

Las desigualdades sociales en salud: explicaciones y debates en torno a su origen y reproducción

Amaia Bacigalupe, Unai Martín e Isabel Larrañaga

Laburpena: Nahiz eta populazioaren osasunak pausoz pausoko hobekuntza bizi izan duen, ageriko desberdintasun sozialak daude. Desberdintasun hauen erroa eta arrazoiak ulertzea ezinbestekoa da haien murrizketarako. Artikulu honek gai honen inguruko esplikaziorik erabilienak aurkezten ditu, bi ikuspegi nagusi bereizirik: hautespen soziala eta kausalitate soziala.

Resumen: A pesar de que la salud de las poblaciones ha mejorado paulatinamente, existen importantes desigualdades sociales en la salud. Entender el origen y las razones de su reproducción es esencial para tratar de reducirlas. Este artículo presenta los marcos explicativos más utilizados al respecto, dividiendo los mismos en dos grandes perspectivas: la selección social y la causalidad social.

1. Introducción

Durante las últimas décadas, el estado de salud de la humanidad ha mejorado con mayor rapidez que en los tres milenios anteriores y nada hace pensar que este proceso vaya a detenerse a corto plazo. Se trata de una evolución de gran importancia, mediante la cual ha mejorado la calidad de vida de las personas y su relación con el medio de manera que, en términos generales, somos hoy menos vulnerables a determinados riesgos de lo que éramos en el pasado.

Sin embargo, al comienzo de este nuevo siglo XXI todos los países se enfrentan a la existencia de importantes desigualdades sociales en el estado de salud de sus poblaciones. Avanzar hacia la equidad en salud, entendida como la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente evitables entre grupos socialmente, demográficamente o geográficamente definidos (Starfield, 2007), constituye un reto que progresivamente deben asumir todos los gobiernos, con el objetivo de garantizar que cada persona tenga la misma capacidad de desarrollar con plenitud su potencial de salud y que, por tanto, nadie se encuentre en situación de desventaja a la hora de lograrlo.

AMAIA BACIGALUPE, es licenciada en Sociología e investigadora en el Servicio de estudios e investigación sanitaria de la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria del Departamento de Sanidad. **UNAI MARTÍN**, es licenciado en Sociología, investigador de O+Berri (Instituto Vasco de Innovación Sanitaria) en el Departamento de Sanidad y profesor en la UPV-EHU. **ISABEL LARRAÑAGA**, es licenciada en Sociología y Técnico del Servicio del Plan de Salud de Gipuzkoa (Departamento de Sanidad) y profesora asociada de demografía en la UPV-EHU. **E-MAIL:** abacigalupe@ej-gv.es.

Para ello, es esencial conocer de antemano cuáles son las raíces que explican el origen y la reproducción de las desigualdades sociales en la salud en nuestras sociedades. En dicho contexto, este artículo presenta de forma sintética los marcos explicativos más extensamente utilizados al respecto, los cuales parten de que la salud es un fenómeno complejo y multicausal, estrechamente relacionado con el contexto social de las personas, que debe entenderse más allá de las explicaciones biomédicas clásicas que enfatizan sus aspectos biológicos y genéticos, y la influencia que sobre los mismos tienen los servicios sanitarios.

Si bien resulta complicado establecer una relación causal entre el contexto social y la salud por la multitud de factores que intervienen, muchos estudios han ido aportando luz al respecto, de forma que, en la actualidad, podríamos señalar que los factores explicativos más relevantes en el estudio de las desigualdades sociales en salud se engloban en dos grandes perspectivas: la “selección social” y la “causalidad social”, incluyendo esta última (a) los factores materiales o estructurales; (b) los factores psicosociales; (c) los hábitos o conductas relacionadas con la salud; (d) los servicios sanitarios; y (e) la perspectiva vital.

2. Perspectiva de la selección social

La perspectiva de la selección social entiende que la salud determina la posición social de las personas, lo que se traduce en que aquéllas con peor estado de salud son las que tienden a descender en la escala social mientras que las más sanas tienden a mejorar su posición social.

Según este enfoque, la selección puede actuar de forma directa, cuando el estado de salud o la enfermedad tienen un efecto directo sobre el estatus socioeconómico de las personas, o bien de forma indirecta, cuando determinados factores del contexto que actúan durante la infancia (la privación material o la educación así como los hábitos de vida de los/as progenitores/as) determinan la salud y la movilidad de las personas en la vida adulta. Asimismo, la selección social puede darse entre los miembros de una misma generación (intrageneracional) o entre dos generaciones (intergeneracional).

La evidencia científica acerca de la validez de esta perspectiva ha sido escasa desde los años 80 y ha estado orientada hacia la influencia que el padecimiento de determinados problemas de salud mental como la esquizofrenia o algunos problemas crónicos e incapacidades permanentes tienen sobre la posición en la escala social (Dohrenwend y col, 1992). Asimismo, existe cierta evidencia acerca de la relación que los hábitos de vida no saludables tienen con el fracaso escolar, que actuaría como mecanismo de selección indirecto en el estatus socioeconómico de las personas en la vida adulta (Pereiro y col, 1999).

La lógica de esta perspectiva de la selección social ha sido utilizada como base para el diseño de varias intervenciones puestas en marcha desde los sistemas sanitarios de algunos países empobrecidos, así como para algunas recomendaciones realizadas desde la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de convertir las poblaciones pobres con mala salud en poblaciones pobres sanas, suponiendo que ello conllevaría la ruptura del vínculo que relaciona la enfermedad y la pobreza, ya que la mejora generalizada de la

salud de la población podría conllevar un crecimiento económico sostenido (Feachem, 2000; Leon y col, 2005).

Sin embargo, la mayor parte de los estudios que han analizado el papel de la selección social han concluido que su contribución a la explicación de las desigualdades sociales en salud es poco significativa (Wilkinson, 1999; Mackenbach y col, 2002). En este sentido, diversos estudios de carácter longitudinal han desestimado, por falta de evidencia, que las desigualdades por clase social en la mortalidad se deban a un efecto de selección (Regidor y col, 1994; Adler y Ostrove, 1999; Van Lenthe y col, 2004), mientras que otros muestran que la movilidad social derivada de la selección ha contenido, en vez de incrementado, las desigualdades (Bartley y Plewis, 1997).

3. Perspectiva de la causalidad social

Diversos estudios longitudinales en los que la posición social ha sido medida con anterioridad a la aparición de los problemas de salud han mostrado que los grupos socialmente más desfavorecidos tienen un mayor riesgo de padecer determinados problemas de salud. Este tipo de evidencia sugiere que, en vez de la “selección social”, la explicación de las desigualdades sociales en salud debería buscarse en la “causalidad social”.

A diferencia de la anterior, para la perspectiva de la causalidad social la posición social de las personas es la que determina su salud, mediante la intervención de factores intermedios como los factores materiales, los psicosociales, los hábitos de vida y la actuación de los servicios sanitarios.

En este sentido, el sistema de jerarquía o estratificación social sitúa a las personas en diferentes posiciones sociales en función, básicamente, de su clase social, género, etnia, lugar de nacimiento, estatus ocupacional, nivel educativo y nivel de ingresos. Según esta perspectiva de la causalidad social, las desigualdades sociales en salud se darían por la distribución no equitativa de estos factores intermedios que dependen de la posición social y que impactan de manera desigual sobre el estado de salud de las personas.

3.1. Los factores materiales o estructurales

Los factores materiales hacen referencia a las condiciones de vida, de trabajo y al ambiente social que rodea a las personas. Bajo esta hipótesis, las desigualdades sociales en salud se generan por una desigual acumulación y exposición de las personas a factores de riesgo como el desempleo, los riesgos ambientales o la baja confortabilidad de las viviendas, más prevalentes en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, aquéllos de menor nivel de estudios, estatus ocupacional y nivel de ingresos.

En este sentido, han sido numerosos los estudios que han relacionado los factores materiales como la ocupación, el paro o la pobreza con la salud física y mental (Garrido y col, 1994; Mathers y Schofield, 1998; Artazcoz y col, 2004; Virtanen y col, 2005). Concretamente, la permanencia prolongada en desempleo se ha relacionado con mayores tasas de mortalidad, peor salud mental, peor valoración de la propia salud y la adopción de hábitos de vida poco saludables como el mayor consumo de tabaco y

alcohol, y una peor dieta (Mathers y Schofield, 1998). En el caso de Euskadi, se ha calculado que entre 1996 y 2001, se hubieran evitado el 13,3% de las muertes en hombres y el 9,1% en las mujeres de entre 20 y 64 años si las personas paradas hubieran tenido las mismas tasas de mortalidad de las personas ocupadas, es decir, se hubieran evitado 1.063 muertes. De la misma manera, si todas las personas hubieran tenido la mortalidad de aquéllas que vivían en una vivienda de confort alto durante tal periodo, se hubieran evitado 6.911 muertes entre los hombres y 3.856 entre las mujeres, es decir, el 15,8% y el 10,1% de las muertes totales en el periodo respectivamente (Departamento de Sanidad, 2005).

La explicación de las desigualdades sociales en salud basada en la relevancia de los factores materiales o estructurales pone de relieve la importancia del Estado de Bienestar y las variables del contexto político como determinantes de la salud de las personas ya que las políticas públicas y los recursos sociales disponibles (el sistema de salud, el sistema educativo, los servicios sociales y la política impositiva así como el gasto social) intervienen en las posibilidades que las personas tienen de cuidar de su salud (Lynch y col, 2000). Sin embargo, son escasos los estudios que han analizado directamente la influencia sobre la salud del color político de los gobiernos y, en consecuencia, del tipo de políticas públicas desarrolladas, con la excepción de algunos trabajos, a partir de datos correspondientes a diversos países, que han confirmado esta relación (Navarro y col, 2006; Chung y Muntaner, 2006; Rodríguez-Sanz y col, 2003). Como ejemplo del impacto de estas variables de carácter político sobre la salud, el estudio realizado por Chung y Muntaner demostró que el 20% de las diferencias en las tasas de mortalidad infantil y el 10% de las relativas a los nacimientos de bajo peso podrían ser explicadas por el tipo de Estado de Bienestar en los 18 países ricos de Europa, América del Norte y la región de Asia-Pacífico estudiados.

3.2. Los factores psicosociales

Algunos/as autores/as consideran que el papel de los factores materiales no es suficiente para explicar el origen y la reproducción de las desigualdades sociales en salud, lo que ha derivado en el desarrollo de perspectivas que enfatizan la importancia de otros factores, como los psicosociales.

El origen de este enfoque proviene del trabajo clásico de Cassel (Cassel, 1976) en el que se argumentaba que factores como el estrés ocasionados por las características del contexto social alteraban la susceptibilidad de las personas a determinados huéspedes y aumentaban, en consecuencia, la vulnerabilidad del organismo a las enfermedades.

Más recientemente, varios autores han observado que la desigualdad en la renta de los países más ricos está relacionada con indicadores como la esperanza de vida, la mortalidad y otras variables relacionadas con la salud, siendo los menos igualitarios aquéllos que presentan peores resultados (Kawachi y Kennedy, 1999; Wilkinson, 1997). Ello sugiere que, además de la renta individual, en el estado de salud de las personas influye su posición relativa en la escala social y la autopercepción sobre la distancia que les separa del conjunto de la sociedad, y no tanto del nivel absoluto de riqueza o pobreza (Murray y col, 1999).

Bajo esta perspectiva, las desigualdades sociales en salud se generan a partir de los efectos directos o indirectos del estrés provocado por la pertenencia a determinados grupos socioeconómicos y la autopercepción de la distancia con respecto al resto de las personas en una sociedad desigual. Asimismo, la erosión de la cohesión, el apoyo social y el capital social, que se darían en mayor medida en sociedades poco igualitarias, conduciría a mayores cotas de ansiedad, estrés y hostilidad, incidiendo en la salud de las personas (Kawachi y col, 2004; Leon y col, 2005).

Los conceptos de apoyo social y capital social son esenciales para la interpretación psicosocial de las desigualdades sociales en salud. El primero de ellos, definido como el conjunto de recursos provisto por otras personas o la información que conduce a los individuos a pensar que son queridos, cuidados, estimados y valorados, así como pertenecientes a una red social de comunicación y mutua obligación (Stansfeld, 1999), ha sido relacionado con la mortalidad y la enfermedad física y mental (Berkman y Syme, 1979; Kawachi y col, 1996). Por su parte, el capital social, que es definido como el conjunto de redes, normas y valores compartidos que facilitan la cooperación en los grupos (OECD, 2000), también ha sido asociado a diferentes variables como la autovaloración de la salud (Hyypää y Mäki, 2001; Veenstra y col, 2005), el menor uso de fármacos (Johnell y col, 2004) y la menor mortalidad (Kawachi y col, 1997).

Recientemente, el énfasis en los factores materiales o en los psicosociales para la comprensión del origen y la reproducción de las desigualdades sociales en salud ha suscitado un interesante debate en la epidemiología social. En este sentido, aquellas personas más alineadas con la perspectiva materialista afirman que el discurso del capital social como determinante de la salud acentúa en exceso la responsabilidad de las personas y los grupos sociales (o comunidades) sobre su propio estado de salud y exime, en consecuencia, al ámbito público de la responsabilidad de desarrollar Estados de Bienestar fuertes que velen por la mejora de la salud general de la población y la reducción de las desigualdades sociales (Lynch y col, 2000). Por el contrario, los/as defensores/as de las tesis psicosociales afirman que abordar el problema de las necesidades materiales individuales y las condiciones ambientales no resuelve el problema de las desigualdades sociales en salud ya que entre la posición socioeconómica y la salud actúan factores psicosociales relacionados con la posición relativa de las personas que seguirían quedando irresueltas (Marmot y Wilkinson, 2001).

Sin embargo, a menudo se apunta a que estas posturas no deberían estar enfrentadas ya que sus planteamientos resultan complementarios para una mejor comprensión de las desigualdades sociales en salud. En este sentido, parecería que la mejora de la salud depende tanto del acceso a recursos materiales como de la capacidad de beneficiarse de los mismos, determinado habitualmente por las relaciones sociales de las que dispongan las personas. En este sentido, la corriente materialista-estructural acertaría en afirmar que, incluso en las sociedades más desarrolladas, las clases sociales más bajas sufren mayor privación material, lo que directamente incide sobre su salud. Por su parte, la perspectiva psicosocial estaría en lo cierto subrayando que las percepciones asociadas a vivir en una sociedad injusta y poco equitativa pueden erosionar las redes sociales que perjudican significativamente la salud de la población (Szreter y Woolcock, 2004).

Lo que sí parece evidente es que más allá de la identificación de determinadas causas como mediadoras entre la posición social y la salud, el énfasis en una u otra

perspectiva implica adoptar un posicionamiento y orientación clara en el tipo de políticas públicas dirigidas a la reducción de las desigualdades sociales en la salud, lo que a menudo ha alimentado el debate y la controversia entre ambas.

3.3. *Los hábitos o conductas relacionadas con la salud*

Un tercer grupo de factores dentro de la perspectiva de la causalidad social hace referencia al papel de los hábitos o conductas de vida relacionadas con la salud como el hábito tabáquico, la dieta, el consumo de alcohol o la realización de ejercicio físico en la generación de las desigualdades sociales en salud. En la mayoría de países, estos hábitos se distribuyen según un gradiente socioeconómico, de forma que los factores de riesgo conocidos para la salud son más frecuentes a medida que se desciende en la escala social (Giskes y col, 2005; Soriguer y col, 2004; Regidor y col, 2004). Datos correspondientes a Euskadi muestran, por ejemplo, que el sedentarismo es un 36% y un 14% superior en los hombres y las mujeres de la clase social más pobre que entre los/as de clase más rica, y que el consumo de tabaco es más prevalente entre los hombres más pobres (32,9%) y con menor nivel de estudios (39,8%) que entre los más ricos (27,8%) y con estudios universitarios (24,5%) (Bacigalupe y Martín, 2007).

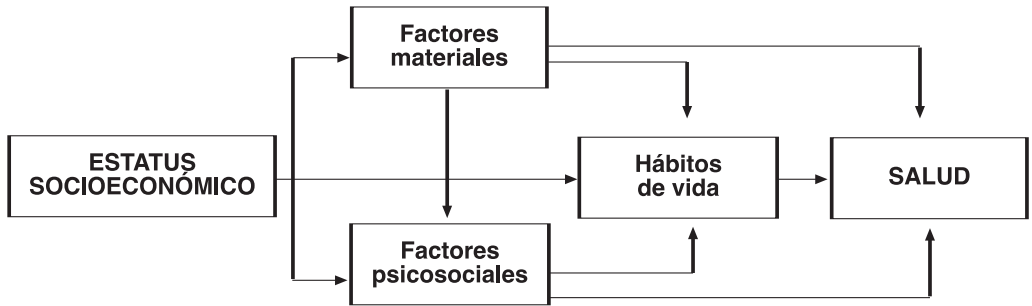
Sin embargo, la explicación sobre el origen de las desigualdades sociales en salud excede la explicación aportada por esta perspectiva ya que, tal y como han demostrado distintos estudios longitudinales, la asociación entre la posición socioeconómica y el estado de salud o la mortalidad se mantiene después de controlar el efecto de estos factores en el análisis (Lantz y col, 1998; 2001; Regidor, 2002). En este sentido, se han hallado desigualdades sociales en la mortalidad cardiovascular por nivel socioeconómico, no explicables por las desigualdades en el consumo de tabaco, la tensión arterial, el colesterol o la intolerancia a la glucosa (Ferrie y col, 2002), directamente relacionados con determinados hábitos de vida. Otros trabajos también han hallado tales desigualdades tras controlar por el consumo de tabaco, de alcohol, la actividad física, la obesidad y los patrones del sueño (Haan y col, 1987). Incluso con independencia del patrón del consumo de tabaco y de otros factores de riesgo, diferentes estudios han mostrado que las desigualdades en la mortalidad entre los niveles socioeconómicos siempre han existido (Townsend y col, 1994; Phelan y col, 2004).

La investigación acerca del papel de los estilos de vida en las desigualdades sociales en salud ha sido amplia debido, principalmente, a la facilidad metodológica para la recogida de variables sobre hábitos como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la dieta y el ejercicio físico desde las primeras encuestas de salud a nivel estatal e internacional. A menudo, ello ha supuesto la asunción sobre su papel predominante en la explicación de las desigualdades en salud, olvidando otros factores fundamentales que pueden generar variaciones en el tipo de hábitos de vida adoptados y su reflejo en la salud.

Por ello, es esencial no olvidar que los tres grupos de factores explicativos dentro del marco de la causalidad social (materiales, psicosociales y de hábitos de vida) están interrelacionados, de tal manera que, por ejemplo, las condiciones materiales adversas presentes en grupos socioeconómicos bajos pueden actuar como fuente de estrés psi-

cosocial que, a su vez, influye sobre el tipo de hábitos de vida adoptados y, por extensión, sobre la salud (Mackenbach, 2002). Este modelo puede observarse en la siguiente figura:

Figura 1. Factores mediadores entre el estatus socioeconómico y la salud



Fuente: Mackenbach, 2002

3.4. Los servicios sanitarios

A menudo, los modelos que han tratado de explicar el origen de las desigualdades sociales en salud no han incidido demasiado en el papel que juega el sistema sanitario, debido al peso excesivo que desde visiones biomédicas tradicionales se le ha otorgado en relación a su influencia sobre la salud. Sin embargo, es importante resaltar que su contribución es relevante en relación al desigual acceso a la atención sanitaria de los diferentes grupos socioeconómicos, que en el caso de los servicios preventivos, la asistencia especializada, los cuidados paliativos y los servicios no cubiertos por el sistema público de salud es de especial relevancia (Wagstaff, 2002; Borrell, 1996; Borrell y Benach, 2003).

Según Benzeval, Judge y Whitehead, el papel del sistema sanitario en la reducción de las desigualdades en salud y la promoción de la equidad debe provenir de (a) asegurar que los recursos se distribuyen en función de las necesidades de las diferentes áreas de un territorio; (b) responder apropiadamente a las necesidades de salud de los diversos grupos sociales; (c) encabezar el desarrollo de una perspectiva amplia y estratégica para desarrollar políticas públicas más saludables; y (d) promover la equidad en la salud y la justicia social (Benzeval y col, 1995).

3.5. La perspectiva vital

Un elemento esencial en la explicación de las desigualdades sociales en salud, que actúa de manera transversal a todos los factores descritos, es el tiempo, cuya importancia ha sido tradicionalmente poco valorada. Más recientemente, sin embargo, han comenzado a elaborarse modelos longitudinales que consideran que la exposición

a determinados riesgos relacionados con la posición socioeconómica no tiene siempre un impacto inmediato en la salud sino que sus resultados son observables únicamente a largo plazo (Leon y col, 2005).

Desde una perspectiva biopsicosocial, la enfermedad es el producto de una exposición continuada a diferentes factores de riesgo que se suceden a lo largo de la vida de las personas y, en este sentido, una prolongada vivencia durante la etapa de la niñez en un entorno de estatus socioeconómico bajo determina, en buena parte, los hábitos o conductas de vida y determinadas enfermedades en la vida adulta (Van de Mheen y col, 1998; Rico, 2002). La perspectiva vital evidencia, por lo tanto, que en las desigualdades sociales en salud es importante considerar el efecto acumulativo desigual que diversos factores relacionados con la desventaja económica y social juegan durante el curso de la vida de las personas.

Una de las teorías que apoyan esta perspectiva vital es la conocida como *Hipótesis de Barker* que afirma que para entender la aparición de ciertas enfermedades, como las cardiovasculares, hay que considerar que, además del papel de los estilos de vida (dieta rica en grasas saturadas, sedentarismo y consumo de tabaco) que actúan sobre individuos genéticamente susceptibles, existen otros factores de gran importancia que actúan durante el periodo fetal. Así, un crecimiento intrauterino pobre, derivado de una nutrición gestacional pobre que tiene como consecuencia un bajo peso al nacimiento, se asocia a un mayor riesgo de sufrir determinadas enfermedades durante la vida adulta (Barker y Clark, 1997). Por ello, Barker argumenta que las desigualdades sociales en salud del presente deben explicarse en base a las condiciones sociales existentes, al menos, una generación anterior, ya que éstas habrán influido sobre la salud física y mental de la madre y ésta, a su vez, sobre la del feto, con la consiguiente probabilidad de morbilidad y muerte prematura en la edad adulta.

Uno de los aspectos de mayor interés que pone de evidencia esta perspectiva longitudinal es que las desigualdades sociales en salud se heredan entre generaciones, ya que los determinantes sociales como la privación material, la pobreza y la marginación social actúan sobre la salud en periodos muy tempranos de la vida y permanecen presentes a lo largo del ciclo vital de las personas (Rico, 2002).

4. Modelos explicativos integrales

La interrelación de todos estos factores en la generación de las desigualdades sociales en salud ha hecho que diferentes autores/as hayan tratado de desarrollar modelos integrales en los que confluyen todas o varias de estas perspectivas. Uno de los esquemas clásicos, ampliamente reconocido, es el de Dahlgren y Whitehead (Dahlgren y Whitehead, 1993), enormemente influyente en el estudio de las desigualdades sociales en salud por la comprehensividad de su planteamiento y la claridad y sencillez de su representación.

Tal y como puede verse en la figura 2, el modelo de Dahlgren y Whitehead recoge varios de los factores expuestos, mostrando que todos ellos están interrelacionados porque unos influyen sobre otros. Gráficamente, los distintos determinantes de la

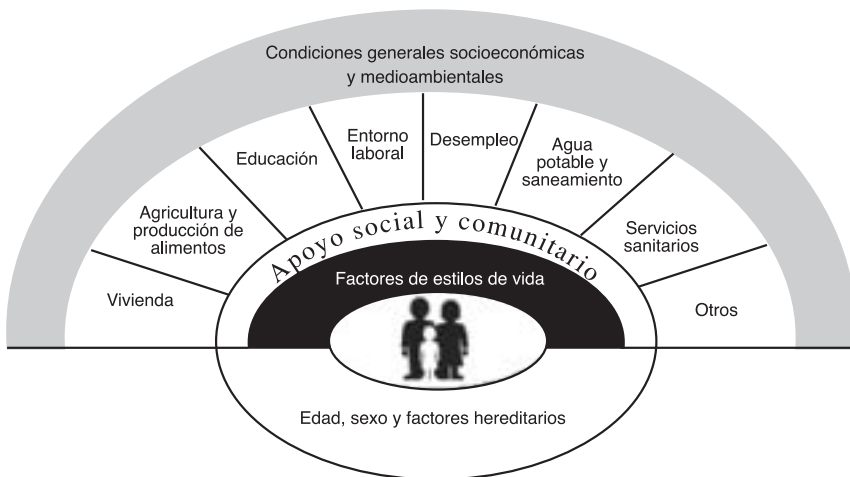
salud se representan como estratos o capas concéntricas, la primera de las cuales la componen los factores individuales, en principio no modificables, como la edad, el sexo y los factores hereditarios.

En un segundo nivel, se muestran los factores relacionados con los estilos de vida como el hábito tabáquico, el consumo de alcohol o la realización de ejercicio físico, con una influencia directa sobre el estado de salud de las personas.

A continuación, se observan otros factores como los psicosociales (en forma de apoyo social y comunitario) y los materiales, concretamente aquéllos relacionados con la vivienda, la agricultura y la producción de alimentos, la educación, el empleo y el desempleo, el agua potable y saneamiento. En consonancia con el enfoque de las desigualdades sociales en salud que venimos exponiendo, los servicios sanitarios constituyen uno más de los múltiples factores determinantes de la salud.

Finalmente, y cerrando el semicírculo, están representadas las condiciones más generales de carácter socioeconómico y medioambiental, que permean, en mayor o menor grado, los demás niveles, a excepción del primero.

Figura 2. Modelo de los determinantes de la salud



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1993 en Plan de Salud de Euskadi; 2002-2010

5. Conclusiones

La evidencia histórica demuestra que la existencia de desigualdades sociales en salud no es un fenómeno reciente ya que las primeras estadísticas sobre mortalidad durante el siglo XIX ya pusieron de relieve que la probabilidad de morir variaba según la posición social de las personas. Estudios posteriores han ido relevando, además, que esta relación no se limita a los grupos sociales extremos (más pobres y más ricos) sino que afecta al conjunto de la sociedad, de manera que existe un gradiente social en la salud y en la enfermedad, por el que conforme se baja en la escala social la salud y el bienestar de las personas también empeora.

Sin embargo, la generalización de su estudio sistemático se ha concentrado en los últimos veinte años, especialmente, a partir de la publicación del Informe Black en el Reino Unido (Townsend y Davison, 1982), considerado, por la mayoría, como el punto de partida del estudio moderno de las desigualdades sociales en salud.

Los marcos explicativos expuestos en el artículo ponen de evidencia que en este campo de estudio resulta especialmente necesaria la confluencia de diferentes aportaciones. En este sentido, la contribución de disciplinas, como la Sociología, al conocimiento de los mecanismos a través de los cuales los condicionantes sociales determinan el comportamiento del cuerpo, resulta decisiva.

La investigación en este ámbito supone, en la actualidad, un reto para la Sociología de la salud en España. Su desarrollo requiere el impulso desde el ámbito académico y profesional de trabajos que contrasten la validez de los marcos teóricos vigentes y respondan a las numerosas preguntas de investigación todavía no resueltas. Los trabajos de autores como MA. Durán, J. De Miguel, A. Hinojal, así como los primeros Informes FOESSA, han sido referentes a nivel nacional e internacional en el estudio de las relaciones entre la estructura social y la salud. Hoy, la Sociología de la salud en España no debe perder protagonismo en la producción científica en esta área y ha de ser capaz de participar y aportar, junto a otras áreas de conocimiento, en los debates abiertos al respecto.

De acuerdo a modelos de otros contextos, como el anglosajón, la Sociología de la salud constituye uno de los campos de estudio más importante dentro de la disciplina. La Sociología española debe tener en cuenta dichos modelos y ha de constituirse en otra de las plataformas que impulsen el cuestionamiento de la perspectiva biomédica como marco de análisis y comprensión de las dimensiones salud/enfermedad, para poder entender los síntomas a nivel individual a partir de explicaciones a nivel social.

Bibliografía

- Adler, Ne. Ostrove, Jm. (1999). *"Socioeconomic status and health: what we know and what we don't"*. Annals of the New York Academy of Sciences 896: 3-15.
- Artazcoz, L. Benach, J. Borrell, C. Cortés, I. (2004). *"Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class"*. American journal of public Health 94(1): 82-88.
- Bacigalupe, A. Martín, U. (2007). *Desigualdades sociales en la salud de la población de la CA del País Vasco: la clase y el género como determinantes de la salud*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- Barker, Dj. Clark, Pm. (1997). *"Fetal undernutrition and disease in later life"*. Reviews of Reproduction 2(2): 105-112.
- Bartley, M. Plewis, I. (1997). *"Does health-selective mobility account for socioeconomic differences in health? Evidence from England and Wales, 1971 to 1991"*. Journal of Health and Social Behaviour 38: 376-386.
- Benzeval, M. Judge, K. Whitehead, Mx. (1995). *Tackling Inequalities in Health: An Agenda for Action*. London: King's Fund Publishing.

- Berkman, Lf. Syme, Sl. (1979). "Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents". *American Journal of Epidemiology* 109(2):186-204.
- Borrell, C. (1996). *Les desigualtats socials en la salut*. Barcelona: Institut Municipal de la Salut.
- Borrell, C. Benach, J. (Coordinadores). (2003). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- Cassel, J. (1976). "The contribution of the social environment to host resistance". *American journal of epidemiology* 104(2): 107-123.
- Chung, H. Muntaner, C. (2006). "Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: an analysis of wealthy countries". *Social Science and Medicine* 63(3): 829-842.
- Dahlgren, G. Whitehead, M. (1993). *Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried?* Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, Oxfordshire. London: King's Fund.
- Departamento De Sanidad. (2005). *Desigualdades sociales en la mortalidad: Mortalidad y posición socioeconómica en la CAPV, 1996-2001*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Dohrenwend, Bp. Levav, I. Shrout, Pe. Schwartz, S. Naveh, G. Link, Bg. Skodol, Ae. Stueve, A. (1992). "Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue". *Science* 255(5047): 946-952.
- Feachem, R. (2000). "Poverty and inequity: a proper focus for the new century". *Bulletin of the World Health Organization* 78(1): 1-2.
- Ferrie, Je. Shipley, Mj. Smith, Gd. Stansfeld, Sa. Marmot, Mg. (2002). "Change in health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study". *Journal of Epidemiology and Community Health* 56(12): 922-926.
- Garrido, P. Castillo, E. Benavides, F. Ruiz-Pérez, I. (1994). "Situación laboral y salud mental. Resultados de un estudio transversal". *Gaceta Sanitaria* 8: 128-132.
- Giskes, K. Kunst, Ae. Benach, J. Borrell, C. Costa, G. Dahl, E. Dalstra, Ja. Federico, B. Helmer, U. Judge, K. Lahelma, E. Moussa, K. Ostergren, Po. Platt, S. Prattala, R. Rasmussen, Nk. Mackenbach, Jp. (2005). "Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education". *Journal of Epidemiology and Community Health* 59: 395-401.
- Haan, M. Kaplan, Ga. Camacho, T. (1987). "Poverty and health. Prospective evidence from the Alameda County Study". *American Journal of Epidemiology* 125(6):989-98.
- Hyyppää, Mt. Mäki, J. (2001). "Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community". *Preventive medicine* 32(2): 148-155.
- Johnell, K. Merlo, J. Lynch, J. Blennow, G. (2004). "Neighbourhood social participation and women's use of anxiolytic-hypnotic drugs: a multilevel analysis". *Journal of Epidemiology and Community Health* 58(1): 59-64.
- Kawachi, I. Colditz, Ga. Ascherio, A. Rimm, Eb. Giovannucci, E. Stampfer, Mj. Willet, Wc. (1996). "A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA". *Journal of Epidemiology and Community Health* 50:245-251.

- Kawachi, I. Kennedy, Bp. Lochner, K. Prothrow-Stith, D. (1997). "Social capital, income equality and mortality". *American Journal of Public Health* 87(9): 1491-1499.
- Kawachi, I. Kennedy, Bp. (1999). "Income inequality and health: Pathways and Mechanisms". *Health services research* 34(1):215-227.
- Kawachi, I. Kim, D. Coutts, A. Subramanian, Sv. (2004). "Commentary: Reconciling the three accounts of social capital". *International Journal of Epidemiology* 33:682-690.
- Lantz, Pm. House, Js. Lepkowski, Jm. Williams, Dr. Mero, Rp. Chen, J. (1998). "Socioeconomic factors, health behaviours, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults". *JAMA* 279(21):1703-1708.
- Lantz, Pm. Lynch, Jw. House, Js. Lepkowski, Jm. Mero, Rp. Musick, Ma. Williams, Dr. (2001). "Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviours". *Social Science and Medicine* 53(1):29-40.
- Leon, D. Walt, G. Gilson, L. (2005). "International perspectives on health inequalities and policy". *British Medical Journal* 322: 591-594.
- Lynch, Jw. Smith, Gd. Kaplan, Ga. House, Js. (2000). "Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions". *British Medical Journal* 320: 1200-1204.
- Mackenbach, Jp. (2002). "Socio-economic inequalities in health in developed countries: the facts and the options", en Detels, R. McEwen, J. Beaglehole, R. Tanaka, H. *Oxford textbook of Public Health*. New York: Oxford University Press.
- Mackenbach, Jp. Bakker, J. Kunst, A. Diderichsen, F. (2002). "Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview", en Mackenbach, Jp. Bakker, J. (Eds). *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge.
- Marmot, M. Wilkinson, R. (2001). "Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al". *British Medical Journal* 322:1233-1236.
- Mathers, CD. Schofield, DJ. (1998). "The health consequences of unemployment: the evidence". *Medical Journal of Australia* 168: 178-182.
- Murray, Cj. Gakidou, E. Frenk, J. (1999). "Health inequalities and social group differences: what should we measure?". *Bulletin of the World Health Organization* 77(7): 537-543.
- Navarro, V. Muntaner, C. Borrell, C. Benach, J. Quiroga, A. Rodríguez-Sanz, M. Vergés, N. Pasarín, Mi. (2006). "Politics and health outcomes". *Lancet* 368(9540):1033-1037.
- OECD. (2000). *Human and social capital and sustained growth and development: reconciling new economies and societies: the role of human and social capital*. Paris: Directorate for Education, Employment and Labour and Social Affairs.
- Pereiro, I. Chover, JI. Salazar, A. Roig, J. Gil, J. Cordero, I. Guerrero, C. Pérez, M. Huertas, I. (1999). "Fracaso escolar en una cohorte de adolescentes". *Atención Primaria* 23(5): 289-295.
- Phelan, Jc. Link, Bg. Diez-Roux, A. Kawachi, I. Levin, B. (2004). "Fundamental causes of social inequalities in mortality: A test of a theory". *Journal of Health and Social Behaviour* 45: 265-285.
- Regidor, E. Gutiérrez-Fisac, JI. Rodríguez, C. (1994). *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Díaz de Santos.
- Regidor, E. Coordinador. (2002). *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del Siglo XX*. Murcia: Universidad de Alicante.