



Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías*

Mariana C. Arcaya,¹ Alyssa L. Arcaya² y S. V. Subramanian¹

Forma de citar (artículo original)

Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015;8:27106 – <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.

RESUMEN

Individuos de diferentes orígenes, grupos sociales y países gozan de diferentes niveles de salud. En este artículo se define y se distingue entre desigualdades en salud inevitables y desigualdades en salud injustas y prevenibles. Se describen las dimensiones por las cuales se examina comúnmente las desigualdades en salud, incluyendo a nivel de toda la población, entre países o estados y dentro de geografías, por agrupamientos socialmente relevantes como raza/etnicidad, género, educación, casta, ingreso, ocupación y otros. Distintas teorías intentan explicar las diferencias en salud a nivel de grupo, incluyendo explicaciones psicosociales, medioambientales, de privación material, de conducta en salud y de selección. Conceptos como relativo versus absoluto, dosis-respuesta versus umbral, composición versus contexto, lugar versus espacio, la perspectiva del curso de vida sobre la salud; las vías causales hacia la salud; los efectos en salud condicionales y las diferencias de nivel grupal versus individual son fundamentales para entender las desigualdades en salud. Se concluye con una reflexión sobre qué condiciones hacen injustas a las desigualdades en salud y una consideración sobre los méritos de las políticas que priorizan la eliminación de las desigualdades en salud respecto a aquellas que se centran en elevar el estándar general de salud de una población.

Palabras clave

Disparidades en salud; desigualdad; inequidad; teoría.

© Pan American Health Organization, 2015, versión en español. Todos los derechos reservados. Publicado con autorización de Global Health Action.

© Mariana C. Arcaya et al., 2015, versión en inglés. Artículo de acceso abierto distribuido conforme a las condiciones de la licencia internacional Creative Commons Attribution 4.0, (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) que permite a un tercero copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato y reorganizar, transformar y desarrollar el material con cualquier propósito, incluido el comercial, siempre que se cite debidamente la obra original y se declare su licencia.

¹ Departamento de Ciencias Sociales y Conductuales, Escuela de Salud Pública T.H. Chan, Universidad de Harvard, Boston, MA, Estados Unidos de América. Dirigir la correspondencia a: S. V. Subramanian, svs@hsph.harvard.edu

² Región 2, Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos, Nueva York, NY, Estados Unidos de América.

Las autoridades normativas, los investigadores y los profesionales de la salud pública han buscado por mucho tiempo no solo mejorar la salud de la población en general, sino además reducir o eliminar las diferencias en salud basadas en la geografía, la raza o etnicidad, el estado socioeconómico (ESE) y otros factores sociales (e.g., 1, 2). Con este documento se busca crear un recurso centralizado para comprender los aspectos metodológicos, teóricos y filosóficos de la investigación de las desigualdades en salud a fin de contribuir a su avance. Se sintetiza y se construye a partir de trabajos previamente publicados que abordan conceptos pertinentes al estudio de las desigual-

dades y las inequidades en salud (3–7). El artículo empieza por aclarar el vocabulario necesario para describir las diferencias en salud, ya sea aquellas que se observan entre lugares y grupos sociales o entre individuos de una misma población. Luego se presentan conceptos clave para la recolección e interpretación de información sobre desigualdades en salud. Se examinan las maneras en que los investigadores y los responsables de las políticas exploran las desigualdades en salud, incluso por grupos sociales o por zona geográfica. Seguidamente se presenta un panorama de las teorías comúnmente empleadas para explicar las diferencias en salud. Por último, se

* Traducción oficial al español del artículo original en inglés efectuada por la Organización Panamericana de la Salud, con autorización de la Global Health Action. En caso de discrepancia entre ambas versiones, prevalecerá la original (en inglés).

concluye considerando preguntas éticas que plantean las desigualdades en salud y preguntas que las autoridades normativas podrían considerar a la hora de estructurar programas y políticas para abordar las desigualdades en salud.

MOTIVACIONES PARA ESTUDIAR LAS DESIGUALDADES EN SALUD

A pesar de la considerable atención al problema de las desigualdades en salud desde los 1980s (8), aún existen marcadas diferencias en salud entre y dentro de los países (9). En el 2010, por ejemplo, los hombres haitianos tenían una esperanza de vida saludable (10) de 27,8 años, mientras que los hombres del Japón podían esperar vivir 70,6 años, vale decir, dos veces más tiempo, en plena salud (11). Las diferencias entre grupos sociales dentro de los países son también a menudo considerables. En la India, por ejemplo, los individuos del quintil de familias más pobres tienen una probabilidad 86% mayor de morir que aquellos del quintil de familias más ricas, incluso después de controlar la influencia de la edad, el sexo y otros factores que pueden influir sobre el riesgo de muerte (12). Cuando se observan unas diferencias en salud como estas, una pregunta de interés primario es si la desigualdad en cuestión es también inequitativa.

Desigualdades en salud versus inequidades en salud

El término *desigualdad en salud* se refiere de manera genérica a las diferencias en la salud de los individuos o los grupos (3). Cualquier aspecto cuantificable de la salud que varía entre individuos o según agrupamientos socialmente relevantes puede denominarse una desigualdad en salud. En la definición de desigualdad en salud está ausente cualquier juicio moral sobre si las diferencias observadas son razonables o justas.

Por el contrario, una *inequidad en salud*, o disparidad en salud, es un tipo específico de desigualdad que denota una diferencia injusta en la salud. De acuerdo con una definición común, cuando las diferencias en salud son prevenibles e innecesarias, el permitir que persistan es injusto (13). En este sentido, las inequidades en salud son diferencias sistemáticas en la salud que podrían evitarse con medios razonables (14). En general, las

diferencias en salud entre grupos sociales, como aquellas basadas en raza o religión, se consideran inequidades en salud porque reflejan una distribución injusta de los riesgos y los recursos en salud (3). La distinción clave entre los términos *desigualdad* e *inequidad* es que el primero es sencillamente una descripción dimensional que se emplea cada vez que las cantidades son desiguales, mientras que el segundo requiere emitir un juicio moral de que la desigualdad está mal.

El término desigualdad en salud puede describir disparidades étnico/raciales en las tasas de mortalidad infantil en los Estados Unidos, que son casi tres veces más altas para negros no hispanos que para blancos (15), así como el hecho de que las personas de 20 años gozan de mejor salud que aquellas en sus 60s (3). De estos dos ejemplos, solo la diferencia en la mortalidad infantil podría además ser considerada una inequidad en salud. Las diferencias en salud entre aquellos en sus 20 años y aquellos en sus 60s pueden considerarse desigualdades en salud pero no inequidades en salud. Las diferencias de salud basadas en la edad son en gran parte inevitables, lo que hace difícil argumentar que las diferencias en salud entre personas más jóvenes y personas mayores sean injustas, ya que las personas mayores fueron una vez jóvenes y los jóvenes, con alguna suerte, algún día serán mayores.

En contraste, las diferencias en las tasas de mortalidad infantil entre grupos étnico/raciales en los Estados Unidos son parcialmente atribuibles a diferencias prevenibles en educación y acceso a servicios de salud y atención prenatal (15). A semejanza del ejemplo sobre diferencias en salud relacionadas con la edad, las desigualdades en resultados en salud entre grupos étnico/raciales podrían ser contundentemente prevenidas. Políticas y programas que mejoren el acceso a la salud y la atención prenatal para grupos étnico/raciales desatendidos, por ejemplo, podrían reducir las diferencias injustas en los resultados en salud infantil.

Aunque la existencia de desigualdades en salud es un problema casi universal, la medida con la cual los factores sociales importan para la salud se ha demostrado que varía por país. Por ejemplo, un estudio comparativo de 22 naciones europeas mostró que las diferencias en mortalidad entre aquellos con la menor y la mayor educación variaron sustancialmente entre

países. Por ejemplo, los autores encontraron una diferencia en mortalidad menor del doble entre aquellos con alta y baja educación en España y una diferencia más de cuatro veces mayor entre esos dos grupos de educación en la República Checa (16). Evidencia reciente sugiere que las desigualdades en salud determinadas socialmente se pueden estar ensanchando (17–19), demandando atención consistente a los asuntos de las desigualdades en salud.

Existen razones de peso para preocuparse —y ocuparse— de tales diferencias en salud. La persistencia de diferencias en salud basadas en nacionalidad, raza/etnicidad u otros factores sociales generan preocupaciones morales, ofendiendo la noción básica de rectitud y justicia de mucha gente (13, 20). Aunque una miríada de recursos y resultados están distribuidos irregularmente entre naciones y grupos sociales, las diferencias en salud pueden considerarse un problema particularmente objetable desde la perspectiva de los derechos humanos (21, 22). El concepto de salud como derecho humano se consagró en la Declaración Universal de Derechos Humanos de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1948 (23) y desde entonces se ha reflejado en las constituciones nacionales, los tratados y las leyes, políticas y programas domésticos en países de todo el mundo (22), enfatizando el valor singular que las sociedades adscriben a la salud. La propia equidad en salud también está valorándose cada vez en mayor medida. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud reconoce la equidad en salud como una prioridad, como se refleja en parte con el establecimiento de su Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud en 2005. Esta comisión recopila y sintetiza evidencia global sobre los determinantes sociales de la salud y recomienda acciones que se dirigen a las inequidades en salud (24). De manera análoga, las Naciones Unidas también ha asignado un valor explícito a la equidad. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que caducan a fines del 2015, se han centrado en metas basadas en promedios que ocultan las desigualdades. En la era posterior a los ODM, Naciones Unidas ha incluido la equidad en su agenda de desarrollo sostenible posterior al 2015. Uno de los seis ‘elementos esenciales’ que forman el núcleo de las negociaciones posterior al 2015 se enfoca en la lucha contra la

desigualdad, en parte abordando las desigualdades en salud por razones de género y el acceso inequitativo a la atención de salud (25).

Desde un punto de vista estrictamente utilitario, el costo de las desigualdades en salud es descomunal. Sólo entre el 2003 y el 2006, el costo económico directo de las desigualdades en salud basadas en raza o etnicidad en los Estados Unidos se estimó en \$ 230 mil millones. Los investigadores calcularon que los costos médicos afrontados por afroamericanos, estadounidenses asiáticos e hispanos fueron 30% en exceso debido a las desigualdades en salud por razones raciales y étnicas, incluidas la muerte prematura y las enfermedades prevenibles que redujeron la productividad de los trabajadores. Al tomar en cuenta los costos indirectos en los cálculos, la carga económica se estimó en \$ 1,24 billones (26). A más de los costos que podrían evitarse si los grupos socialmente desaventajados disfrutaran resultados en salud equitativos, la desigualdad por sí misma puede ser nociva para la salud. Una revisión de 155 trabajos que exploraron desigualdad de ingreso y salud poblacional encontró que la salud tiende a ser peor en sociedades menos iguales, especialmente cuando la desigualdad se mide a grandes escalas geográficas (27).

Sean motivados por consideraciones económicas o morales, el estudio y la lucha contra las desigualdades en salud obligan a familiarizarse con las definiciones, los conceptos y las teorías relevantes sobre las diferencias en salud.

CONCEPTOS PARA OPERACIONALIZAR EL ESTUDIO DE LA DESIGUALDAD EN SALUD

Diferencias a nivel de grupo versus distribución general de la salud

Existen dos enfoques principales para estudiar desigualdades en salud entre y dentro de las poblaciones. Bajo el enfoque más común, se examinan diferencias en resultados en salud a nivel de grupos para entender las desigualdades sociales en salud. Por ejemplo, se podría preguntar cómo el índice de masa corporal (IMC) promedio de los pobres se compara con el de los ricos. Dado que es necesario reconocer las diferencias en salud entre grupos sociales para focalizar las inversiones hacia los grupos más

desfavorecidos, un enfoque a nivel de grupo puede apoyar la formulación de leyes y programas que buscan eliminar las diferencias entre grupos sociales. Debido a que las desigualdades sociales en salud resultan de la distribución injusta de los determinantes sociales de la salud, rastrear las diferencias en salud entre grupos sociales es importante para monitorear el estado de la equidad en una sociedad. La Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, recomienda que los indicadores de salud se reporten por grupos sociales, o 'estratificadores de equidad', para propósitos de monitoreo de las desigualdades en salud (5). Además, el énfasis en grupos sociales permite comprender las desigualdades en salud actuales en un contexto histórico y cultural, lo que facilita una mejor apreciación sobre la forma en que las diferencias en salud pueden haber surgido. Por ejemplo, considerar la historia de la esclavitud y la segregación en los Estados Unidos arroja luz sobre las disparidades étnico/raciales en salud actuales. De manera análoga, entender la historia política y religiosa del sistema de castas en la India ayuda a comprender cómo éste afecta el estatus social, la ocupación, los niveles de educación y los resultados en salud de los individuos hoy. En resumen, examinar las desigualdades en salud desde la perspectiva de los grupos sociales puede ayudar a orientar las intervenciones, permitir la vigilancia de importantes asuntos de equidad y avanzar nuestra comprensión de la salud, al ayudarnos a establecer conexiones que quizá no hayan sido inicialmente obvias (3, 6).

Alternativamente, es posible enfocarse en las diferencias en salud entre los individuos, por ejemplo, describiendo el rango o varianza de una medida dada a lo largo de una población entera. Este método es agnóstico al agrupamiento social, efectivamente colapsando a toda la gente en una sola distribución (8). Los investigadores que estudian la desigualdad global de ingresos han usado este enfoque para destacar, por ejemplo, la riqueza relativa de individuos pobres en países ricos comparada con la de individuos ricos en países pobres (28). En contraposición a centrarse en cómo la gente de orígenes similares se compara entre sí, explorar la distribución de ingreso a lo largo de una población global ha generado importantes ideas sobre verdaderamente cuán desigualmente distribuidos

están los recursos actualmente, así como sobre qué factores inducen estas diferencias.

También puede ser útil comparar resultados entre individuos dentro de un único país. Por ejemplo, aplicar este enfoque al estudio de las desigualdades en el IMC en la India podría arrojar datos sobre la diferencia en el IMC desde la persona más gorda hasta la más delgada. Si bien el examen de las desigualdades entre individuos suministra información importante sobre cómo se distribuyen los resultados, tal examen no permite comprender quién está mejor o peor, ni si la brecha entre los sanos y los enfermos es prevenible o injusta. A pesar de esta limitación, algunos investigadores han alegado que el considerar la distribución general de la salud de una población es especialmente útil para comparar la salud en lugares distintos, porque los grupos sociales se definen de manera diferente —y conllevan significados diferentes— en todo el mundo (8). Por ejemplo, la raza se define en los Estados Unidos de manera diferente a como se define en otros países, mientras que los agrupamientos sociales por castas es pertinente para apenas un puñado de países, incluidos la India, Nepal, Pakistán y Sri Lanka. Tomar en cuenta la distribución general de la salud de una población también puede evitar hacer supuestos incorrectos acerca de qué agrupamientos sociales importan en un lugar en particular. A pesar de los retos asociados con la medición y la interpretación de las desigualdades sociales en salud, el resto de este artículo se centra en las desigualdades en salud entre grupos sociales en lugar de entre individuos.

Un paso fundamental al examinar las desigualdades en salud a nivel de grupo es definir a los propios grupos sociales relevantes. La Organización Mundial de la Salud destaca el lugar de residencia, la raza/etnicidad, la ocupación, el género, la religión, la educación, el estatus socioeconómico y el capital social o los recursos como estratificadores particularmente relevantes que pueden usarse para definir los grupos sociales (5). A continuación se presentan consideraciones para el estudio de las desigualdades en salud que operan en todos los grupos sociales, seguida por una discusión sobre la exploración de diferencias en salud entre grupos sociales dentro de geografías. Con el reporte regular por agencias internacionales como la Organización

Mundial de la Salud de comparaciones de resultados en salud por países (e.g., 10) y el interés creciente en análisis al interior de cada país (e.g., 29), es fundamental para investigadores y profesionales comprender cómo abordar las desigualdades geográficas en salud.

Desigualdades en salud entre grupos sociales: definición de los grupos

Las desigualdades en salud según dimensiones raciales, étnicas y socioeconómicas se observan tanto en países de bajos ingresos como en países de altos ingresos, y pueden estar aumentando (9), resaltando la importancia de estudiar las diferencias en salud a nivel de grupo. Para entender las desigualdades en salud socialmente determinadas es necesario construir grupos de individuos que hagan sentido. Cada sociedad tiene sus propias maneras de estratificar y dividir a la gente en grupos sociales. En Australia, la distinción entre australianos blancos y pueblos aborígenes tiene sentido, mientras que en la India la casta es importante. La raza/etnicidad es una distinción particularmente significativa en los Estados Unidos, mientras que el nivel de escolaridad alcanzado contribuye a las divisiones sociales en el Reino Unido. Se discute a continuación consideraciones para construir e interpretar medidas de desigualdades en salud a nivel de grupo social.

Los investigadores y consumidores de información sobre diferencias en salud deben considerar cuidadosamente cómo son construidos los grupos sociales, puesto que los datos sobre la desigualdad en salud solo pueden interpretarse con respecto a la composición de los grupos. Algunos agrupamientos sociales se basan en categorías de afiliación, como es el caso de la religión o la raza, mientras otros se crean de acuerdo con niveles ordenados o continuos de una variable dada, como la educación o el ingreso. Las categorías de afiliación claramente definidas, con sustento teórico y el respaldo de un conocimiento contextual *a priori* pueden facilitar el estudio de las desigualdades en salud, aunque los investigadores tendrán que decidir cuándo colapsar o diferenciar aun más los grupos. Por ejemplo, ¿los católicos y protestantes deberían clasificarse bajo la denominación más general de cristianos, o las diferencias confesionales son im-

portantes? ¿Tiene sentido comparar a los blancos no-hispanos con las minorías en general o cada grupo racial/étnico requiere su propia categoría? Consideraciones cada vez más complejas incluyendo, por ejemplo, cómo raza y etnicidad son definidas, diferenciadas y conceptualizadas (30, 31), hacen mayor el desafío de establecer comparaciones con sentido entre grupos sociales. Preguntas de esta índole solo pueden responderse con respecto a las hipótesis específicas bajo prueba, o las desigualdades bajo monitoreo, y deben basarse en el contexto y la teoría. En general, sin embargo, es importante estar consciente de que la construcción de grupos guiará la interpretación de datos sobre desigualdad en salud.

Alternativamente, las diferencias en salud pueden estructurarse con respecto a una cantidad ordenada o continua, como la educación o el ingreso. En estos casos deben considerarse dos preguntas clave. Primero, ¿es que los resultados en salud dependen del alcance de cierto punto de referencia con respecto al recurso social (i.e., un modelo de umbral) o se predice un gradiente social en salud que exhibe más bien una relación dosis-respuesta? Y en segundo lugar, ¿es que la respuesta de un individuo a la variable social depende solamente de su propio nivel a tal variable, o acaso importa dónde se ubica esa persona con respecto a otros?

Un 'gradiente social' en salud (32, 33) existe cuando cantidades crecientes de recursos sociales como educación, clase social o ingreso se corresponden con niveles crecientes de salud en una relación dosis-respuesta (véase el cuadro 1 para ejemplos). Por ejemplo, considérese la educación, que es bien conocida por repercutir positivamente en la salud (35). La relación entre educación y salud es tal que incluso a niveles muy altos y muy bajos de la distribución de educación años de estudio adicionales se corresponden con una salud marginalmente mejor. Si, en vez de funcionar como gradiente social, la educación tuviera un efecto umbral sobre la salud, podría observarse que no tener educación secundaria se asociara con peor salud, pero que ese vínculo entre educación y salud no existiera entre quienes completaran educación secundaria o superior. Por ejemplo, bajo este modelo de umbral, no cabría esperar que aquellos con nivel educativo de posgrado sean más saludables que aquellos

con educación de pregrado. Las respuestas de política a efectos dosis-respuesta versus efectos umbral de los recursos sociales han de ser muy distintas y, por tanto, los investigadores deben asegurarse de diferenciar entre los dos. Sea que una curva dosis-respuesta o un efecto umbral represente mejor la relación, estudiar los efectos a niveles altos y bajos de educación es fundamental. Plotear la relación entre salud y educación, con educación en el eje x y salud en el eje y, por ejemplo, podría revelar la forma de una curva que describe cómo niveles adicionales de escolaridad afectan la salud. Esa forma describe cómo la salud responde a la escolaridad a lo largo del espectro educacional, incluso si existe un umbral más allá del cual la educación impacta muy poco sobre la salud, así como el grado en que la escolaridad adicional importa para individuos con nivel educativo alto y bajo.

Posición social absoluta versus relativa

La segunda pregunta relevante indaga sobre si la posición absoluta o la relativa (36) importa para la salud. Esto es particularmente relevante al considerar la pobreza, que puede definirse en un sentido absoluto al comparar un ingreso dado con un punto de referencia estático, o en un sentido relativo al comparar un ingreso dado con la distribución general de ingresos en una población (37). Las definiciones de pobreza absoluta se basan en un umbral monetario fijo llamado línea de pobreza, aunque este umbral es generalmente específico para el año, el país y el tamaño del hogar. Aquellos cuyos ingresos están por debajo del umbral son considerados pobres. Por otro lado, la pobreza relativa se define al comparar un ingreso dado con la distribución de ingreso en una población. Por ejemplo, quienes ganan menos de 30% del ingreso nacional per cápita podrían ser considerados relativamente pobres, lo que implica que la definición de pobreza cambia a medida que el ingreso promedio aumenta. Entre otras diferencias que distinguen las dos maneras de definir pobreza, es importante notar que una definición relativa de pobreza puede clasificar como pobre a una proporción mayor de la población, especialmente en países con altos niveles de desigualdad de ingreso (3).

CUADRO 1. Indicadores de posición socioeconómica (PSE) medida a nivel individual usados en la investigación en salud

Educación	Usado generalmente como medición categórica de los niveles alcanzados; también como variable continua que mide el número total de años de educación
Ingreso	Indicador que, conjuntamente con la riqueza, mide directamente el componente de recursos materiales de la PSE. Generalmente medido como ingreso doméstico bruto por el número de personas dependientes de estos ingresos
Riqueza	Incluye ingreso y todo los recursos materiales acumulados
Indicadores basados en la ocupación	
Clases Sociales del Registrador General ^a	Agrupamiento de ocupaciones basado en prestigio en seis grupos jerárquicos: I (el más alto), II, III-no manual, III-manual, IV, V (el más bajo). A menudo se reagrupan como manuales y no manuales
Esquema de Clases de Erikson y Goldthorpe	Agrupamiento de ocupaciones basado en características específicas de las relaciones laborales, como el tipo de convenio contractual, independencia en el trabajo, delegación de autoridad, etc. No es una clasificación jerárquica
Clasificación socioeconómica de las estadísticas nacionales del Reino Unido ^b	Basado en los mismos principios del esquema Erikson y Goldthorpe. Crea grupos no jerárquicos
Esquema de clases sociales de Wright	Basado en el principio marxista de la relación con los medios de producción. No es una clasificación jerárquica
Escala de interacción social y estratificación de Cambridge	Basado en patrones de interacción social con relación a grupos ocupacionales
Clasificación censal basada en la ocupación	Por ejemplo, la clasificación del censo de los Estados Unidos, clasificaciones socioeconómicas propias de cada país
Otros indicadores	
Desempleo	Falta de empleo
Vivienda	Propiedad de vivienda, servicios domésticos, características de la vivienda, índice de la ventana rota, posición social del hábitat
Hacinamiento	Calculado como el número de personas que viven en el hogar por número de habitaciones disponibles en la casa (usualmente excluyendo cocina y baños)
Indicadores compuestos	A nivel individual (generalmente medido como una puntuación que suma la presencia o ausencia de varios indicadores de PSE) o a nivel del área
Indicadores <i>proxy</i>	Estos no son estrictamente indicadores de PSE, pero pueden estar fuertemente correlacionados con PSE; cuando no se cuenta con información más apropiada, pueden ser útiles para describir la formación de patrones sociales. Algunos casos pueden revelar información relevante sobre el mecanismo que explica la asociación subyacente entre la PSE con un determinado resultado de salud. Sin embargo, los <i>proxy</i> pueden estar asociados con el resultado en salud a través de mecanismos independientes no relacionados con su correlación con la PSE

Fuente: Tomado directamente de Galobardes et al. (34).

^a También conocido como clase social británica basada en la ocupación.

^b Indicador oficial actual de la PSE en el Reino Unido, también conocido como el esquema NS-SEC (por sus siglas en inglés).

Las nociones de pobreza absoluta versus relativa ponen de manifiesto que las mediciones de ingreso pueden ser tanto objetivas como subjetivas. La cantidad de dinero que una persona tiene en su cuenta bancaria es una medición objetiva de riqueza. Si alguien se siente rico o pobre con respecto a sus vecinos es una medición subjetiva de riqueza. La pobreza absoluta, que es una medición objetiva de la riqueza, es una medición útil para probar la *hipótesis de ingreso absoluto*, que postula que la salud de un individuo depende solo de su propio ingreso y no de lo que otros individuos de una población ganan (3). Según esta lógica, la salud de un individuo cuyo ingreso permanece constante debería permanecer sin cambios mientras quienes lo rodean se hagan más ricos. De manera similar, podría predecirse que ganar \$ 50000 por año tendría el mismo efecto sobre la salud independientemente de si un vecino ganó un promedio de \$ 30000 o \$ 1 millón por año. La hipótesis de ingreso absoluto ignora el hecho de que a medida que la sociedad se hace más rica, los bienes materiales necesarios para participar plenamente en la sociedad pueden cambiar.

Bienes como los automóviles, teléfonos y computadoras son ahora más importantes que nunca para realizar tareas como ir al trabajo o acceder a la atención de salud. En consecuencia, aquellos con ingreso estático en una sociedad cambiante pueden quedar rezagados y potencialmente sufrir distrés psicológico y efectos en salud relacionados con el estrés de no poder ir al paso de los estándares promedio de consumo (3). La *hipótesis de ingreso relativo*, que considera mediciones subjetivas de la riqueza, tiene la ventaja de considerar vías psicosociales que vinculan el ingreso a la salud, aunque para probar la hipótesis se requiere formular supuestos acerca de cómo los individuos se comparan ellos mismos con otros. Por ejemplo, ¿las familias de bajo ingreso se sienten socialmente excluidas solo cuando otras familias de bajo ingreso empiezan a ganar más, o es que también importa el aumento de ingreso de las celebridades (3)? También es posible que el ingreso relativo importe mediante otros mecanismos, donde la distribución de ingreso afecta el modo en que las empresas y los gobiernos invierten en atender a los pobres (38). Los estudios que se centran

en la distribución general del ingreso como determinante de la salud a menudo usan una estadística llamada el coeficiente de Gini (39), que resume la desigualdad de ingreso, para ayudar a predecir los resultados.

Como ya se mencionara brevemente, si bien la diferenciación entre posición relativa y posición absoluta es particularmente relevante cuando los grupos sociales se definen por ingreso, este concepto se extiende a otras variables de estratificación ordinales que miden el grado en que los individuos están atrásándose con respecto a quienes les rodean. Estas variables pueden ser constructos alternativos para medir acceso a recursos en lugar de ingreso, pobreza o mediciones de riqueza. Por ejemplo, Townsend creó un índice que tuvo en cuenta la dieta, el vestido, la vivienda, el trabajo, la recreación y la educación, entre otros factores, para medir la privación en el Reino Unido (40). Este enfoque para crear una medición multidimensional de pobreza también se ha utilizado para comprender mejor la privación en el contexto de los países en desarrollo (41). La distinción entre la posición absoluta y

relativa también es importante fuera de la esfera de la privación material o económica. Por ejemplo, los investigadores han examinado el impacto de ganar un Premio de la Academia sobre la mortalidad por todas las causas entre las estrellas de cine nominadas a fin de investigar si las diferencias relativas en el estatus social importa para la salud de individuos que, en su totalidad y de manera uniforme, disfrutaban de altos niveles absolutos de prestigio y estatus social (42). El interés en las medidas relativas de ESE, en términos generales, ha crecido junto con la investigación que sostiene que la propia desigualdad daña la salud (43). Las técnicas de modelamiento multinivel (44), que permiten deslindar la influencia de características individuales de aquellas de estructuras de nivel más alto, también han contribuido a impulsar esta corriente de investigación sobre la desigualdad como un factor independiente de riesgo para la salud.

Desigualdades geográficas en salud: lugar versus espacio

El entorno geográfico —y no solo el grupo social— juega un rol importante en la conformación de la salud (45–47). Diferenciar los conceptos de *espacio* y *lugar* ayuda a comprender mejor los diferentes modos en que la geografía puede afectar la salud (48). *Espacio* tiene que ver con mediciones de distancia y proximidad, de modo tal que la exposición a factores de riesgo y protección en salud distribuidos espacialmente cambiará según la ubicación precisa de un individuo. La contaminación del aire, que exacerba los síntomas del asma, sería un ejemplo de riesgo para la salud que se distribuye a través del espacio. La proximidad a verederos, conglomerados de crimen y servicios de salud son otros ejemplos de factores de riesgo y protección en salud modelados espacialmente. Por el contrario, *lugar* se refiere a la afiliación a unidades políticas o administrativas, como distritos escolares, ciudades, o estados. Muchos programas y políticas que afectan la salud ejecutados por el gobierno, como los programas de asistencia alimentaria o las políticas tributarias, son específicos a unidades administrativas y operan uniformemente dentro de sus límites. En consecuencia, los impactos en salud de una amplia gama de programas y políticas no dependen de la ubicación física precisa de los residentes, sino de la

afiliación a una unidad política o administrativa dada.

Los conceptos de espacio y lugar a menudo se usan indistintamente —y es fácil comprender por qué. Las unidades políticas y administrativas se definen geográficamente de modo tal que la gente en un mismo lugar también se encuentra a menudo muy cerca una de otra en espacio. Sin embargo, si uno se imagina un ejemplo en que los individuos están expuestos simultáneamente a riesgos en salud de una fábrica local contaminante y a beneficios en salud de un programa de ayuda popular, las diferencias conceptuales resultan evidentes. En este ejemplo, mudarse más lejos de la fuente puntual de contaminación podría mejorar la salud, independientemente de si la mudanza fuese a un lugar dentro o fuera de los límites del pueblo. Por el contrario, para conservar la ayuda, habría que residir dentro de los límites del pueblo, independientemente de dónde viva la persona dentro del pueblo. Las desigualdades geográficas en salud observadas pueden ser generadas por procesos que tienen sus raíces en el espacio, el lugar o en ambos. Desde el punto de vista de la investigación, los estudios que se podrían proponer para entender las desigualdades geográficas en salud deben tomar en cuenta si los riesgos en salud hipotetizados se basan en espacio o en lugar. Desde una perspectiva de política, los programas e intervenciones podrían enfocarse más eficazmente en las desigualdades geográficas en salud si se consideraran explícitamente tanto el espacio como el lugar.

El rastreo de las desigualdades de salud en el tiempo

Independientemente de cómo operacionalizan el estudio de las desigualdades en salud, los investigadores también deben decidir cómo informar sobre las diferencias observadas. Las desigualdades entre grupos pueden expresarse como diferencias absolutas o como diferencias relativas (49, 50). Computar diferencias absolutas entraña restar una cantidad de otra, mientras que computar diferencias relativas requiere dividir una cantidad por otra para producir una razón. A medida que las diferencias en salud son rastreadas en el tiempo, las diferencias absolutas entre grupos pueden aumentar mientras las diferencias relativas disminuyen, o

viceversa. Por ejemplo, si 10 personas por cada 100 000 son hospitalizadas anualmente por asma en la Provincia A, mientras que 20 por cada 100 000 son hospitalizadas anualmente por asma en la Provincia B, la diferencia absoluta en las hospitalizaciones por asma es 10 por 100 000. Hay algunos puntos que notar en este ejemplo. Primero, las dos provincias exhiben tasas de hospitalización por asma muy bajas, aunque este hecho se pierde cuando solo se informa sobre la magnitud de la desigualdad. Segundo, si bien una diferencia de 10 hospitalizaciones por cada 100 000 es relativamente pequeña, las provincias parecen tener tasas de hospitalización por asma amplias cuando la diferencia se expresa como razón.

A medida que se rastrean las desigualdades en el tiempo, se hacen aún más complejas las decisiones acerca de cómo expresar las diferencias en salud. Imagínese que se hace seguimiento a las dos provincias hipotéticas durante 10 años y se encuentra que las tasas de hospitalización por asma han aumentado en cada una. Ahora, 45 por cada 100 000 son hospitalizados en la Provincia A, mientras que 60 por cada 100 000 son hospitalizados en la Provincia B. La nueva diferencia absoluta ha subido a 15 por cada 100 000, pero la diferencia relativa en realidad ha caído, de manera que la Provincia B tiene ahora solo 33% más hospitalizaciones que la Provincia A. En 10 años, las tasas de hospitalización por asma en ambas provincias han aumentado, al igual que la diferencia absoluta entre las provincias. Al mismo tiempo, las desigualdades relativas en salud se han acortado. La comunicación selectiva de diferencias absolutas o relativas dificulta comprender si las poblaciones están mejor o peor con el tiempo, y cuán mejor o peor. En general, proveer información sobre la línea de base, junto a datos sobre las diferencias absolutas y relativas, proporciona una imagen más completa de las tendencias en las desigualdades en salud.

MARCO PARA ENTENDER LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Las secciones anteriores de este artículo se ocuparon de aspectos prácticos sobre cómo puede medirse las desigualdades en salud, incluyendo si las diferencias en salud se estudian entre individuos o a nivel de grupo, cómo pueden

medirse las desigualdades entre geografías y grupos sociales y cómo las diferencias observadas pueden comunicarse transversalmente y a lo largo del tiempo. Ahora procederemos a analizar conceptos útiles para considerar cómo surgen las desigualdades y para explorar mecanismos causales que vinculan la afiliación geográfica o de grupo social a la salud. Estos son conceptos genéricos que pueden aplicarse tanto al estudio de las desigualdades sociales en salud como a la comprensión de las desigualdades en salud entre individuos.

Vías causales y efectos en salud condicionales

Cuando se estudia la relación entre una exposición, como la ocupación, y un resultado, como la presión arterial, a menudo resulta evidente que hay una tercera variable que importa también. Las variables que yacen en la vía causal entre la exposición y el resultado, llamadas *mediadores*, son aquellas que explican cómo una exposición dada conduce a un resultado de interés (51). Por ejemplo, en un estudio sobre la ocupación y sus efectos en la presión arterial, se podría aprender que el ingreso es el vínculo que explica cómo el trabajo de una persona influye sobre su presión arterial. En este ejemplo, la ocupación podría determinar el ingreso, que entonces puede afectar la presión arterial al influenciar sobre si una persona puede comprar alimentos saludables, recibir atención médica adecuada, o experimentar estrés por asuntos financieros. Al diseñar políticas o programas para influir en un resultado como la presión arterial, puede resultar eficaz considerar formas de usar el ingreso como una herramienta de política. Por ejemplo, si el ingreso es responsable del vínculo entre la ocupación y la presión arterial, las transferencias de dinero o la asistencia pública para trabajadores de bajo ingreso podrían mejorar la presión arterial sin cambiar las condiciones laborales. Sin embargo, se podría encontrar que, incluso después de aumentar los ingresos, la ocupación aún tiene un impacto sobre la presión arterial. Si este fuera el caso, se podría concluir que el ingreso solo media parcialmente la relación ocupación-presión arterial. El saber que la ocupación tiene un efecto sobre la presión arterial independientemente del ingreso puede motivar a los investigadores a preguntarse si el estrés en el trabajo o

Términos clave:

Mediador: una variable que yace en la vía causal entre exposición y resultado y que ayuda a explicar la asociación entre ellos.

Modificador de efecto: una variable que no yace en la vía causal entre exposición y resultado, pero cuya presencia ayuda a explicar cuándo y cómo se relacionan una exposición y un resultado. La relación entre exposición y resultado puede variar según el nivel del modificador de efecto.

las condiciones laborales afectan la salud. Los estudios sobre desigualdades en salud deben tratar de identificar estas vías siempre que sea posible, porque ello ayuda a comprender mejor los mecanismos por los cuales surgen las diferencias en salud y proporciona más opciones para diseñar soluciones de política a problemas reales.

En otros casos, se puede descubrir que una tercera variable, a menudo llamada modificador o moderador, ayuda a explicar las condiciones bajo las cuales una exposición y un resultado se relacionan (51). Retornando al ejemplo de la ocupación y la presión arterial, se puede considerar el rol de la raza en el lugar de trabajo. En muchos contextos, la discriminación racial persiste en el lugar de trabajo. Dentro de tal contexto, los empleados blancos que reciben ascensos podrían experimentar una reducción de la presión arterial, debido quizá a un aumento del control en el empleo y de su estatus en el lugar de trabajo. Por otro lado, los empleados negros podrían no cosechar ningún beneficio de salud porque la discriminación persiste en todos niveles ocupacionales, impidiéndoles experimentar un sentido de mayor estatus o control en el trabajo. En este ejemplo, podría observarse que las mejores ocupaciones mejoran la presión arterial en empleados blancos, pero no en empleados negros. A diferencia del primer ejemplo, en donde el ingreso tenía un impacto direccional claro sobre la presión arterial, el segundo ejemplo muestra cómo la raza modifica la relación entre ocupación y presión arterial de maneras diferentes. Este ejemplo también resalta el hecho de que los grupos sociales no son de interés sencillamente como exposiciones, sino que también pueden explicar la relación entre otras exposiciones y resultados.

Selección

La *selección* es otro concepto fundamental para entender las desigualdades

en salud (52). La selección se refiere al hecho de que la gente tiene la tendencia a autoclasificarse en vecindarios, grupos sociales y otros conglomerados. Por ejemplo, la gente que valora la actividad física puede estar más dispuesta a mudarse a zonas caminables, mientras que los individuos sedentarios podrían escoger vivir en suburbios auto-dependientes. Cuando uno ve datos que indican que la caminabilidad vecinal (i.e., la facilidad de desplazamiento a pie en un vecindario) afecta si los residentes son físicamente activos, entonces uno se tiene que preguntar en qué medida la relación observada es causal y en qué medida simplemente refleja una autoselección para incorporarse a un vecindario.

La selección también se propone a veces como una explicación para las diferencias educacionales, ocupacionales e incluso étnico/raciales en salud. Por ejemplo, alguien podría intentar explicar la relación entre ESE y salud como un producto de la selección, con el argumento de que individuos genéticamente superiores tienen mayor probabilidad de tener buena salud y cociente de inteligencia alto, lo que explicaría por tanto por qué los individuos altamente educados y con alto ingreso son generalmente más saludables. No obstante, los estudios de investigación diseñados para estimar los efectos causales de factores sociales sobre la salud por lo general rechazan tales explicaciones y muestran que exposiciones tales como la ocupación, el ingreso, la discriminación y la pobreza vecinal, por ejemplo, sí influyen sobre la salud (35).

Contexto versus composición

Cuando la selección puede ser una fuente de desigualdades geográficas en salud, los investigadores generalmente buscan distinguir los efectos *contextuales* de los efectos *composicionales* (53). Los efectos contextuales se refieren a la influencia que un vecindario u otro tipo de unidad de nivel organizacional más alto

tiene sobre la gente, mientras que los efectos composicionales son simplemente reflejo de las características de los individuos que conforman el vecindario u otro entorno. Aulas, escuelas, vecindarios, estados, hospitales y otras unidades de organización pueden todas ejercer efectos contextuales. Los factores contextuales que afectan la salud incluyen políticas, recursos infraestructurales y programas de apoyo públicos (3) y son, por consiguiente, blancos potenciales de intervención para reducir las desigualdades en salud.

Los efectos composicionales se refieren a variaciones en la salud atribuibles al estado de salud de los individuos miembros de un contexto dado. Si la construcción de una instalación de atención de salud especializada atrajo repentinamente a un gran número de residentes crónicamente enfermos a un vecindario dado, el deficiente estado de salud de los residentes de ese vecindario comparado con las áreas circundantes sería composicional.

Diferenciar efectos composicionales de efectos contextuales es de importancia primordial para hacer inferencias causales acerca de cómo los entornos impactan la salud. Saber que las desigualdades en salud existen en todos los contextos no nos dice nada acerca de por qué existen diferencias: ¿vivir en vecindarios de alta pobreza aumenta el riesgo de enfermarse? Después de tomar en cuenta los factores de riesgo a nivel individual, ¿existen todavía variaciones en los resultados en salud entre vecindarios de alta y baja pobreza? Más aún, ¿la pobreza del vecindario tiene el mismo impacto en salud sobre todos los grupos sociales o algunos de ellos están particularmente en riesgo? La pobreza concentrada y muchas otras características contextuales no solo pueden repercutir sobre la salud promedio de una comunidad, sino también crear desigualdades en salud entre los grupos sociales (3).

Perspectiva del curso de vida

El impacto de la geografía y la afiliación a grupo social sobre la salud no solo es potente sino también persistente. Las diferencias de circunstancias en la vida temprana e intrauterina pueden repercutir más tarde sobre la salud, independientemente de los eventos vitales ulteriores, generando desigualdades en salud entre grupos sociales (54, 55). Hay

períodos de desarrollo fundamentales o sensibles durante los cuales la salud se ve afectada de maneras que no pueden revertirse completamente. Por ejemplo, la nutrición deficiente en la adolescencia, cuando los huesos se desarrollan, podría poner a los individuos en riesgo de fracturas óseas más tarde en la vida, sin importar los intentos por desacelerar la pérdida de densidad ósea en la edad adulta. Los hábitos que se desarrollan temprano en la vida pueden influir en la trayectoria de las opciones de salud de cada uno. Hábitos pobres en actividad física en la niñez pueden influir las decisiones que la gente toma posteriormente como adultos. Aunque los adultos pueden escoger por hacer más ejercicio en etapas posteriores de la vida, los hábitos de la niñez pueden servir como predictores de las decisiones adultas que continúan impactando en la salud. Por último, la exposición prolongada a condiciones en el curso de una vida también afecta la salud. Por ejemplo, percibir un ingreso bajo puede tener un mayor efecto sobre los individuos que crecieron pobres que sobre aquellos que crecieron ricos. Esta privación prolongada podría amplificar los efectos de la pobreza sobre la salud.

Cuando la movilidad social es baja y los grupos socialmente marginados tienen opciones históricamente limitadas acerca de dónde vivir, las condiciones de la vida temprana pueden ser particularmente contundentes para explicar las desigualdades en salud actuales. Por ejemplo, en las sociedades que luchan con la transferencia intergeneracional de la pobreza o tienen una larga historia de segregación de grupos marginados, es probable que los individuos actualmente

expuestos a riesgos en salud socialmente determinados también hayan estado expuestos anteriormente a riesgos en salud socialmente determinados; véase la figura 1 (57). Los investigadores deben ser conscientes de que las exposiciones diferidas, incluso aquellas tan distantes como la ocupación de los padres o el vecindario de la niñez, pueden ser útiles para explicar los resultados en salud actuales. La pericia técnica en asuntos sobre el desarrollo humano debe informar los estudios o proyectos que exploran las condiciones previas de vida para explicar las diferencias en salud actuales entre grupos. Los datos longitudinales, además de permitir la exploración de efectos diferidos o acumulativos, son también cruciales para entender la dirección de las relaciones causales que guían las asociaciones entre la salud y las condiciones sociales. Por ejemplo, evidencia reciente sugiere que la pobreza vecinal puede realmente aumentar los riesgos para la salud (58), pero esa mala salud también puede llevar sistemáticamente a los individuos hacia vecindarios más pobres (59). Solo los estudios de diseño longitudinal pueden ayudar a aclarar si —y en qué medida— las condiciones sociales adversas y los resultados pobres en salud se refuerzan entre sí con el transcurso del tiempo.

EXPLICAR LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Los epidemiólogos sociales aplican los conceptos presentados anteriormente para ayudar a medir y comprender las desigualdades en salud. Generalmente, se ensayan varias categorías amplias de

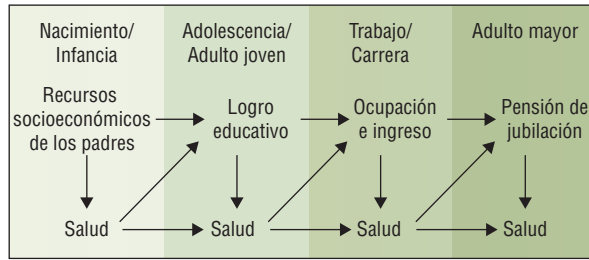
Términos clave (56):

Perspectiva del curso de vida: una consideración de las desigualdades en salud que reconoce que el estado de salud de uno refleja tanto las condiciones previas como las contemporáneas, incluidos los efectos en el útero y durante la niñez. La perspectiva del curso de vida reconoce el impacto de los efectos latentes, los efectos de vías y los efectos acumulativos sobre la salud posterior.

Efectos latentes: efectos sobre la salud causados por condiciones previas que repercuten sobre la salud posterior, independientemente de los eventos vitales ulteriores. Ejemplos incluyen la falta de atención prenatal adecuada o nutrición deficiente en la niñez.

Efectos de vías: efectos sobre la salud que resultan de las condiciones de la vida temprana, que continúan repercutiendo sobre la conducta futura. Ejemplos incluyen pobres hábitos de ejercicio en la niñez que continúan en la adultez. Aunque estos hábitos pueden ser cambiados en la adultez, pueden ser predictores de elecciones adultas que en sí mismas tienen efectos sobre la salud.

Efectos acumulativos: efectos sobre la salud que resultan de la exposición de largo plazo a condiciones que afectan la salud. Ejemplos incluyen la exposición prolongada a toxinas ambientales o la pobreza de largo plazo.

FIGURA 1. El impacto del estado socioeconómico sobre la salud a lo largo del curso de vida

Fuente: tomado directamente de Adler et al. (57).

entre grupos sociales no son el foco de investigación.

Aplicar la perspectiva del curso de vida al análisis de los cuatro tipos de explicaciones al tiempo que se considera qué factores de cada categoría pueden ser exposiciones, mediadores o moderadores principales crea una complejidad útil para reflexionar acerca de cómo surgen las desigualdades en salud.

CONCLUSIONES

En este artículo se han presentado definiciones y conceptos que pueden combinarse y aplicarse en una amplia gama de entornos. Trabajos previos sobre desigualdades en salud han presentado conceptos fundamentales y explorado preguntas definitorias (3), evaluado teorías pertinentes y considerado implicaciones resultantes para políticas (4), discutido sobre medición y monitoreo de desigualdades (5, 7, 69), entre otras contribuciones. Construyendo sobre éstos y otros valiosos recursos, el presente trabajo ha buscado unir las teorías, conceptos y métodos más destacados en un único artículo y resaltar aspectos poco discutidos previamente de la investigación sobre desigualdades, como las distinciones entre espacio y lugar. Cuando se consideran las diferencias en salud, es importante determinar si las desigualdades se midieron entre individuos de una única población o si se describieron diferencias a nivel de grupo. Las definiciones de grupo variarán según el contexto histórico y social y el establecimiento de agrupamientos con sentido será específico a dichos contextos. Las desigualdades en salud entre grupos sociales pueden generarse temprano o tarde en la vida por diferencias en acceso a recursos materiales, circunstancias sociales que generan estrés, o conductas en salud. Entender las vías causales que vinculan los factores sociales con la salud, así como la salud condicional, puede ayudar a la planificación de intervenciones. Las desigualdades geográficas en salud son también comunes y a menudo reflejan estructuras sociales injustas. Diferenciar los conceptos de lugar y espacio puede ayudar a descubrir qué genera diferencias geográficas en salud.

Aun más difícil que ejecutar estudios bien diseñados sobre desigualdades en salud es decidir qué estudiar y cómo utilizar los hallazgos para reducir las brechas entre los grupos. Una tarea central es

explicaciones (3, 54, 60, 61) para tratar de explicar las diferencias en salud entre geografías y grupos sociales, pero que también pueden conducir a diferencias en salud entre individuos de una población.

Un tipo de explicación apunta a factores *materiales* en la creación de las desigualdades en salud. Los factores materiales incluyen alimento, cobijo, contaminación y otros recursos y riesgos físicos que influyen sobre los resultados en salud. Las mediciones de recursos absolutos, como el ingreso absoluto, son útiles para poner a prueba el rol de la privación material en la creación de diferencias en salud, como son también las mediciones de factores físicos de riesgo para la salud, tales como la calidad del aire. Una distribución desigual de los recursos y riesgos físicos para la salud entre geografías y grupos sociales contribuye a las desigualdades sociales en salud a través de vías materiales.

Una segunda clase de explicación apunta a factores *psicosociales* (62) como propulsores de las desigualdades en salud y diferencias en salud entre grupos sociales, en particular. Los impactos psicosociales en salud provienen de sentimientos de exclusión social, discriminación, estrés, poco apoyo social y otras reacciones psicológicas a experiencias sociales. Los estados psicológicos negativos afectan la salud física al activar la respuesta biológica frente al estrés, la cual puede conducir a inflamación incrementada, frecuencia cardíaca acelerada y presión arterial elevada, entre otros resultados (63, 64). Las mediciones de posición relativa, las variables percibidas y las objetivamente medidas, así como los instrumentos que capturan diferentes experiencias de estrés son todos útiles en los estudios de factores de riesgo psicosociales. En la medida en que ciertos grupos sociales están sistemáticamente más propensos

a experimentar experiencias estresantes, desmoralizantes y de otro modo emocionalmente negativas, los factores psicosociales pueden ayudar a explicar las inequidades en salud.

Las diferencias *conductuales* también son comúnmente citadas como contribuyentes a las desigualdades en salud. Por ejemplo, una explicación conductual podría atribuir las desigualdades en salud a diferencias en los hábitos alimentarios, la prevalencia de tabaquismo, o tasas de tamizaje de cáncer entre grupos sociales o individuos en una población. Si bien las conductas en salud a menudo varían entre grupos, los marcos ecosociales (65, 66) y socioecológicos (67) inducen a preguntar qué factores distales podrían ser responsables de estas variaciones. Por ejemplo, si las diferencias en las tasas de tabaquismo son causadas por oportunidades educativas desiguales, distribución inequitativa de factores de riesgo psicosociales y mercadeo focalizado, el atribuir las desigualdades en salud a las conductas individuales puede ser de utilidad limitada.

Un cuarto tipo de explicación apunta a diferencias en factores de riesgo para la salud biológicos que son modelados a través de los grupos sociales o los contextos (60, 68), o que varían entre los individuos en una población. Las explicaciones *biomédicas* pueden padecer las mismas deficiencias que las explicaciones conductuales para las desigualdades sociales en salud cuando se centran en los efectos proximales del contexto social sin reconocer por qué los niveles de los factores de riesgo biológicos varían entre las poblaciones. Las explicaciones que aluden a interacciones genéticas e interacciones gene-medio ambiente son también, en parte, de naturaleza biomédica. Esta clase de explicación puede ser más útil para comprender las variaciones de salud que se observan entre individuos de una población donde las diferencias

decidir cuándo una desigualdad en salud es inequitativa —y por qué. Establecer una agenda política en torno a las inequidades en salud está también colmada de preguntas y decisiones difíciles, incluyendo si es mejor reducir diferencias en salud entre grupos absolutas o relativas, si enfocarse en mejorar la salud de los grupos en peor situación o de los grupos más grandes, y cómo establecer puntos de referencia (*benchmarks*) para resultados en salud para varios grupos. Por ejemplo, ¿debería establecerse que la esperanza de vida objetivo para estadounidenses negros sea la de los blancos, o debería buscarse que ambos grupos vivan aún más tiempo?; ¿merecen ciertos grupos sociales o resultados en salud más atención que

otros? Si así fuese, ¿por qué?; ¿merecen mayor atención las diferencias en salud particularmente injustas, o debería centrarse la atención sobre resultados en salud especialmente costosos o prevalentes?; ¿cuáles son los méritos de invertir recursos en mejorar la salud de la población en general y cuáles son los argumentos para concentrarse, en cambio, en la eliminación de las desigualdades en salud?

No existen respuestas manifiestamente claras a ninguna de estas preguntas, aunque forman parte de los factores centrales que definen la forma en que las desigualdades en salud se estudian y discuten. Los criterios para priorizar los escasos recursos pueden ser económicos, políticos, morales o prácticos. Estos y

otros factores deben ser sopesados al diseñar las agendas de investigación y de política para rastrear y entender las desigualdades en salud.

Contribuciones de los autores. MCA y SVS conceptualizaron el artículo. MCA, ALA y SVS escribieron el manuscrito. SVS se ocupó de la supervisión general y de las modificaciones críticas.

Conflicto de intereses y financiamiento. Los autores no tienen conflictos de interés que informar. Nada en el presente manuscrito tiene por objeto representar la política o posición oficial de la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos.

REFERENCIAS

1. Townsend P, Davidson N. (Eds.) *Inequalities in health: black report*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books Ltd; 1982, p. 240.
2. Oficina Regional de la OMS para Europa (1985). *Targets for health for all: targets in support of the European Regional Strategy for Health for All*. Organización Mundial de la Salud/World Health Organization, Oficina Regional para Europa.
3. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56:647–52.
4. McCartney G, Collins C, Mackenzie M. What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? *Health Policy*. 2013;113:221–7.
5. Organización Mundial de la Salud (2013). *Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low-and middle- income countries*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
6. Braveman P, Krieger N, Lynch J. Health inequalities and social inequalities in health. *Bull World Health Organ*. 2000; 78:232–5.
7. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health*. 1997;18:341–78.
8. Murray CJL, Gakidou EE, Frenk J. Critical reflection – health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bull World Health Organ*. 1999;77:537–44.
9. Braveman P, Tarimo E. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Soc Sci Med*. 2002;54:1621–35.
10. Organización Mundial de la Salud (2013). *Health status statistics: mortality*. OMS. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indhale/en> Acceso el 7 de octubre de 2013.
11. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2144–62.
12. Subramanian SV, Ackerson LK, Subramanyam M, Sivaramakrishnan K. Health inequalities in India: the axes of stratification. *Brown J World. Aff* 2008;14: 127.
13. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22:429–45.
14. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 2012;380:1011–29.
15. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. *CDC health disparities and inequalities report – Estados Unidos, 2011*. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2011;60: 49–51.
16. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358:2468–81.
17. Elgar FJ, Pfortner T-K, Moor I, De Clercq B, Stevens GWJM, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet*. 2015. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614614604> Acceso el 20 de febrero de 2015.
18. Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L, Binstock RH, Boersch-Supan A, Cacioppo JT, et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Aff*. 2012;31:1803–13.
19. Singh GK, Siahpush M. Widening rural-urban disparities in life expectancy, U.S., 1969–2009. *Am J Prev Med*. 2014;46: e19–29.
20. Sen A. Why health equity? *Health Econ*. 2002;11:659–66.
21. Sen A. Why and how is health a human right? *Lancet*. 2008;372:2010.
22. Pillay N. Right to health and the Universal Declaration of Human Rights. *Lancet*. 2008.372:2005–6.
23. Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Disponible en: <http://www.un.org/en/documents/udhr/> Acceso el 7 de octubre de 2013.
24. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. *Lancet*. 2008;372:1661–9.
25. Asamblea General de las Naciones Unidas (2014). *El camino hacia la dignidad para 2030: acabar con la pobreza y transformar vidas protegiendo el planeta*; p. 34. Informe No. A/69/700. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/700&Lang=E Acceso el 20 de febrero de 2015.
26. LaVeist TA, Gaskin DJ, Richard P. The economic burden of health inequalities in the United States. 2009. Disponible en: <http://health-equity.pitt.edu/3797/> Acceso el 7 de octubre de 2013.
27. Wilkinson RG, Pickett KE. *Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence*. *Soc Sci Med*. 2006;62:1768–84.
28. Milanovic B. *The haves and the have-nots: a brief and idiosyncratic history of global inequality*. First trade paper edition. New York: Basic Books; 2012.
29. *County Health Rankings & Roadmaps*. How healthy is your county? County health rankings. Disponible en: <http://www.countyhealthrankings.org/homepage> Acceso el 17 de octubre de 2013.
30. Williams DR. Race and health: basic questions, emerging directions. *Ann Epidemiol*. 1997;7:322–33.
31. Dressler WW, Oths KS, Gravlee CC. Race and ethnicity in public health research:

- models to explain health disparities. *Annu Rev Anthropol.* 2005; 34:231–52.
32. Marmot MG, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet.* 1991; 337:1387–93.
 33. Marmot MG, McDowall ME. Mortality decline and widening social inequalities. *Lancet.* 1986;328:274–6.
 34. Galobardes B, Lynch J, Smith GD. Measuring socioeconomic position in health research. *Br Med Bull.* 2007;81–82: 21–37.
 35. Berkman LF, Kawachi I. *Social epidemiology.* New York, USA: Oxford University Press; 2000.
 36. Sen A. *Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation.* Oxford, UK: Oxford University Press; 1983.
 37. Citro CF, Michael RT. *Measuring poverty: a new approach.* Washington, DC: National Academies Press; 1995.
 38. Kawachi I, Kennedy BP. Health and social cohesion: why care about income inequality? *BMJ.* 1997;314:1037–40.
 39. Yitzhaki S. Relative deprivation and the Gini coefficient. *Q J Econ.* 1979;93:321–4.
 40. Townsend P. *The international analysis of poverty.* New York: Harvester/Wheatsheaf; 1993. Pp. xi + 291.
 41. Alkire S, Santos ME. *Acute multidimensional poverty: a new Index for developing countries.* Rochester, NY: Social Science Research Network; 2010. Report No. ID 1815243. Disponible en: <http://papers.ssrn.com/abstract=1815243> Acceso el 19 de febrero de 2015.
 42. Redelmeier DA, Singh SM. Survival in academy award-winning actors and actresses. *Ann Intern Med.* 2001;134:955–62.
 43. Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health: health inequalities: relative or absolute material standards? *BMJ.* 1997;314:591.
 44. Raudenbush SW. The quantitative assessment of neighborhood social environment. In: Kawachi I, Berkman LF, eds. *Neighborhoods and health.* New York: Oxford University Press; 2003.
 45. Kearns RA, Joseph AE. Space in its place: developing the link in medical geography. *Soc Sci Med.* 1993;37:711–7.
 46. Macintyre S, Ellaway A. Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology.* New York, USA: Oxford University Press; 2000.
 47. Jones K, Moon G. Medical geography: taking space seriously. *Prog Hum Geogr.* 1993;17:515–24.
 48. Arcaya M, Brewster M, Zigler CM, Subramanian SV. Area variations in health: a spatial multilevel modeling approach. *Health Place.* Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829212000585> Acceso el 24 de abril de 2012.
 49. King NB, Harper S, Young ME. Use of relative and absolute effect measures in reporting health inequalities: structured review. *BMJ.* 2012;345:e5774.
 50. Oliver A, Healey A, Grand JL. Addressing health inequalities. *Lancet.* 2002;360: 565–7.
 51. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol.* 1986;51: 1173–82.
 52. Heckman JJ. Sample selection bias as a specification error. *Econometrica.* 1979; 47:153–61.
 53. Subramanian SV, Jones K, Duncan C. Multilevel methods for public health research. In: Kawachi I, Berkman LF, eds. *Neighborhoods and health.* New York: Oxford University Press; 2003. Pp. 65–111.
 54. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:693–700.
 55. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol.* 2002;31:285–93.
 56. Hertzman C. The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Ann N Y Acad Sci.* 1999; 896:85–95.
 57. Adler NE, Stewart J, Cohen S, Cullen M, Roux AD, Dow W, et al. Reaching for a healthier life: facts on socioeconomic status and health in the US. *MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health;* 2007. P. 43.
 58. Ludwig J, Sanbonmatsu L, Genetian L, Adam E, Duncan GJ, Katz LF, et al. Neighborhoods, obesity, and diabetes - a randomized social experiment. *N Engl J Med.* 2011;365:1509–19.
 59. Arcaya MC, Subramanian SV, Rhodes JE, Waters MC. Role of health in predicting moves to poor neighborhoods among Hurricane Katrina survivors. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2014;111: PMC4246309.
 60. Skalická V, Lenthe F van, Bamba C, Krokstad S, Mackenbach J. Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socio-economic inequalities in mortality: evidence from the HUNT study. *Int J Epidemiol.* 2009;38:1272–84.
 61. Adler NE, Rehkopf DH. U.S. disparities in health: descriptions, causes, and mechanisms. *Annu Rev Public Health.* 2008; 29:235–52.
 62. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol.* 1976;104:107–23.
 63. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med.* 1998;338:171–9.
 64. Rozanski A. Psychologic functioning and physical health: a paradigm of flexibility. *Psychosom Med.* 2005;67:547–53.
 65. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc Sci Med.* 1994;39:887–903.
 66. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol.* 2001;30:668–77.
 67. McMichael AJ. Prisoners of the proximate: loosening the constraints on epidemiology in an age of change. *Am J Epidemiol.* 1999;149:887–97.
 68. Koster A, Penninx BJH, Bosma H, Kempen GJIM, Harris TB, Newman AB, et al. Is there a biomedical explanation for socioeconomic differences in incident mobility limitation? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005;60:1022–7.
 69. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health.* 2006;27:167–94.

ABSTRACT**Inequalities in health: definitions, concepts, and theories**

Individuals from different backgrounds, social groups, and countries enjoy different levels of health. This article defines and distinguishes between unavoidable health inequalities and unjust and preventable health inequities. We describe the dimensions along which health inequalities are commonly examined, including across the global population, between countries or states, and within geographies, by socially relevant groupings such as race/ethnicity, gender, education, caste, income, occupation, and more. Different theories attempt to explain group-level differences in health, including psychosocial, material deprivation, health behavior, environmental, and selection explanations. Concepts of relative versus absolute; dose response versus threshold; composition versus context; place versus space; the life course perspective on health; causal pathways to health; conditional health effects; and group-level versus individual differences are vital in understanding health inequalities. We close by reflecting on what conditions make health inequalities unjust, and to consider the merits of policies that prioritize the elimination of health disparities versus those that focus on raising the overall standard of health in a population.

Key words

Health disparities; inequality; inequity; theory.