través de interacciones entre los gobiernos, las organizaciones políticas y económicas internacionales (por ejemplo, Naciones Unidas, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional) y las organizaciones no gubernamentales.

Una expresión que aparece en la literatura de la epidemiología social para resumir los determinantes sociales de la salud es “ambiente social” (4, 7, 57). Esta metáfora alude a la noción de “ambiente”, término que literalmente se refiere al “entorno” y que inicialmente se usó para referirse al ambiente físico, tanto “natural” como “construido”. Tanto “ambiente social” como “ecología social”, otra metáfora emparentada, son problemáticos en el sentido de que pueden enmascarar el papel de la actuación humana en la creación de las condiciones sociales que constituyen los determinante sociales de la salud (1).

Desigualdad o inequidad social en la salud y equidad social en la salud

[*Social inequality or inequity in health and social equity in health*]

Desigualdades (o inequidades) sociales en el campo de la salud se refiere a las disparidades de salud en un país y entre diferentes países que se consideran improcedentes, injustas, evitables e innecesarias (no inevitables ni irremediables) y que

gravan sistemáticamente a poblaciones que han sido hechas vulnerables por las estructuras sociales subyacentes y por las instituciones políticas, económicas y legales (21, 58, 59). De este modo, las desigualdades (o inequidades) sociales en el campo de la salud no son sinónimo de “desigualdades en la salud”, dado que esta última expresión puede ser interpretada como referida a cualquier diferencia, y no específicamente a las disparidades injustas (58, 59). Por ejemplo, las medidas de las “desigualdades en la salud” propuestas recientemente cuantifican deliberadamente la distribución de la salud en las poblaciones sin ninguna referencia a los grupos sociales ni a las desigualdades sociales en el campo de la salud (59–62).

A su vez, la *equidad social en la salud* se refiere a la ausencia de disparidades de salud injustas entre los grupos sociales, sea en un mismo país o entre diferentes países (58). La promoción de la equidad y la reducción de la inequidad requieren no solo un “proceso continuo de igualación”, sino también un “proceso de abolición o disminución de los privilegios” (51 —páginas 117 a 119—). Por consiguiente, la lucha por la equidad social en la salud implica una reducción de la carga excesiva de mala salud entre los grupos más afectados por las inequidades sociales en la salud, minimizando así las desigualdades sociales en este campo y mejorando los niveles medios de salud en general (21).

Producción social de la enfermedad/economía política de la salud

[*Social production of disease/political economy of health*]

Producción social de la enfermedad/economía política de la salud se refiere a sistemas teóricos emparentados, si no idénticos, que abordan explícitamente los determinantes económicos y políticos de la salud y de la distribución de la enfermedad en una sociedad y entre diferentes sociedades, como las barreras estructurales a que las personas vivan de forma sana (1, 63–66). En consecuencia, estas teorías se centran en las instituciones económicas y políticas y en las decisiones que crean, imponen y perpetúan los privilegios y desigualdades económicas y sociales, las cuales se conceptualizan como las raíces o causas “fundamentales” (67) de las desigualdades sociales en el campo de la salud. Aunque son compatibles con la teoría ecosocial de la distribución de la enfermedad, difieren de ella en que no buscan de forma sistemática integrar los conceptos biológicos en la explicación de la modelación social de la salud (1, 2).

Producción social del conocimiento científico

[*Social production of scientific knowledge*]

Producción social del conocimiento científico se refiere a las formas mediante las cuales las instituciones y las creencias sociales afectan al reclutamiento, formación, práctica y financiación de los científicos, condicionando así las preguntas que, como científicos, planteamos o no planteamos, los estudios que llevamos a cabo o no, y las formas en las que analizamos e interpretamos los datos, consideramos sus probables defectos y difundimos los resultados (68–71).

Es un hecho bien documentado que las ideas de los científicos están modeladas, en parte, por las creencias sociales dominantes de su época (3, 72–74). Hecho relevante para la epidemiología social, hay una considerable cantidad de literatura que demuestra cómo el conocimiento científico y, aun más importante, cómo la gente real se ha visto perjudicada por el racismo o el sexismo científicos y por otras ideologías emparentadas, como la eugenia, que justifican la discriminación y no toman en cuenta la importancia de comprender y mejorar las desigualdades sociales en la salud (6). Es ilustrativo el hecho de que, hasta el año 2000, solo el 0,05% de aproximadamente 34 000 artículos indizados en MEDLINE con la palabra clave “raza” hayan investigado explícitamente la discriminación racial como determinante de la salud de la población (6).

Estrés

[*Stress*]

Estrés, término muy utilizado en las ciencias biológicas, físicas y sociales, es un concepto cuyo significado en la investigación sanitaria se define de formas diversas en relación con “acontecimientos estresantes, respuestas y apreciaciones individuales de las situaciones” (75 —página 3—). Lo común a estas definiciones es “un interés por el proceso mediante el cual las demandas del medio gravan o superan la capacidad de adaptación del organismo, originando cambios psicológicos o biológicos que pueden poner a las personas en riesgo de sufrir enfermedades” (75 —página 3— [las cursivas son del original]). La “perspectiva ambiental del estrés” se centra en las “demandas, agentes estresantes o acontecimientos del medio” (75 —página 4—); la “perspectiva psico-

lógica del estrés” en “la percepción y evaluación que el organismo hace del potencial daño que suponen exposiciones ambientales objetivas” (75 —página 6—), y la “perspectiva biológica del estrés” en “la activación de sistemas fisiológicos particularmente reactivos a las demandas físicas y psicológicas” (75 —página 8—). Que la investigación socioepidemiológica conceptualice el estrés en relación con parámetros estructurales, interpersonales, cognitivos o biológicos y que use “ambiente” como término o metáfora que revele u oculte el papel de la autoría y responsabilidad humana como determinantes de las distribuciones del estrés, depende de las teorías subyacentes sobre la distribución de la enfermedad que hayan guiado la investigación (véase “teorías de la distribución de la enfermedad”, a continuación, y “determinantes sociales”, más atrás).

Teorías de la distribución de la enfermedad

[*Theories of disease distribution*]

Las teorías de la distribución de la enfermedad tratan de explicar los actuales patrones poblacionales de las enfermedades y sus cambios a lo largo del tiempo y del espacio, y, en el caso de la epidemiología social, entre diferentes grupos sociales (en un mismo país o entre diferentes países, a lo largo del tiempo) (1). Usando, como cualquier otra teoría (51 —páginas 316–318—, 71), grupos interrelacionados de ideas cuya verosimilitud puede ser probada por la acción y el pensamiento humanos, las teorías de la distribución de la enfermedad suponen teorías de la etiología de la enfermedad orientadas hacia sus mecanismos, pero no se pueden reducir únicamente a esto (1). Es fundamental prestar una atención explícita a la teoría etiológica, porque las observaciones compartidas de las disparidades sociales en el campo de la salud no se traducen necesariamente en una comprensión común de las causas (1). Por ejemplo, el mayor riesgo de infección por VIH/sida en las mujeres negras pobres es atribuido a la inequidad social por las teorías ecosocial y social de la distribución de la enfermedad, pero es atribuido a “malas conductas” por la teorías biomédicas del estilo de vida como causa de la enfermedad (1, 76).

Agradecimientos. A Sofia Gruskin, Mary Northridge y George Davey Smith por sus útiles comentarios.

REFERENCIAS

1. Krieger N. Emerging theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* 2001;30:668-677.
2. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc Sci Med* 1994;39:887-903.
3. Krieger N. Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century. *Epidemiol Rev* 2000; 11:155-163.
4. Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
5. Yankauer A. The relationship of fetal and infant mortality to residential segregation: an inquiry into social epidemiology. *Am Sociol Review* 1950;15:644-648.
6. Krieger N. Discrimination and health. En: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000. Pp. 36-75.
7. Sydenstricker E. *Health and environment*. New York: McGraw-Hill; 1933.
8. Morris JN. *Uses of epidemiology*. Edinburgh: Livingstone; 1957.
9. Jary D, Jary J, eds. *Collins dictionary of sociology*. Second edition. Glasgow: Harper Collins Publishers; 1995.
10. Marshall G, ed. *The concise Oxford dictionary of sociology*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
11. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology. II. from black boxes to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* 1996;86:674-677.
12. McMichael AJ. Prisoners of the proximate: loosening the constraints on epidemiology in an age of change. *Am J Epidemiol* 1999;149:887-897.
13. Krieger N, Rowley DL, Herman AA, Avery B, Phillips MT. Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. *Am J Prev Med* 1993;9 (supl):82-122.
14. Fausto-Sterling A. *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books; 2000.
15. Essed P. *Diversity: gender, color, and culture*. Amherst, MA: University of Massachusetts; 1996.
16. Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health* 1997;51:106-109.
17. Kravdal O. Is the relationship between childbearing and cancer incidence due to biology or lifestyle? Examples of the importance of using data on men. *Int J Epidemiol* 1995;4:477-484.
18. United Nations. *Universal declaration of human rights*. GA Res 217A(III), UN GAOR, Res 71, UN Doc A/810, 1948.
19. Gruskin S, Tarantola D. Health and human rights. En: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, eds. *The Oxford textbook of public health*. Fourth edition. New York: Oxford University Press; 2002.
20. Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, Annas G, eds. *Health and human rights*. New York: Routledge; 1999.
21. UNDP 2000: United Nations Development Programme (UNDP). *Human development report 2000: human rights and human development*. New York: Oxford University Press; 2000.
22. Boucher D, Kelly P, eds. *Social justice: from Hume to Walzer*. London: Routledge; 1998.
23. Krieger N, Birn A-E. A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the Spirit of 1848. *Am J Public Health* 1998; 88:1603-1606.
24. People's Health Assembly 2000. *People's charter for health*. Gonoshasthaya Kendra, Savar, Bangladesh December 4-8, 2000 [Internet site]. Available from: <http://www.pha2000.org>. Accessed 11 February 2001.
25. Kuh D, Ben Shlomo Y, eds. *A lifecourse approach to chronic disease epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
26. Davey Smith G, Gunnell D, Ben-Shlomo Y. Life-course approaches to socioeconomic differentials in cause-specific adult mortality. En: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality, and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2001. Pp. 88-124.
27. Barker DJP. *Mothers, babies, and health in later life*. Second edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998.
28. Blalock HM Jr. Contextual-effects models: theoretic and methodologic issues. *Annu Review Sociol* 1984;10:353-372.
29. Bryk AS, Raudenbush SW. *Hierarchical linear models: applications and data analysis methods*. Newbury Park, CA: Sage; 1992.
30. Diez-Roux AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *Am J Public Health* 1998;88:216-222.
31. Macintyre S, Ellaway A. *Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment*. En: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000. Pp. 332-348.
32. Spicker P. Definitions of poverty: eleven clusters of meaning. En: Gordon D, Spicker P, eds. *The international glossary on poverty*. London: Zed Books; 1999. Pp. 150-162.
33. Gordon D, Spicker P, eds. *The international glossary on poverty*. London: Zed Books; 1999.
34. Townsend P. *The international analysis of poverty*. New York: Harvester/Wheatsheaf; 1993.
35. Shaw M, Dorling D, Davey Smith G. *Poverty, social exclusion, and minorities*. En: Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press; 1999. Pp. 211-239.
36. Elstad JJ. The psycho-social perspective on social inequalities in health. En: Bartley M, Blane D, Davey Smith G, eds. *The sociology of health inequalities*. Oxford: Blackwell; 1998. Pp. 39-58.
37. Kawachi I, Berkman L. Social cohesion, social capital, and health. En: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000. Pp. 174-190.
38. Wilkinson RG. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge; 1996.
39. Lynch JW, Davey Smith G, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual incomes, psychological environment, or material conditions. *BMJ* 2000;320:1200-1204.
40. Kunitz SJ. Accounts of social capital: the mixed health effects of personal communities and voluntary groups. En: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality, and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2001. Pp. 159-174.
41. Essed P. *Understanding everyday racism: an interdisciplinary theory*. London: Sage; 1992.
42. Statistics Canada and US Bureau of the Census. *Challenges of measuring in an ethnic world: Science, politics, and reality*. Washington, D.C.: US Government Printing Office; 1993.
43. Hobsbawm EJ. *Nations and nationalism since 1780: programme, myth, reality*. Second edition. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
44. Haynes MA, Smedley BD, eds. *The unequal burden of cancer: an assessment of NIH research and programs for ethnic minorities and the medically underserved*. Washington, D.C.: National Academy Press; 1999.
45. Krieger N. Refiguring "race": epidemiology, racialized biology, and biological expressions of race relations. *Int J Health Services* 2000;30:211-216.
46. Williams DR. Race, socioeconomic status, and health. The added effects of racism and discrimination. *Ann NY Acad Sci* 1999;896:173-188.
47. Lillie-Blanton M, LaVeist T. Race/ethnicity, the social environment, and health. *Soc Sci Med* 1996;43:83-92.
48. Davey Smith G. Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position, and health in Britain and the United States. *Am J Public Health* 2000; 90:1694-1698.
49. Parker RG, Gagnon JH, eds. *Conceiving sexuality: approaches to sex research in*

- a post-modern world. New York: Routledge; 1995.
50. Miller AM. Sexual but not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights. *Health and Human Rights* 2000;4:68–109.
 51. Williams R. *Keywords: a vocabulary of culture and society* Revised edition. New York: Oxford University Press; 1983.
 52. Kunitz SJ. Disease and social diversity: the European impact on the health of non-Europeans. New York: Oxford University Press; 1994.
 53. Lin SS, Kelsey JL. Use of race and ethnicity in epidemiologic research: concepts, methodologic issues, and suggestions for research. *Epidemiol Rev* 2000;22:187–202.
 54. Krieger N, Williams D, Moss N. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines. *Annu Rev Public Health* 1997;18:341–378.
 55. Wright EO. Class counts: comparative studies in class analysis. New York: Cambridge University Press; 1997.
 56. Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. En: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000. Pp. 13–35.
 57. Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
 58. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Services* 1992; 22:429–445.
 59. Leon DA, Walt G, Gilson L. International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ* 2001;332:591–594.
 60. Murray C, Gakidou EE, Frenk J. Health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bull World Health Organ* 1999;77:537–543.
 61. Murray CJL, Frenk J, Gadikou EE. Measuring health inequality: challenges and new directions. En: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality, and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2001. Pp. 194–216.
 62. Braveman P, Krieger N, Lynch J. Health inequalities and social inequalities in health. *Bull World Health Organ* 2000;78:232–234.
 63. Doyal L. *The political economy of health*. London: Pluto Press; 1979.
 64. Breilh J. *Epidemiología, economía, medicina y política*. Cuarta edición. México, D.F., México: Distribuciones Fontamara; 1988.
 65. Conrad P, Kern R, eds. *The sociology of health and illness: critical perspectives*. New York: St Martin's Press; 1981.
 66. Navarro V. *Crisis, health, and medicine: a social critique*. New York: Tavistock; 1986.
 67. Link BG, Phelan JC. Editorial: understanding sociodemographic differences in health. The role of fundamental social causes. *Am J Public Health* 1996;86:471–473.
 68. Fleck L. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago University Press; 1979.
 69. Rose H, Rose S, eds. *Ideology of/in the natural sciences*. Cambridge, MA: Schenkman; 1979.
 70. Haraway D. *Primate visions: gender, race, and nature in the world of modern science*. New York: Routledge; 1989.
 71. Ziman JM. *Real science: what it is, and what it means*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
 72. Fee E. *Disease and discovery: a history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916–1936*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1987.
 73. Rosenberg CD, Golden J, eds. *Framing disease: studies in cultural history*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1992.
 74. Porter D. *Health, civilization, and the state: a history of public health from ancient to modern times*. London: Routledge; 1999.
 75. Cohen S, Kessler RC, Underwood L. *Measuring stress: a guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press; 1995.
 76. Fee E, Krieger N. Understanding AIDS: historical interpretations and the limits of biomedical individualism. *Am J Public Health* 1993;83:1477–1486.