

Factores sociales como mediadores de la salud pública

Social factors as mediators of public health

Gilda Zárate González¹, Miguel A. Pérez²

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Wermuth dedujo que 56% de las variaciones en estado de salud son explicadas por factores sociales y ecológicos, comportamientos de salud en un 21%, la calidad de los cuidados médicos y los sistemas de salud pública en 19% y sólo 4% por genes y agentes biológicos. Muy pocos gobiernos han legislado políticas explícitas con el objetivo de eliminar las inequidades de salud determinadas por factores sociales. Legisladores en los países en vías de desarrollo enfrentan una plétora de problemáticas con limitados recursos para resolverlas, así mismo en un contexto de conflictos en las imperativas políticas. Las metas diseñadas para mejorar la salud pública deben competir para atraer la atención política y los recursos, bajo estas difíciles circunstancias políticas.

Palabras claves: Factores sociales, salud pública, inequidades de salud.

Abstract

The World Health Organization (OMS) defines health as a state of complete physical, mental and social wellbeing, not just the absence of disease and illness. Wermuth inferred that 56% of health status variations could be explained by social and ecological factors, 21% by health behaviors, 19% by the quality of health services and public health systems, and only 4% by genes and biological agents.

Fecha de recepción: 9 de octubre de 2007
Fecha de aceptación: 13 de noviembre de 2007

¹ Licenciada en Economía, candidata a la Maestría en Política y Administración de Salud Pública, Tulare County Health & Human Services Agency. gildayzarate@csufresno.edu

² Ph.D., CHES, Associate Professor of Health Science and Director, Master of Public Health Program. California State University, Fresno. 2345 E. San Ramón Ave. MS 30, Fresno, CA 93740, 559.278.2897. mperez@csufresno.edu

Few governments have designed policies to eradicate health disparities with direct correlation to social factors. Legislators in under developed countries face a plethora of national and local issues with limited resources to solve them within challenging political juncture to prioritize. The goals designed to improve the public's health must compete to raise political awareness and obtain resources within those political circumstances.

Key words: Social factors, Public Health, Health disparities.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, para erigir una vida social y económicamente productiva (1). Esta definición, presentada en el preámbulo de la constitución de la OMS, se considera como una *concepción de trabajo*, la cual ha sido modificada a través de los años. Contemporáneamente, la salud se describe como “...un proceso de balance entre el bienestar físico, la estabilidad mental, el balance en las áreas emotivas y sociales y las creencias espirituales, aunque no necesariamente religiosas...” (2) (p. 164).

Las definiciones anteriores sugieren que la salud es en parte la responsabilidad de la persona, la cual está regida por su herencia biológica, sus comportamientos individuales y el acceso a los sistemas de salud. Estudios realizados en las últimas tres décadas sugieren que el estado de la salud requiere factores adicionales a los identificados anteriormente. La OMS indica que las condiciones y requisitos para la salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad (3). Estas ideas están solidificadas en los Ocho Objetivos del Milenio, los cuales requieren: Erradicar la pobreza extrema y el hambre, alcanzar educación primaria universal, promover igualdad de género, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, la

malaria y otras enfermedades, asegurar el sostenimiento ambiental y desarrollar una alianza global para el desarrollo (4). Estas metas reflejan el estado dinámico de la salud y las diferencias entre los distintos grupos poblacionales identificados por los indicadores internacionales de salubridad. El objetivo de este artículo es explorar los Factores Sociales como Mediadores de la Salud Pública.

FACTORES SOCIALES Y LA SALUD

Los factores socioeconómicos han sido identificados como importantes determinantes de salud a través de amplios problemas de salud pública (5, 6); de hecho, la literatura profesional sugiere que los factores socioeconómicos son un eslabón para determinar las variaciones de salud entre grupos y sociedades.

Desde que Graunt (7) contabilizó en decesos en los condados de Inglaterra en el siglo XVII, variaciones en la morbilidad y mortalidad han sido observados relacionados a factores sociales, incluyendo la etnia de las personas, el estrato social y los niveles de educación (8). Asimismo, las observaciones realizadas en Inglaterra por Snow en 1856 descubrieron que los pozos de agua eran los vectores de cólera. Sus observaciones también descubrieron que la mayoría de dichos pozos se encontraban localizados en sectores de bajos recursos en la capital inglesa. Numerosos estudios (9, 10) desde esos tiempos han descubierto variaciones en los

sistemas de salud que pronto se convierten en inequidades de salud, especialmente entre grupos pobres, marginalizados y con bajos niveles de educación.

Rosen en 1963 determinó que para el siglo XIX, médicos como Villerme (11) y Virchow (12) habían refinado sus observaciones identificando a las clases sociales y las condiciones de trabajo como determinantes cruciales de salud y enfermedad. El investigador Durkheim (13) escribió eloquentemente sobre otra profunda experiencia social, como lo es la integración social y cómo ésta se relacionaba con patrones de mortalidad, especialmente el suicidio (8).

Las enfermedades infecciosas ostentan un área de morbilidad que Hipócrates y otros catedráticos griegos se dieron a la tarea de definir las y que derivó en la teoría del contagio. De ahí que contemporáneamente podemos determinar que las enfermedades infecciosas nacen de la interacción bacteriana o virulenta con factores ambientales presentes de clase y género. La tuberculosis es diagnosticada por la detección de la bacteria *M. tuberculosis*, aunado a otros factores que incluyen susceptibilidad genética, el ambiente, estrés, hacinamiento, nutrición y entre otras causas relacionadas a factores sociales y no a la bacteria por sí misma (14). Igualmente, otras enfermedades como la meningitis se han estudiado desde una visión socio-epidemiológica y se asocia en gran parte a los determinantes socio-ambientales (15).

Como ya se indicó, estudios epidemiológicos tempranos se centraban en los efectos nocivos de la pobreza, las condiciones de vivienda deplorables, el medioambiente y los ambientes de trabajo. Wermuth (16) dedujo que 56% de las variaciones en estado de salud son explicadas por factores sociales y ecológicos, comportamientos de

salud en un 21%, la calidad de los cuidados médicos y los sistemas de salud pública en 19%, y sólo 4% por genes y agentes biológicos. Así, los factores sociales ejercen mayor impacto en la salud individual y de la población interactuando con categorías de comportamiento y ecológicas. Wermuth incluyó los siguientes esquemas:

- Enfermedades e índices de mortalidad varían de acuerdo con categorías sociológicas entre naciones, estados, ciudades y vecindarios.
- Las gradientes jerárquicas de la relación 'social-salud' es constante en todo el espectro socioeconómico.
- En general, la posición socioeconómica individual influencia la salud de los individuos a un mayor grado que al inverso.
- Entre las naciones desarrolladas, la mala salud de los que se encuentran en la parte inferior del gradiente social es influenciada por la iniquidad social y no sólo por las condiciones materiales.
- Entre las naciones desarrolladas, la pendiente del gradiente de la salud corresponde al grado de inequidad social y del ingreso.

MARCO DE TRABAJO EN SALUBRIDAD

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata (URSS) del 6-12 de septiembre de 1978, presenta los parámetros necesarios para alcanzar un buen estado de salud por medio de la atención primaria (17). La conferencia reitera firmemente que la salud, la cual define como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la

ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. Los participantes de la conferencia de Alma Ata también concluyen que el pueblo (naciones) tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. Asimismo, los participantes de la conferencia concluyen que los sistemas de salud se orientan hacia los principales problemas de salud de la comunidad y prestan los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

Uno de los axiomas principales de la conferencia es el acceso a los medicamentos esenciales, los cuales deberían existir en cantidades suficientes, ser disponibles en formas farmacéuticas apropiadas, ser distribuidos con garantía de calidad e información adecuada, y estar disponibles a un precio asequible. No obstante estas metas que fueron formuladas casi hace medio siglo, de acuerdo con un reporte de la Organización Mundial de la Salud, un tercio de la población mundial vive sin acceso a medicamentos esenciales (18).

Otro documento importante que destaca los derechos de la humanidad en el área salud es la Carta de Ottawa, la cual destaca determinados prerrequisitos para la salud, los cuales incluyen la paz, recursos económicos y alimenticios adecuados, vivienda, un ecosistema estable y uso sostenible de los recursos (19). El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha

relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Sin embargo, poco se ha escrito sobre deterioro de la salud relacionado con conflictos bélicos y el deterioro del medioambiente.

En el 1992 se realizó en la ciudad de Santafé de Bogotá (Colombia) la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud titulada "Promoción de la Salud y Equidad", la cual estipula que "La promoción de la salud en América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la mutua determinación entre salud y desarrollo" (20) (p. 374). Igualmente, la declaración concluye que "El desafío de la promoción de la salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo" (20) (p. 374).

La Declaración de México es el resultado de la Quinta conferencia mundial sobre la Promoción de la Salud y plantea el compromiso de los estados miembros de la OPS de fortalecer la planificación de actividades de Promoción de la Salud en las agendas políticas y en los programas locales, regionales, nacionales e internacionales (21). La Declaración exalta a los miembros a situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales. Asimismo, la Declaración invita a los miembros a ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil en

la aplicación de medidas de promoción de la salud que refuercen y amplíen los vínculos de asociación en pro de la salud. Finalmente, la Declaración exige apoyar la preparación de planes de acción de ámbito nacional para la promoción de la salud, recurriendo, si es necesario, a los conocimientos de la OMS y de sus asociados en esta esfera.

Dado el gran interés en esta área, no es insólito que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) desarrollara, en colaboración con 189 países en el 2000, los Objetivos del Milenio. La Declaración del Milenio (4) reconoce que no podrá alcanzar ninguna de estas metas sin apoyo total y completo de los países signatarios.

Muy pocos gobiernos han legislado políticas explícitas con el objetivo de eliminar las iniquidades de salud determinadas por factores sociales (22). Legisladores en los países en vías desarrollo enfrentan una plétora de problemáticas con limitados recursos para resolverlas, así mismo, un

contexto de conflictos en las imperativas políticas. Las metas diseñadas para mejorar la salud pública deben competir para atraer la atención política y los recursos bajo estas difíciles circunstancias políticas. Científicos políticos se han referido a esta problemática como desafíos para generar prioridad política y establecer una agenda de trabajo, para asegurar que los líderes políticos consideren un problema en particular como digno de atención constante y coadyuvar la diligencia con la provisión de recursos de financiamiento, humanos y asistencia técnica conmensurados a la severidad del problema (23).

En la tabla 1 se presenta un esquema teórico de retroalimentación de la pluralidad de aspectos sociales que influyen la salud pública e individual y que determinan la vulnerabilidad a las iniquidades y disparidades de salud. Esta tabla resalta las influencias sociales en el estado de salud de las poblaciones y está basada en varios artículos científicos.

Tabla 1: Política económica, necesidades humanas básicas y resultados de salud

Influencias sociales en la salud en retroalimentación	Efecto en la Salud
1. Posición política económica	Posición en la economía mundial, clase social mediada por género, edad, raza o grupo étnico
2. Políticas públicas	Progreso o debilitamiento del bienestar social, equidad, servicios de salud, protecciones laborales, calidad de vida, regulación o desregulación ambiental
3. Mitigadores comunitarios	Igualdad relativa, cohesión, movilización comunitaria, capital social vs. iniquidad, desconfianza, marginalización y aislamiento
4. Mitigadores familiares	Material, influencia y apoyo emocional vs. deterioro, pérdida de lazos familiares, hogares y redes de apoyo
5. Clase social y estatus: Control relativo sobre condiciones de vida	Necesidades humanas básicas, cuidado físico y emocional infantil, clase social, estatus racial o étnico, género, alfabetización/educación, calidad ambiental, riesgos/seguridad laboral
6. Variables personales	Habilidad para manejar los efectos físicos y psicológicos de nuestra biología y posición social; optimismo, eficacia propia, cuidado personal vs. pesimismo, fatalismo, toma de riesgos, cuidado infantil y geriátrico

7. Ecología y ambiente físico	Flora, fauna y vida humana; ambiente físico, polución, efectos del calentamiento global
8. Resultado de salud poblacional: Física y psicológica, individual y comunitaria	Infecciones crónicas y enfermedades físicas, mentales, incapacidades, mortalidad excesiva y prematura vs. óptima salud emocional y física, capacidad de trabajar y fomentar a semejantes, longevidad

Basada en (16, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

A través de la proposición teórica en el marco anterior se puede inferir que la estratificación social y la exclusión como consecuencia en los países en vías de desarrollo es directamente proporcional a la posibilidad de acceso a las oportunidades y mejoramientos de la salud. De forma que cualquier esfuerzo aislado para agendar políticas que garanticen la reducción de las iniquidades sociales a través de reformas en los factores sociales que influyen la salud individual y poblacional pudiese no generar los efectos deseados para beneficiar a los estratos sociales inferiores. De hecho, el beneficio inmediato de estas políticas aisladas lo recibirían individuos apoderados ya situados en áreas de opulencia debido a los efectos positivos de las ganancias de salud que se crean en los ámbitos físicos, económicos y sociales que normalmente acompañan las políticas de distribución del ingreso (31).

Así, de cara a las realidades del Tercer Mundo, la OMS revisó sus estrategias y a través de grupos de trabajo admitió que un estilo occidental de concebir, sugerir e imponer en salud no contiene los elementos necesarios para reducir las inequidades en la salud para los países en vías de desarrollo, ya que aún diez (10) millones de personas mueren como consecuencia de carecer de acceso a cualquier forma permanente de servicios de salud, medicamentos y vacunas (32, 33).

Por lo propuesto, los esfuerzos para modificar las variables sociales que afectan la salud de forma individual pudiesen no

tener un impacto determinante en el decremento de las inequidades de la salud. Varios investigadores británicos (34, 35) proponen que al incrementar la equidad en la distribución del ingreso las desigualdades de salud decrecerían; sin embargo, políticas para redistribuir el ingreso por sí solas no podrían reducir las iniquidades en la salud (36).

El requisito tendría que ser políticas sociales integrales que identificaran con especificidad los grupos en desventaja que ocupan los niveles más bajos en la estratificación de las relaciones sociales y de clase que tradicionalmente sufren de la falta de acceso a las necesidades básicas humanas claves para alcanzar el nivel de salud similar al de los individuos que ocupan los niveles superiores con mayor acceso a la riqueza producida y disponible.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) comenzó a estudiar y medir el fenómeno de la exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe a principios de esta década. La necesidad de abordar este tema surgió como consecuencia de la constatación del impacto en salud de las reformas económicas implementadas durante las décadas de los años 1980 y 1990, que en la mayoría de los países resultaron en un aumento de la pobreza, el empeoramiento en la distribución del ingreso y el incremento de las brechas entre pobres y ricos. En América Latina en particular surgieron grandes cuestionamientos asociados a la iniquidad en salud, la pobreza y la exclusión (37).

La Explotación Infantil como ejemplo de Iniquidades

La explotación infantil se mantiene como el desafío más controversial que el mundo enfrenta. El escarpado tamaño y las ramificaciones de la población trabajadora infantil es latente en los países pobres; los lazos inexorables a la pobreza, educación, salud y género de los niños explotados realzan la necesidad de reformas amplias y progreso económico (38). Otros investigadores han encontrado que 250 millones de niños en países en vías de desarrollo son explotados para obtener su mano de obra (39). Incluso en países con leyes en contra de la explotación infantil y regulaciones en seguridad y salud ocupacional, menores son empleados ilegalmente (40), lo que los hace diez veces más vulnerables a lesiones que aquellos que trabajan bajo condiciones consideradas como legales (41). Aproximadamente 100 millones de niños explotados en labores de empleo trabajan bajo condiciones de alto peligro (42).

El incremento en la deuda nacional de los países en vías de desarrollo ha sido incluido en las discusiones y polémica causada por los efectos de la globalización en la salud (43). Los requerimientos del modelo económico global de aceleración de la productividad crean amenazas de crisis sobre los países pobres y deseosos de ofrecer mano de obra barata a cambio de las inversiones extranjeras operando al ritmo y prioridades de la economía global. Sin embargo, la estructura de la globalización y sus reglas que determinan la producción y distribución de la riqueza originada por este modelo de creación de riqueza beneficia de forma desproporcionada a los estratos sociales acaudalados y a los países ricos. De

ahí que la pobreza y el empeño para mantener los costos de producción bajos son las causas principales del empleo de niños y su explotación (16).

Los costos sociales y de salud de la explotación infantil son inconmensurables. El trabajo infantil obstaculiza a los niños a aprovechar oportunidades escolares, que sin duda han de predecir el nivel de salud en la edad adulta (44). Por su posición en la estratificación social, los niños explotados por su mano de trabajo tienden a sufrir de malnutrición (45). Las deficiencias nutritivas en los niños los colocan en riesgo de desarrollar deficiencias neuro-cognitivas, de forma que sin un comienzo apropiado de desarrollo, los menores tienden a fallar en la escuela y a integrarse a la fuerza de trabajo repitiendo el ciclo en la generación sucesora (46). Los esfuerzos para la eliminación de la explotación y empleo infantil deben integrarse a las estrategias globales de eliminación de desigualdades en la salud (47).

Una de las formas más catastróficas de explotación infantil en América Latina es la inclusión de niños y adolescentes en los conflictos bélicos de la región. Se estima que más de 8 millones de menores de edad son afectados por los conflictos que aquejan a varios países del mundo, incluyendo a Colombia y Haití (57). La falta de paz en la región tiene resultados negativos en la salud de las personas, los cuales se manifiestan no solamente en mortalidades altas sino también en problemas de salud mental, que pueden durar muchos años para manifestarse.

La manifestación de la discriminación racial y/o étnica en la salud

En 1993 Krieger, Rowley, Herman, Avery y

Phillips (48) indicaron que el racismo es uno de los mecanismos que explican y que expanden las inequidades de salud, y lo definen como “un sistema opresivo de relaciones raciales, justificados ideológicamente, en el cual un grupo racial se beneficia de la dominación de otro y se define así mismo y a otros a través de esta dominación. El racismo involucra creencias degradantes y dañinas, así como acciones expresadas e implementadas por instituciones e individuos” (p. 0723).

La discriminación racial rutinaria inflige tensiones mentales significativas en grupos raciales y/o étnicos minoritarios que pudiesen provocar el desarrollo de enfermedades crónicas (49). La discriminación crea y estructura la exposición a agente nocivos físicos, químicos, biológicos, e insultos psicológicos que posibilitan la posible afección biológica en numerosos niveles integrados, interactivos y simultáneos compuestos de genes, células, tejidos y órganos (8).

Las iniquidades raciales se han documentado en relación con el tratamiento y los procesos de cuidados de la salud; igualmente, la longevidad es diferente para las minorías raciales y los pobres (50). Las consecuencias de las inequidades de salud afectan a más de 200 millones de habitantes de América Latina, cifra que representa el 25% de la población compuesta por grupos étnicos (51).

En Guatemala, a pesar de que los índices de mortalidad se han reducido de 35 por cada mil habitantes, a principios de siglo, a 12-15 por cada mil habitantes, la reducción no ha sido compartida por todos los grupos en ese país. Mientras que la expectativa de vida es de 60 años, para los indígenas mayas se reduce de 10 a 15 años, el índice

de mortalidad indígena guatemalteca es de 100 hasta 150 por cada mil habitantes, debido comúnmente a enfermedades entéricas, influenza, padecimientos respiratorios y sarampión, al mismo tiempo que la de la población en general es de 60 a 90. El agua potable está disponible en 87% de los hogares urbanos, pero sólo 15% en las áreas rurales (52). Las condiciones de sociales y ecológicas necesarias para la salud óptima son insuficientes en las regiones de alta pobreza y rurales, donde se concentran las poblaciones indígenas continentales.

CONCLUSIÓN

La proposición de que los factores sociales son determinantes claves de la salud no es nueva (53). Del punto de vista de la economía política, Engels (54) describió que el rápido crecimiento de la desigualdad en los estándares de vida generados por la Revolución Industrial había creado la estratificación social que daba como resultado la altas tasas malnutrición en comparación con la mortalidad por inanición que era inferior.

En Latinoamérica, a comienzos del siglo pasado Carlos Chagas descubrió la enfermedad que lleva su nombre mientras trabajaba en el estado de Minas Gerais (Brasil), consideró los aspectos parasitológicos en la descripción de la dolencia, pero también los aspectos ambientales y sociales que permitían al insecto transmisor entrar en contacto con la persona (55).

Contemporáneamente, el comercio global y los acuerdos de comercio internacionales han transformado los gobiernos y su habilidad para proteger y monitorear la salud pública, y al mismo tiempo ha restringido

la capacidad regulatoria de las agencias gubernamentales sobre la salud ambiental y ocupacional, así como productos alimenticios y la garantía del acceso a medicamentos y agua potable (56).

Las iniquidades observadas en los estados de salud de diferentes grupos poblacionales son el resultado de factores que incluyen bajos recursos, conflictos bélicos, falta de políticas públicas de salubridad y bajos niveles de inversión social en sistemas de salud entre otros. El reto principal enfrentado por los profesionales de la salud pública en la sociedades contemporáneas incluye la ampliación del paradigma salud, el cual todavía es definido como la ausencia de enfermedad, a un modelo que incluye los factores requeridos por las cartas internacionales de salud, incluyendo los Objetivos del Milenio propuestos por las Naciones Unidas. El logro de estas metas requiere un compromiso individual por parte de los profesionales de la salud, investigar los problemas de acuerdo con las necesidades sentidas de la comunidad, cabildeo y abogacía para generar cambios de políticas diseñadas a favorecer a los más desplazados en nuestras sociedades. El campo de trabajo es amplio, los retos muchos, las oportunidades sin límites, y el tiempo de acción es hoy.

Al darse origen a los sistemas de salud pública en el siglo XVIII, durante la expansión de la Revolución Industrial, las sociedades y gobiernos se han convertido en apologistas de esta última, en vista de que se le atribuye la mayor aceleración de crecimiento económico en búsqueda de bienestar nacionales. Sin embargo, no hay duda de que los sistemas de salubridad no han disfrutado del mismo desarrollo.

REFERENCIAS

- (1) OMS, *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, 1946.
- (2) Boladeras M, EJ, Maldonado CE, Delgado CJ, Fernández M, Pfizenmaier W, Lukomski A, Pérez MA, Guzmán MP, Támara LA, Arteaga ID, Sonnegra-Jaramillo I, Gerlein C. Bioética y Calidad de Vida. En J. Escobar (Ed.). *Bioética y Calidad de Vida*. Colombia: Ediciones del Bosque, 2000.
- (3) Pérez MA. La violencia entre los jóvenes colombianos: un reto para la bioética moderna. En J. Escobar (Ed.). *Bioética y Calidad de Vida*. Colombia: Ediciones el Bosque, 2000.
- (4) ONU. *UN Millenium Project. Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millenium Development Goals*. New York: Organizacion de la Naciones Unidas, 2005.
- (5) Lipson DJ. The World Trade Organization's health agenda: opening up the health services markets may worsen health equity for the poor. *British Medical Journal*, 2001, Vol. 323(7322): 1139-1140.
- (6) Dennis R, Bryant R. Maintaining population health in a period of welfare state decline: political economy as the missing dimension in health promotion theory and practice. *Promotion and Education*, 2006; 13 (4): 236-242.
- (7) Graunt J. *Natural and political observations mentioned in a following index and made upon the bills of mortality*. London, Baltimore: Reprinted Johns Hopkins University Press, 1999.
- (8) Berkman LF, KI. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
- (9) Adler NE, Stewar J. Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: Social, Psychological and Biological Pathways. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1999; 896 (1): 13-15.
- (10) Krieger N, Chen JT, Waterman PD, Rehkopf DH, Subramanian SV, Race/ethnicity, gender, and monitoring socioeconomic gradients in health: a comparison of area-based socioeconomic measures—the public health disparities geocoding project. *American Journal of Public Health*, 2003; 93(10): 1655-71.

- (11) Berkman L. Seeing the forests and the trees: New Visions in Social Epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 2004; 160(1): 1-2.
- (12) Virchow R. Reporto on the typhus epidemia in Upper Silesia. In Rather L.J. (ed.), Rudolph Virchow: collected essays on public health and epidemiology. In *Science History*. Canton, M.A., 1985, p. 205-20.
- (13) Durkheim E. *Suicide*. New York: Free Press, 1997.
- (14) Van Helden PD. The economic divide and tuberculosis. *European Molecular Biology Organization*, 2003 (4): 524-28.
- (15) Morales A, Alonso LM. Epidemiología de la meningitis. Una visión Socio epidemiológica. *Salud Uninorte*, 2006 22 (2): 105-120.
- (16) Wermuth L. *Global Inequality and Human Needs: Health and Illness in an Increasingly Unequal World*. California State University Chico (USA): Pearson Education, 2003.
- (17) OMS. *Declaración de Alma Ata*. n.d. [cited 2007 October 4]; available from: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
- (18) OPS. *Atencion Primaria de la Salud: A 25 anos de Alma Ata*. n.d. [cited 2007 October 4]; available from: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm>.
- (19) Salud, O.P.A.d. *Carta de Ottawa Para la Promocion de la Salud*. n.d. [cited 2007 October 4]; available from: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>.
- (20) Salud, O.P.A.d.I. *Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud Promoción de la Salud en América Latina, Santa Fe de Bogotá, noviembre de 1992*. [cited 2007 October 4]; available from: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/DeclaracionBogota.pdf>.
- (21) Salud, O.P.A.d. *Declaracion Ministerial de México Para la Promocion de la Salud*, 2000 [cited 2007 October 4]; Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/declaracion.htm>.
- (22) OMS. *Commission on social determinants of health: fact file*. 2006 [Disponible en línea: http://www.who.int/social_determinants/en/].
- (23) Shiffman J. Generating political priority for maternal mortality reduction in 5 developing countries. *American Journal of Public Health*, 2007 97 (5): p. 796-803.
- (24) Jaynes G.D.a.W., R.M. Jr. *A common destiny: blacks and American society*. Washington DC: National Academy Press, 1989.
- (25) Rothenberg PS. *Racism and sexism: an integrated study*. New York: St. Martin Press, 1988.
- (26) Jargorskwy PA. Take the Money and run: economic segregation in U.S. metropolitan areas. *American Sociology Review*, 1996 (61): 984-98.
- (27) Krieger N, Rowley D, Hermann AA, Avery B, Phillips MT. Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease and well-being. *American Journal of Preventive Medicine*, 1993, vol. 9, (6): p. 82-122.
- (28) Williams DR. Race and health: basic questions, emerging directions. *Annals of Epidemiology*, 1997; 7: 322-33.
- (29) Haan M, Kaplan GA, Camacho T. Poverty and health: prospective evidence from the Alameda county study. *American Journal of Epidemiology*, 1987; 125: 989-98.
- (30) Diez-Roux AV, Nieto FJ, Muntaner C, Tyroler HA, Comstock GW, Shahar E, Cooper LS, Watson RL, Szklo M. Neighborhood environments and coronary disease: a multilevel analysis. *American Journal of Epidemiology*, 1997; 146: 48-63.
- (31) Regidor E, RE, Pascual C, Martínez D, Calle ME, Domínguez V. Decreasing socioeconomic inequalities and increasing health inequalities in Spain: a case study. *American Journal of Public Health*, 2006: 96 (1): 102-108.
- (32) Korcok M. Health problems of developing nations: a western solution? *Canadian Medical Association Journal*, 1979; 120: 471-74.
- (33) Chokshi D. Improving Access to Medicines in Poor Countries: The Role of Universities. *Public Library of Science Journal*, 2006; 3(6): 723.

- (34) Smith G, BM, Blane D. The black report on socioeconomic inequalities in health 10 year on. *British Medical Journal*, 1990; 301: 373-77.
- (35) Smith G, MJN, Shaw M. The independent inquiry into inequalities in health. *British Medical Journal*, 1998; 317: 1465-66.
- (36) Deaton A. Policy implications of the gradient of health and wealth. *Health Affairs*, 2002, vol. 21: 13-30.
- (37) Acuña C, BM. *La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1985: 1-15.
- (38) Graitcer PL, Lerer LB. *Child labor and health: quantifying the global health impacts of child labor*. Washington D.C. The World Bank, 1998. Available on line http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099080042112/Child_labor_and_health_quantifying_En98.pdf
- (39) Forastieri V. *Children at work: health and safety risks*. Ginebra: International Labor Office, 1997.
- (40) Cooper SP, R, MA. Health hazards among working children in Texas. *Southern Medical Journal*, 1995; 88: 550-54.
- (41) Landrigan PJ, Belville R. The dangers of illegal child labor. *American Journal of Diseases of Childhood*, 1993; 147: 1029-30.
- (42) Lemen RA, Layne LA, Castillo DN, Lancashire JH. Children at work: prevention of occupational injury and disease. *American Journal of Industrial Medicine*, 1993; 24: 325-30.
- (43) BMJ. Globalization and health. *British Medical Journal*, 2002, vol. 324: 44-45.
- (44) Blane D, BE, Wilkinson R. *Health and Social Organization: Towards a Health Policy for the Twenty-First Century*. London: Routledge, 1996.
- (45) UNICEF. *Vitamin and mineral deficiency: a global damage assessment report*. 2005 [cited; available from: Disponible en: www.micronutrient.org/pdfs/VMD.pdf.
- (46) Leinberger-Jabari A, Parker DL, Oberg C. Child labor, gender and health. *Public Health Reports*. 2005; 120: 642-47.
- (47) Darby J. Built on a dream: gates winner builds futures. *Global Health Link*, 2004; 128: 4-5, 20.
- (48) Krieger N, Rowley DL, Herman AA, Avery B, Phillips MT. Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. *American Journal of Preventive Medicine*. 1993; 9: 82-122
- (49) Gee G. A multilevel analysis of the relationship between institutional and individual racial discrimination and health status. *American Journal of Public Health*, 2002; 92 (4): p. 615-23.
- (50) Lolas F. *Bioética y cuidado de la salud. Segunda Reunion del Comité Asesor Internacional en Bioética*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Panamá, 2000.
- (51) Salud, O.P.d.I. *Resolución IV Conferencia Interparlamentaria sobre "El papel de los parlamentos en las metas de salud desde una perspectiva étnico racial: desafíos y avances*, ed. S.d. Comisiones. São Paulo: Parlamento Latinoamericano, 2000.
- (52) Minkowski WL. Medicine in Perspective: Mayan Indian health in Guatemala. *Western Journal of Medicine*, 1988; 148: 474-76.
- (53) Brunner E. *Toward a new social biology. Social Epidemiology*. New Yor: Oxford University Press, 2000.
- (54) Engels F. *The condition of the working class in England* (Trad. Henderson O.W. and Chaloner W.H.). New York: Macmilan, 1958.
- (55) Briceño-León R. *Endemias, epidemias y modas: la sociología de la salud en América Latina*. 2005 [cited]; disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=ANUALIDAD&revisita_busqueda=6682&clave_busqueda=2003
- (56) Shaffer ER, Watzkin H, Brenner J, Jasso-Aguilar R. Global trade and public health. *American Journal and Public Health*, 2005; 95 (1): 23-34.