

INTRODUCCIÓN A LA EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL^o

El estudio de las condiciones sociales y de cómo éstas influyen y determinan la situación sanitaria de las poblaciones ha sido siempre un tema de interés y relevancia para la salud pública en general. En años recientes ha nacido un vínculo más fuerte entre la epidemiología y las ciencias sociales⁽¹⁾, estimulado por la necesidad de reconocer y documentar el amplio espectro de los determinantes de la salud, desde el nivel micro en que operan los factores biológicos individuales hasta los niveles macro que expresan las condiciones sociales en que viven las poblaciones, dando nacimiento a la llamada “epidemiología social”.

La preocupación principal de la epidemiología social es el estudio de cómo la sociedad y las diferentes formas de organización social influyen la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones. En particular, estudia la frecuencia, la distribución y los determinantes sociales de los estados de salud en la población. De esta forma, la epidemiología social va más allá del análisis de factores de riesgo individuales e incluye el estudio del contexto social en el cual se produce el fenómeno salud-enfermedad.⁽²⁾

Para explicar los caminos entre la exposición a características sociales del ambiente y sus efectos en la salud colectiva, la epidemiología social enriquece el enfoque epidemiológico tradicional con conceptos y técnicas provenientes de disciplinas sociales como la economía, la sociología, la demografía y aún la biología, lo que también implica un verdadero desafío metodológico. El uso creciente de métodos de análisis multinivel en diseños ecológicos, el control de la falacia ecológica y el empleo de nuevas aplicaciones de herramientas y técnicas conocidas son ejemplos de este desarrollo.

Una preocupación constante y vigente en el paisaje sanitario mundial es la presencia de desigualdades -particularmente *desigualdades sociales*- en salud. La epidemiología social permite incorporar en el enfoque etiológico tradicional de la salud pública la experiencia social de las poblaciones y por lo tanto permite un mejor entendimiento de cómo, dónde y porqué las desigualdades afectan la salud. En tal sentido, la epidemiología social puede aportar significativamente al proceso de gestión sanitaria y la reducción de las inequidades en salud.

Como introducción a esta rama de la epidemiología, proponemos a los lectores del *Boletín Epidemiológico* un primer contacto con su vocabulario, aprovechando el [Glosario de Epidemiología Social preparado por la Dra. Nancy Krieger de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard](#), publicado recientemente en el *Journal of Epidemiology and Community Health*, el que gentilmente autorizó su traducción y reproducción en el *Boletín*.

Referencias:

⁽¹⁾ Krieger N. Epidemiology and Social Sciences”Towards a Critical Reengagement in the 21st Century. *Epidemiol Rev* 2000;22(1):155-163.

⁽²⁾ Berkman L, Kawachi I. *Social Epidemiology*. Oxford, England: Oxford University Press, 2000.

GLOSARIO DE EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL

Nancy Krieger, PhD
Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard
Boston, Massachusetts, Estados Unidos

Parte I

¿Por qué “epidemiología social”? ¿Acaso no toda la epidemiología es, a fin de cuentas, “social”? En la medida en que las personas son simultáneamente organismos sociales y organismos biológicos, ¿cabe suponer que alguna vez algún proceso biológico se exprese fuera del contexto social?; más aún: ¿cabe suponer que exista algún proceso social que no esté mediado por la realidad corporal de nuestros cuerpos profundamente generativos y mortales?(1, 2) No obstante, a pesar del axioma aparente de que los procesos sociales y biológicos conforman intrínsecamente la salud de la población —aceptado incluso cuando la epidemiología empezaba a ser reconocida como una disciplina científica a principios del siglo XIX—, no toda la epidemiología es “epidemiología social”.(3, 4) En efecto, la “epidemiología social” (el término social epidemiology se acuñó en 1950)(3, 5) se distingue por el hincapié que hace en investigar explícitamente los factores sociales de la distribución entre las poblaciones de la salud, las enfermedades y el bienestar, en vez de considerarlos simplemente como el telón de fondo de los fenómenos biomédicos. Acometer esta tarea exige prestar atención a las teorías, conceptos y métodos que permiten iluminar los vínculos íntimos que existen entre nuestros cuerpos y la política corporal; para este fin, el siguiente glosario razonado ofrece una lista selecta de términos empleados en este campo.

Primero una breve explicación. Algunos artículos se refieren a un solo término, mientras que otros engloban varios términos afines cuyo significado depende de sus relaciones mutuas o se refiere a aspectos específicos de un concepto más amplio. Además, cada artículo se define en relación con su importancia para la epidemiología social; la explicación de su importancia para otras disciplinas escapa a los fines del glosario.

Análisis multinivel

Se refiere a los métodos estadísticos, surgidos de las ciencias sociales, que analizan los resultados relacionándolos simultáneamente con los factores determinantes medidos en diferentes niveles (e.g., individual, del lugar de trabajo, del barrio, de la nación o de la región geográfica dentro de los límites geopolíticos o a través de ellos.)(28-31) Si están guiados por modelos conceptuales bien elaborados que especifican claramente cuáles variables habrán de estudiarse a qué nivel,(28) estos análisis potencialmente permiten evaluar si la salud del individuo está determinada no sólo por características “individuales” o “familiares”(por ej., el ingreso personal o familiar) sino también por características “de la población” o “de la zona”; estas últimas

pueden ser “de composición” (por ej., personas que viven en la pobreza) o “contextuales” (irreducibles a nivel individual, por ej., distribución del ingreso, densidad de la población o carencia de establecimientos, como supermercados, bibliotecas o centros de salud).(30-31)

Derechos humanos y justicia social

El concepto de *derechos humanos* presupone que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”(18) y ofrece un marco de referencia universal para decidir sobre cuestiones de equidad y justicia social.(18-21) En la práctica, trasladado al campo de la responsabilización política y jurídica, “la legislación sobre derechos humanos se propone definir lo que los gobiernos *nos pueden hacer*, lo que *no pueden hacernos* y lo que *deben hacer por nosotros*”(19) [las cursivas aparecen en el original] para, de esta manera, respetar, proteger y cumplir sus obligaciones en el ámbito de los derechos humanos.(19, 20) Las normas de derechos humanos tienen como premisa, en primera instancia, la Declaración Universal de Derechos Humanos,(18) de 1948, y su reconocimiento de la indivisibilidad y dependencia recíproca de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.(18-21) Por lo tanto, un marco de “salud y derechos humanos” no sólo estimula el reconocimiento de la manera en que la realización de los derechos humanos promueve la salud, sino que también ayuda a manifestar las inquietudes con respecto a la forma en que la violación de esos derechos puede dañar la salud en forma de quejas concretas y enjuiciables que los gobiernos y la comunidad internacional están legal y políticamente obligados a afrontar. A su vez, entender lo que propicia la violación de los derechos humanos y lo que ayuda a respetarlos, protegerlos y darles cumplimiento se ve favorecido por los marcos de *justicia social* que analizan explícitamente quién se beneficia y a quién perjudican la explotación económica, la opresión, la discriminación, la aldad y la degradación de los “recursos naturales”.(21-24) La unión de estos marcos permite formular conceptos pertinentes para analizar los factores sociales determinantes de la salud y guiar las acciones que permitirán crear sociedades justas y sostenibles.

Discriminación

Es “el proceso por el cual uno o varios miembros de un grupo socialmente definido son tratados de manera diferente (sobre todo, injusta) por pertenecer a dicho grupo”.(9) Dicho tratamiento injusto proviene de “las creencias de origen social que cada [grupo] mantiene con respecto al otro” y de “pautas de dominio y opresión que se consideran manifestaciones de la lucha por el poder y los privilegios”.(10) Las personas e instituciones que discriminan negativamente restringen por tanto, mediante sus juicios y sus actos, la vida de los discriminados por ellas.(6) Lo que está en juego son las prácticas —tanto institucionales como interpersonales— de los grupos dominantes para mantener los privilegios que han acumulado mediante la subordinación de los grupos a los que oprimen (de manera intencionada y también por mantener el *status quo*), así como las ideologías de que se valen para justificar esas prácticas, las cuales giran en torno a creencias de superioridad e inferioridad, diferencias o desviaciones innatas.(6) Los tipos predominantes de discriminación

adversa están basados en raza/etnicidad, género, sexualidad, discapacidad, edad, nacionalidad, religión y, aunque no siempre se reconoce como tal, clase social. Por contraposición, la discriminación positiva (e.g., la llamada *affirmative action* [o sea, la adopción de medidas positivas en favor de un grupo postergado, N. Ed]) se propone rectificar las inequidades creadas por la discriminación negativa.

Los análisis efectuados por la epidemiología social para determinar las consecuencias de la discriminación sobre la salud hacen necesario conceptualizar y poner en práctica diversas expresiones de exposición, susceptibilidad y resistencia a la discriminación, como se indica más adelante, mediante el reconocimiento de que los individuos y los grupos sociales pueden estar sujetos simultáneamente a muchos tipos de discriminación que interactúan entre sí.(6)

Aspectos de la discriminación

Tipo: se define con relación a los grupos dominante y subordinado y a la ideología justificatoria.

Forma: estructural, institucional, interpersonal; legal o ilegal; directa o indirecta; manifiesta o encubierta.

Agente: perpetrada por agentes del Estado u otros agentes (instituciones o individuos).

Manifestación: desde verbal hasta violenta; mental, física o sexual.

Esfera: por ejemplo, en casa; en el seno de la familia; en la escuela; al tratar de conseguir empleo; en el trabajo; al tratar de conseguir vivienda; al solicitar crédito y préstamos; al buscar atención médica; al comprar otros bienes y servicios; por los medios de comunicación; por la policía y los tribunales; por otras instituciones públicas o servicios sociales; en la calle o en sitios públicos.

Nivel: individual, institucional, vecinal, comunidad, jurisdicción política, nacional, regional, mundial.

Exposición acumulativa a la discriminación

Período: etapa intrauterina; primer año de vida; niñez; adolescencia; etapa adulta.

Intensidad: desde intensa hasta leve.

Frecuencia: crónica; aguda; esporádica.

Duración: lapso durante el que se experimenta la discriminación.

Las reacciones a la discriminación se pueden analizar de manera análoga.(6)

Encarnación o corporización

Es un concepto fundamental para entender las relaciones entre el estado de nuestros cuerpos y la política corporal; véase la definición en el artículo “Teoría ecosocial”.

Epidemiología psicosocial

Un marco psicosocial dirige la atención hacia las respuestas conductuales y biológicas endógenas a las interacciones humanas.¹ Lo que interesa es “la posibilidad de dañar la salud que entraña el estrés psicológico”, que es “generado por circunstancias desesperadas, tareas insuperables o la falta de apoyo social”(36); véase también “Estrés”. Por lo general, se conceptualiza en relación con los individuos y la hipótesis central en que se apoya es que los factores estresantes sociales crónicos y agudos: a) alteran la susceptibilidad del huésped o se vuelven directamente patógenos al afectar a la función neuroendocrina, y/o b) provocan comportamientos nocivos para la salud (especialmente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, la alimentación y las relaciones sexuales).(1, 4, 36) El “capital social” y la “cohesión” social se proponen (y son puestos en tela de juicio) a su vez como bienes psicosociales a nivel de la población que pueden mejorar la salud de esta al influir en las normas y fortalecer los vínculos de la “sociedad civil”, con la salvedad de que la pertenencia a ciertas formaciones sociales tiene la posibilidad de dañar a los miembros del grupo (por ej., cuando las normas del grupo alientan los comportamientos arriesgados) o a otros (por ej., el daño que los grupos que apoyan la discriminación le infligen a los grupos discriminados).(1, 37-40).

Expresiones biológicas de la inequidad social

Este término se refiere a la manera como las personas literalmente encarnan y expresan biológicamente las experiencias de las desigualdades económicas y sociales, desde el periodo intrauterino hasta la muerte, con lo cual se producen desigualdades sociales relacionadas con la salud que se reflejan en una amplia variedad de resultados.(1, 2, 6) El concepto de *expresiones biológicas de las desigualdades sociales* ocupa un lugar central en la epidemiología social y ha estado presente en el pensamiento epidemiológico —aunque no siempre de manera explícita— desde el surgimiento de esta disciplina a comienzos del siglo XIX, como lo ejemplifican las investigaciones pioneras (como las realizadas por Louis René Villermé [1782-1863]) sobre los gradientes socioeconómicos en la mortalidad, la morbilidad y la talla, y los efectos de la pobreza sobre aquéllos.(3, 7, 8)

Entre los ejemplos figuran las expresiones biológicas de la pobreza y de diversos tipos de discriminación, como la que depende de la raza/grupo étnico, el concepto de género, la sexualidad, la clase social, la discapacidad o la edad. El hecho de que estas expresiones biológicas de las desigualdades sociales se interpreten como manifestaciones de características innatas y no impuestas, o individuales y no sociales, está determinado en parte por las propias desigualdades sociales que moldean la salud de la población.(1, 6) De esta manera, el concepto de “expresiones biológicas de las

desigualdades sociales” contrasta con las formulaciones biológicamente deterministas que presentan procesos y características biológicos invocados de manera tautológica para definir la pertenencia a los grupos subordinados o a los dominantes (por ej., determinadas por el color de la piel o el sexo) como explicaciones de las desigualdades sociales en la salud.

Género, sexismo y sexo

El *género* es un concepto social relativo a las convenciones, roles y comportamientos ligados a la cultura que se asignan a hombres y mujeres, niños y niñas, así como las relaciones recíprocas entre estos.(13-15) Los roles de género presentan una amplia gama de variaciones y tanto las relaciones de género como las *expresiones biológicas de género* varían dentro de cada sociedad y entre las distintas sociedades, por lo común en relación con las divisiones sociales apoyadas en las premisas del poder y la autoridad (e.g., clase social, raza/grupo étnico, nacionalidad, religión).(6, 15) A su vez, el *sexismo* implica relaciones de género inequitativas y se refiere a las prácticas institucionales e interpersonales según las cuales los miembros del grupo de género dominante (generalmente los hombres) acumulan privilegios mediante la subordinación de otros grupos de género (por lo común las mujeres) y justifican esas prácticas mediante ideologías de superioridad, diferencias o desviaciones innatas.(13-15) Por último, el *sexo* es un concepto biológico basado en las características biológicas que permiten la reproducción sexual.(14, 16) En los seres humanos, el sexo biológico se asigna teniendo en cuenta los caracteres sexuales secundarios, las gónadas o los cromosomas sexuales; las categorías son: sexo masculino, sexo femenino, estados intersexuales (personas que nacen con caracteres sexuales masculino y femeninos) y transexuales (personas que se someten a intervenciones quirúrgicas, al tratamiento hormonal o a ambos para modificar su sexo).(14) En ciertos casos, las características biológicas ligadas al sexo (e.g., la presencia o ausencia de ovarios, testículos, vagina, pene; niveles variados de hormonas; embarazo, etc.) pueden contribuir a determinar diferencias de salud por razón de género, pero también pueden considerarse *expresiones de factores biológicos determinadas por el género* y aducirse erróneamente como explicaciones de las *expresiones biológicas de género*.(1, 16) Por ejemplo, la asociación entre la paridad y la incidencia de melanoma entre las mujeres se atribuye generalmente a los cambios hormonales relacionados con el embarazo; sin embargo, las nuevas investigaciones que indican relaciones semejantes entre la paridad y la incidencia de melanoma en los hombres indican que las condiciones sociales vinculadas con la paridad, y no forzosa ni exclusivamente los factores biológicos del embarazo, pueden tener importancia en la etiología.(17)

Perspectiva del curso de vida

Se refiere a la manera en que el estado de salud a cualquier edad, para una cohorte de nacimiento determinada, refleja no sólo las condiciones contemporáneas sino la encarnación de las circunstancias vitales anteriores, desde la etapa intrauterina en adelante.(25-27) Lo que importa es la trayectoria que ha seguido el desarrollo (tanto biológico como social) de las personas a lo largo del tiempo, conformado por el período

histórico en que vive y en relación con el marco social, económico, político, tecnológico y ecológico de la sociedad a la que pertenece. Un componente puede implicar lo que se ha denominado “programación biológica” para referirse al “proceso por el cual un estímulo o un insulto que opera en un período crítico del desarrollo tiene una importancia perdurable o incluso para toda la vida”.(27) Cuál de estos procesos es reversible, y en qué circunstancias, constituye una importante pregunta empírica y de salud pública.

Pobreza, privación (material y social) y exclusión social

Estar empobrecido significa carecer o que se le nieguen a uno los recursos suficientes para participar de manera significativa en la sociedad. La *pobreza*, un concepto complejo, es intrínsecamente un concepto normativo que se puede definir — en términos absolutos y relativos— en relación con: la “necesidad”, el “nivel de vida”, la “limitación de recursos”, la “carencia de seguridad básica”, la “falta de reconocimiento de los derechos propios”, las “privaciones múltiples”, la “exclusión”, la “desigualdad”, la “clase social”, la “dependencia” y las “penurias inadmisibles”(32); véase “Posición socioeconómica”. También es pertinente determinar si la experiencia de la pobreza es pasajera o crónica.

Según las Naciones Unidas, en el *Informe del PNUD sobre la pobreza 2000: superar la pobreza humana*, pueden distinguirse dos formas de pobreza: la “pobreza humana” y la “pobreza de ingreso”.(21) La *pobreza humana* es definida como el empobrecimiento de múltiples dimensiones y tiene un carácter multidimensional y “se refiere a la privación en cuanto a la capacidad más esencial de la vida, incluso vivir una vida larga y saludable, tener conocimientos, tener aprovisionamiento económico suficiente y participar plenamente en la vida de la comunidad”. Por contraposición, la *pobreza de ingreso* se define como la privación en una dimensión única: el ingreso.(21) Desde este punto de vista, la pobreza de ingreso constituye un determinante crítico (pero no exclusivo) de la pobreza humana, incluyendo en esta última el compromiso del estado de salud.

La *deprivación* se puede conceptualizar y medir, en el nivel individual y colectivo, en relación con la *privación material*, que abarca “las carencias alimentarias, de ropa, de alojamiento, de servicios domésticos, ambientales, de ubicación y de trabajo (remunerado o no)”, y la *deprivación social*, que se refiere a los derechos con respecto a “empleo, actividades familiares, integración a la comunidad, participación formal en las instituciones sociales, recreación y educación”.(34) En conformidad con lo anterior, se pueden establecer *umbrales de pobreza*, a saber: a) un nivel de ingreso (e.g., la línea de pobreza) que se considera insuficiente para satisfacer las necesidades de subsistencia; o bien b) “el punto en que los recursos están tan gravemente por debajo de los que percibe el individuo o la familia promedio que los pobres quedan, de hecho, excluidos de las formas de vida, costumbres y actividades”, de tal manera que la línea de pobreza es igual “al punto en que la privación aumenta intensa y desproporcionadamente con relación a los recursos que van disminuyendo”.(33)

La *exclusión social*, otro término que abarca varios aspectos de la pobreza, concentra a su vez la atención no solo en las repercusiones sino en el proceso de la marginación.(33, 35) Las vías por las cuales los grupos sociales y las personas pueden quedar excluidos de la plena participación en la vida social y comunitaria son: a) la exclusión jurídica (por ej., la discriminación de derecho); b) la exclusión económica (debida a privaciones económicas); c) la exclusión debida a la carencia de servicios sociales (por ej., cuando no se facilitan servicios de traducción o medios para ayudar a las personas discapacitadas), y d) exclusión derivada del estigma (por ej., de las personas que padecen SIDA o infección por el VIH) y la discriminación de hecho.

Teoría ecosocial de distribución de enfermedades

El marco ecosocial(1, 2) y otros marcos epidemiológicos de niveles múltiples que están surgiendo(1, 12) pretenden integrar la teoría sociológica y biológica y una perspectiva dinámica, histórica y ecológica para obtener nuevos conocimientos acerca de los factores determinantes de la distribución de las enfermedades en la población y del efecto de las desigualdades sociales sobre la salud. La pregunta central de la teoría ecosocial es: “¿Quién y qué es responsable por los patrones poblacionales de salud, enfermedad y bienestar, tal como se manifiestan en las desigualdades sociales en salud actuales, pasadas y en transición?”. En consonancia con lo anterior, las explicaciones epidemiológicas apropiadas deben explicar las distribuciones de las enfermedades, tanto persistentes como en transición, especialmente las desigualdades sociales en materia de salud, a lo largo del tiempo y del espacio. Para ayudar a la conceptualización, la teoría ecosocial se vale de una metáfora de los fractales visuales en la cual un árbol de la vida se entrelaza con el entramado social que diferentes grupos fundamentales de la sociedad a diario refuerzan o tratan de modificar.(1, 2) Se eligió esta metáfora porque los fractales son estructuras recurrentes, que se repiten y son idénticas en cada nivel, desde el micro hasta el macro.(2) Así pues, la teoría ecosocial invita a considerar la manera en que la salud de la población es el producto de las condiciones sociales que necesariamente se entrelazan con los procesos biológicos en cada nivel espacio-temporal, ya sea del subcelular al mundial, o de los nanosegundos a los milenios.(1)

Por consiguiente, los conceptos medulares de la teoría ecosocial se describen a continuación.(1)

1) *Encarnación o corporización*: es un concepto que hace referencia a la forma en que, literalmente, incorporamos biológicamente el mundo material y social en que vivimos, desde el vientre materno hasta la muerte; el corolario es que ningún aspecto de nuestro ser biológico se puede entender en ausencia de un conocimiento de la historia y de la forma de vida del individuo y de los grupos sociales.

2) *Vías de encarnación*: se estructuran simultáneamente por: a) la forma en que el poder y la propiedad se disponen en los grupos sociales y las modalidades contingentes de producción, consumo y reproducción; y b) los límites y las posibilidades de nuestra propia esencia biológica, moldeada por la evolución de nuestra especie, el

marco ecológico y la historia de cada individuo; es decir, por la trayectoria del desarrollo biológico y social.

3) *Rejuego acumulativo entre la exposición, la susceptibilidad y la resistencia*: éste se expresa en las vías de encarnación, y cada factor y su distribución se conceptualizan en muchos niveles (individual, de barrio, regional o de jurisdicción política, nacional, internacional y supranacional) y en muchas esferas (por ej., hogar, escuela, trabajo y otros entornos públicos), en relación con los nichos ecológicos pertinentes, y se manifiestan en procesos a varias escalas de tiempo y espacio.

4) *Responsabilización y función del agente*: se expresan en las vías y el conocimiento de la encarnación, en relación con las instituciones (gobierno, empresas y sector público), comunidades, familias e individuos, y también con la responsabilización y la función de agente que compete a los epidemiólogos y otros científicos con respecto a las teorías que se aplican o se hacen a un lado para explicar las desigualdades sociales en materia de salud. El corolario es que, habida cuenta de las probables explicaciones causales complementarias a diferentes escalas y niveles, en cada estudio epidemiológico se deberían mencionar explícitamente y considerar los beneficios y las limitaciones de la escala y el nivel de análisis en que se ha llevado a cabo.

En vez de limitarse a agregar “factores biológicos” a los análisis “sociales” o “factores sociales” a los análisis “biológicos”, el marco ecosocial empieza por formular un enfoque integrado más sistemático capaz de generar nuevas hipótesis; es decir, no basta simplemente con reinterpretar los factores identificados mediante un solo criterio (por ejemplo, el biológico) en función del otro (por ejemplo, el social).(1)

Referencias

- (1) Krieger N. Emerging theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* (in press).
- (2) Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc Sci Med* 1994;39:887–903.
- (3) Krieger N. Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century. *Epidemiol Rev* 2000;11:155–63.
- (4) Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- (5) Yankauer A. The relationship of fetal and infant mortality to residential segregation: an inquiry into social epidemiology. *Am Sociol Review* 1950;15:644–8.
- (6) Krieger N. Discrimination and health. In: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000:36–75.
- (7) Sydenstricker E. *Health and environment*. New York: McGraw-Hill, 1933.
- (8) Morris JN. *Uses of epidemiology*. Edinburgh: Livingston, 1957.
- (9) Jary D, Jary J, eds. *Collins dictionary of sociology*. 2nd ed. Glasgow, UK: HarperCollins Publishers, 1995.
- (10) Marshall G, ed. *The concise Oxford dictionary of sociology*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- (11) Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: II. from black boxes to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* 1996;86:674–7.

- (12) McMichael AJ. Prisoners of the proximate: loosening the constraints on epidemiology in an age of change. *Am J Epidemiol* 1999;149:887–97.
- (13) Krieger N, Rowley DL, Herman AA, et al. Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. *Am J Prev Med* 1993;9 (suppl):82–122.
- (14) Fausto-Sterling A. *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books, 2000.
- (15) Essed P. *Diversity: gender, color, and culture*. Amherst, MA: University of Massachusetts, 1996.
- (16) Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health* 1997;51:106–9.
- (17) Kravdal O. Is the relationship between childbearing and cancer incidence due to biology or lifestyle? Examples of the importance of using data on men. *Int J Epidemiol* 1995; 4:477–84.
- (18) United Nations. Universal declaration of human rights. GA Res 217A(III), UN GAOR, Res 71, UN Doc A/810, 1948.
- (19) Gruskin S, Tarantola D. Health and human rights. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, et al, eds. *The Oxford textbook of public health*. 4th ed. New York: Oxford University Press (in press).
- (20) Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, et al, eds. *Health and human rights*. New York: Routledge, 1999.
- (21) UNDP 2000: United Nations Development Programme (UNDP). *Human development report 2000: Human rights and human development*. New York: Oxford University Press, 2000.
- (22) Boucher D, Kelly P, ed. *Social justice: from Hume to Walzer*. London: Routledge, 1998.
- (23) Krieger N, Birn A-E. A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the Spirit of 1848. *Am J Public Health* 1998;88:1603–6.
- (24) People's Health Assembly 2000. *People's charter for health*. Gonoshasthaya Kendra, Savar, Bangladesh December 4–8, 2000. At: <http://www.pha2000.org> [last accessed: 11 Feb 2001].
- (25) Kuh D, Ben Shlomo Y, eds. *A lifecourse approach to chronic disease epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- (26) Davey Smith G, Gunnell D, Ben-Shlomo Y. Life-course approaches to socio-economic differentials in causespecific adult mortality. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality, and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001:88–124.
- (27) Barker DJP. *Mothers, babies, and health in later life*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.
- (28) Blalock HM Jr. Contextual-effects models: theoretic and methodologic issues. *Annu Review Sociol* 1984;10:353–72.
- (29) Bryk AS, Raudenbush SW. *Hierarchical linear models: applications and data analysis methods*. Newbury Park, CA: Sage, 1992.
- (30) Diez-Roux AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *Am J Public Health* 1998;88:216–22.

- (31) Macintyre S, Ellaway A. Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment. In: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000:332–48.
- (32) Spicker P. Definitions of poverty: eleven clusters of meaning. In: Gordon D, Spicker P, eds. *The international glossary on poverty*. London: Zed Books, 1999:150–62.
- (33) Gordon D, Spicker P, eds. *The international glossary on poverty*. London: Zed Books, 1999.
- (34) Townsend P. *The international analysis of poverty*. New York: Harvester/Wheatsheaf, 1993.
- (35) Shaw M, Dorling D, Davey Smith G. Poverty, social exclusion, and minorities. In: Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999:211–39.
- (36) Elstad JI. The psycho-social perspective on social inequalities in health. In: Bartley M, Blane D, Davey Smith G, eds. *The sociology of health inequalities*. Oxford: Blackwell, 1998: 39–58.
- (37) Kawachi I, Berkman L. Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000:174–90.
- (38) Wilkinson RG. *Unhealthy societies: the aZictions of inequality*. London: Routledge, 1996.
- (39) Lynch JW, Davey Smith G, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual incomes, psychological environment, or material conditions. *BM J* 2000;320:1200–4.
- (40) Kunitz SJ. Accounts of social capital: the mixed health effects of personal communities and voluntary groups. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality, and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001:159–74.

Fuente: Este artículo fue publicado inicialmente en el *Journal of Epidemiology and Community Health* (*J Epidemiol Community Health* 2001;55:693-700).

GLOSARIO DE EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL

Parte II

Raza/etnicidad y racismo

La *raza/etnicidad* es una categoría social, no biológica, referida a grupos sociales, a menudo con ascendencia y herencia cultural compartidas, que se forman como consecuencia de sistemas opresores de las relaciones entre las razas, justificados por la ideología, en los que un grupo se beneficia del dominio que ejerce sobre otros grupos, y se define a sí mismo y a los otros a través de esa dominación y de la posesión de características físicas selectivas y arbitrarias (e.g., el color de la piel).(6, 13) Por racismo se entienden las prácticas institucionales e individuales que crean y refuerzan los sistemas opresivos de relaciones de raza (véase “Discriminación”).(6, 15, 41) La *etnicidad* es un concepto que inicialmente pretendió diferenciar los grupos “innatamente” diferentes que supuestamente pertenecían a la misma “raza” general; (42, 43) actualmente, algunos lo emplean para referirse a grupos que supuestamente pueden distinguirse sobre la base de la “cultura”; (44) sin embargo, en la práctica es difícil separar claramente la “etnicidad” de la “raza” en las sociedades que tienen relaciones de raza inequitativas, por lo cual se ha optado por unirlos en el concepto de “raza/grupo étnico”. (6, 42). Dos conceptos diametralmente opuestos son así pertinentes para entender la investigación y explicar las disparidades raciales/étnicas en salud.(6, 45) El primero es el de las *expresiones racializadas* [“racialized” en la versión en inglés, N. Trad.] *de la biología*, según el cual las diferencias biológicas promedio cuantificadas entre miembros de diversos grupos raciales/étnicos reflejan supuestamente diferencias innatas, determinadas por la genética (que, para empezar, parten de una premisa basada en características fenotípicas arbitrarias que se emplean para definir, de manera tautológica, categorías raciales). El segundo concepto es el de las *expresiones biológicas del racismo* (véase “Expresiones biológicas de las desigualdades sociales”). Por ejemplo, a consecuencia de las ideas dominantes que consideraban la “raza” como una característica biológica innata, la investigación epidemiológica estuvo plagada de estudios que intentaban explicar las disparidades raciales/étnicas en materia de salud relacionándolas con supuestas diferencias genéticas, sin tener en cuenta los efectos del racismo sobre la salud.(6, 45-47) Por otra parte, considerando como reales las experiencias de racismo vividas y el concepto biológico de “raza” como algo espurio, la epidemiología social investiga las consecuencias sanitarias de las expresiones económicas y de otra índole que acarrea la discriminación racial.(6, 13, 45-48)

Sexualidades y heterosexismo

El término *sexualidad* se refiere a las convenciones, roles y comportamientos ligados a la cultura que suponen expresiones del deseo sexual, el poder y diversas emociones, mediadas por el género y otros aspectos de la posición social (por ejemplo, clase, raza/grupo étnico, etc.).(49) Los distintos componentes de la sexualidad son la identidad sexual, el comportamiento sexual y el deseo sexual. Las actuales categorías

“occidentales” mediante las cuales las personas se identifican a sí mismas o son identificadas por los demás son: heterosexual, homosexual, lesbiana, gay, bisexual, “loca” [“queer” en inglés, N. Trad], transgénero, transexual y asexual. El *heterosexismo*, la discriminación vinculada con la sexualidad, constituye una forma de conculcación de los derechos sexuales (50) y se refiere a las prácticas institucionales e interpersonales por las cuales los heterosexuales acumulan privilegios (e.g., el derecho legal a casarse y tener compañeros sexuales del “otro” sexo) y discriminar contra las personas que tienen o desean a compañeros sexuales del mismo sexo, y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad, diferencia o desviación innatas. En consecuencia, las experiencias vividas de la sexualidad pueden afectar a la salud por vías que incluyen no sólo el contacto sexual (por ej., la propagación de enfermedades de transmisión sexual) sino también la discriminación y las condiciones materiales de la vida familiar y en el hogar.(49, 50)

Sociedad, social, societal y cultura

El término *sociedad*, que originalmente significaba “compañía o fraternidad”, en la actualidad es “el término más general que tenemos para designar el cuerpo de instituciones y relaciones en cuyo seno vive un grupo relativamente grande de personas; además, es el término más abstracto para referirse a las condiciones en que se forman dichas instituciones y relaciones”.(51) Por su parte, el adjetivo *social* tiene también significados complejos: “es un término descriptivo para referirse a la sociedad en el sentido que predomina en la actualidad de sistema de vida en común”; asimismo, es un “término enfático y distintivo que contrasta explícitamente con el adjetivo *individual* y, especialmente, con las teorías *individualistas* de la sociedad” [las cursivas figuran en el original].⁵¹ A su vez, el adjetivo *societal* sirve para “referirse de una manera más neutra a las formaciones e instituciones sociales en general”.(51) De manera análoga, la *epidemiología social* y sus teorías sobre la distribución de las enfermedades contrastan con la *epidemiología individualista*, que se apoya en teorías individualistas de la causa de las enfermedades (véase “Teorías de la distribución de enfermedades”).

Cultura, originalmente un sustantivo de proceso referido al “cuidado de algo, básicamente cosechas o animales”,(51) en la actualidad tiene tres significados distintos: “i) sustantivo abstracto e independiente que describe un proceso general de desarrollo intelectual, espiritual y estético...; ii) sustantivo independiente que, usado en sentido general o específico, indica un modo particular de vida, ya sea de un pueblo, un período, un grupo o la humanidad en general; y... iii) sustantivo abstracto e independiente que describe el trabajo y las prácticas de la actividad intelectual, especialmente la artística”.(51) En la epidemiología social predomina el significado descrito en b, y la “cultura” generalmente se relaciona, teórica y prácticamente, con las creencias y costumbres relacionadas con la salud, especialmente las prácticas alimentarias. En consonancia con ello, la “aculturación” (o, quizás más exactamente, la “desculturación” (45)) designa la adopción, por una “cultura”, de las creencias y prácticas de otra “cultura” (por lo general, dominante).(52, 53) En la bibliografía epidemiológica abundan ejemplos (44, 53) en los que el concepto de “cultura” se combina con el de “grupo étnico” (y “raza”) y esta combinación se invoca indebidamente

para explicar características socioeconómicas y sanitarias de diversos grupos de población sobre la base de cualidades “innatas” y no como consecuencia de relaciones sociales inequitativas entre grupos.(52)

Clase social y posición socioeconómica

El término *clase social* se refiere a los grupos sociales que se forman por las relaciones económicas recíprocas establecidas entre personas.(51, 54-56) Estas relaciones están determinadas por las formas de propiedad y trabajo de una sociedad, y sus relaciones por medio de la producción, distribución y consumo de bienes, servicios e información. De este modo, el concepto de clase social se apoya en la premisa de la ubicación estructural de las personas dentro de la economía - como patronos, empleados, trabajadores por cuenta propia y desempleados (tanto en el sector formal como en el informal), y como propietarios o no de capital, tierras y otras formas de inversión socioeconómica. Para decirlo en pocas palabras, las clases —como la clase obrera, los empresarios y sus administradores— sólo existen en relación mutua y se definen por referencia recíproca. Por ejemplo, no se puede ser empleado si no se tiene un patrono, y esta distinción entre empleado y patrono no indica que uno tenga más o menos de cierto atributo, sino que tiene que ver con la relación de un individuo con el trabajo y con otros individuos por conducto de la estructura económica de una sociedad.

En tal virtud, la clase no es una propiedad *a priori* de cada ser humano, sino una relación social creada por las sociedades. De este modo, la clase social precede lógicamente y materialmente a su manifestación en la distribución de las ocupaciones, el ingreso, la riqueza, la educación y la situación social. Otro componente esencial de las relaciones de clase entraña una asimetría de la explotación económica, según la cual los dueños de los recursos (por ej., capital) obtienen ganancias económicas del trabajo o de los esfuerzos de los que trabajan para ellos.

La *posición socioeconómica*, a su vez, es un concepto combinado que incluye medidas basadas tanto en los recursos como en el prestigio, vinculadas con la posición de clase social en la niñez y en la adultez.(54-56) Las medidas basadas en los recursos se refieren a los recursos y bienes materiales y sociales, incluidos ingreso, riqueza y credenciales educativos; los términos que se emplean para designar la insuficiencia o carencia de recursos son “pobreza” y “privación” (véase “pobreza”). Las medidas que se basan en el prestigio se refieren al nivel o condición (status) de un individuo dentro de una jerarquía social, que generalmente se evalúa con relación al acceso y consumo de bienes, servicios y conocimientos, a su vez vinculados con el prestigio ocupacional, el ingreso y el nivel de instrucción. Habida cuenta de las distinciones entre los aspectos relativos a los recursos y lo que tienen que ver con el prestigio, así como las diversas vías por las cuales influyen en la salud, los estudios epidemiológicos deberían enunciar claramente cómo se conceptualizan las medidas de posición socioeconómica. Hay que evitar el término “situación socioeconómica” porque de manera arbitraria (cuando no intencional) destaca la “situación (status)” con respecto a los recursos materiales como el factor determinante fundamental de la posición socioeconómica.(54)

Determinantes sociales de la salud

Este término se refiere tanto a las características específicas como a las vías por las cuales las condiciones sociales influyen en la salud, y que pueden modificarse mediante la actuación fundamentada.(4, 24, 57) En su calidad de determinantes, estos procesos y condiciones sociales se conceptualizan como “factores esenciales” que “fijan ciertos límites o ejercen presiones”, sin que forzosamente sean “deterministas” en el sentido del “determinismo fatalista”.(51)

Los factores sociales determinantes de la salud dependen de la historia y se pueden definir en un sentido amplio como sigue:

- (a) los sistemas económico, político y jurídico, pasados y presentes, de una sociedad; sus recursos materiales y tecnológicos; y su adherencia a normas y prácticas compatibles con las normas y patrones internacionales sobre derechos humanos; y
- (b) sus relaciones políticas y económicas con otros países, puestas en práctica mediante interacciones entre gobiernos, organizaciones internacionales de carácter político y económico (por ej., las Naciones Unidas, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional), y organizaciones no gubernamentales.

Un término que aparece en la bibliografía sobre epidemiología social para resumir los factores sociales determinantes de la salud es “ambiente social”.(4, 7, 57) Con esta metáfora se hace referencia a ideas de “ambiente”, término que literalmente se refiere a “lo que nos rodea” y que en un principio se usó para designar el ambiente físico, incluidas la parte “natural” y la “edificada”. Tanto la expresión “ambiente social” como la metáfora afín “ecología social” plantean problemas porque pueden ocultar el papel de la intervención humana en la creación de las condiciones sociales que constituyen factores sociales determinantes de la salud.(1)

Desigualdad o inequidad sociales en salud y equidad social en salud

La expresión *desigualdades (o inequidades) en materia de salud* se refiere a las disparidades sanitarias de un país determinado y entre países que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias (es decir: que no son ni inevitables ni irremediables) y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de las estructuras sociales fundamentales y de las instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen.(21, 58, 59) De este modo, las desigualdades (o inequidades) sociales en materia de salud no son sinónimo de las “desigualdades sanitarias”, término que puede referirse a cualquier diferencia y no específicamente a las desigualdades injustas.(58, 59) Por ejemplo, las medidas recientemente propuestas de “desigualdades sanitarias” cuantifican deliberadamente las distribuciones de salud en las poblaciones sin hacer referencia a grupos sociales ni a desigualdades sociales en materia de salud.(59-62)

La expresión equidad social en materia de salud, por su parte, se refiere a la ausencia de disparidades sanitarias injustas entre los grupos sociales, tanto dentro de

un país como entre distintos países.(58) Promover la equidad y disminuir la inequidad exige no sólo un “proceso de igualación constante” sino también un “proceso de abolición o disminución de privilegios”.(51) De manera, pues, que la búsqueda de la igualdad social en el ámbito de la salud entraña la reducción de la carga excesiva que la mala salud impone a los grupos más dañados por las inequidades sociales en materia de salud, con lo cual se reducen al mínimo las desigualdades sociales en materia de salud y se mejoran los niveles promedio de la salud en general.(21)

Producción social de la enfermedad y economía política de la salud

Estos términos se refieren a marcos teóricos afines (si no es que idénticos) que abordan explícitamente determinantes económicos y políticos de la salud y de la distribución de las enfermedades en una sociedad en particular y entre distintas sociedades, con inclusión de las barreras estructurales que impiden que la gente lleve una vida sana.(1, 63-66) En consecuencia, estas teorías se concentran en las instituciones y las decisiones económicas y políticas que crean, imponen y perpetúan los privilegios económicos y sociales y las desigualdades, que conceptualizan como las causas básicas (o “fundamentales”(67)) de las desigualdades sociales en materia de salud. Aunque son compatibles con la teoría ecosocial de la distribución de las enfermedades, difieren en el sentido de que no buscan integrar sistemáticamente los conceptos biológicos en las explicaciones de las modalidades sociales de la salud.(1, 2)

Producción social del conocimiento científico

Se refiere a las formas en que las instituciones y las creencias sociales influyen en la captación, formación, ejercicio profesional y financiamiento de los hombres y mujeres de ciencia, con lo cual se configuran las preguntas que nosotros, como científicos, formulamos o dejamos de formular, los estudios que hacemos o dejamos de hacer, y las formas en que analizamos e interpretamos los datos, consideramos sus probables deficiencias y difundimos los resultados.(68-71)

Está bien comprobado que las ideas de los científicos son moldeadas, en parte, por las creencias sociales prevalecientes en su época.(3, 72-74) Con relación a la epidemiología social, hay un acervo considerable de bibliografía que demuestra el modo en que el conocimiento científico y, lo que es más importante aún, las propias personas han sido dañados por el racismo científico, el sexismo y otras ideologías semejantes, entre ellas la eugenesia, que justifica la discriminación y niega la importancia de entender y mejorar las desigualdades sociales en materia de salud.(6) Es muy revelador que, hasta el año 2000, de los aproximadamente 34.000 artículos indizados en Medline por la palabra clave “raza”, sólo 0,05% habían investigado explícitamente la discriminación racial como factor determinante de la salud de la población.(6)

Estrés

Es este un término que se usa ampliamente en las ciencias biológicas, físicas y sociales; corresponde a un concepto cuyo significado en la investigación sanitaria se

define de diversas maneras en relación con “acontecimientos estresantes, respuestas y valoraciones individuales de situaciones”.(75) Es común a estas definiciones “un interés en el proceso por el cual *las demandas ambientales abruma a un organismo o sobrepasan su capacidad de adaptación, lo que da por resultado cambios psicológicos o biológicos que pueden poner a la persona en riesgo de contraer enfermedades*” [las cursivas figuran en el original].(75) La “perspectiva del estrés ambiental” se centra en “las demandas, los factores o los acontecimientos del ambiente estresantes”;(75) la “perspectiva del estrés psicológico”, en “la percepción y evaluación por parte de un organismo del daño potencial que plantean las exposiciones ambientales objetivas”;(75) y la “perspectiva del estrés biológico”, en “la activación de los sistemas fisiológicos que reaccionan en particular a las demandas físicas y psicológicas”.(75) El hecho de que en la investigación de epidemiología social el estrés se conceptualice en relación con parámetros estructurales interpersonales, cognitivos o biológicos, y de que se utilice “ambiente” como un término o una metáfora que revela u oculta el papel de la intervención y la responsabilización humanas en la determinación de las distribuciones del “estrés”, depende de las teorías subyacentes acerca sobre distribución de enfermedades que guíen la investigación (véase “Teorías de la distribución de las enfermedades” y “Determinantes sociales de la salud”).

Teorías de la distribución de las enfermedades

Estas teorías pretenden explicar las modalidades actuales y en transición de las enfermedades en la población a lo largo del tiempo y el espacio y, en el caso de la epidemiología social, entre los grupos sociales (en un país determinado o entre distintos países a lo largo del tiempo).(1) Valiéndose, como cualquier teoría, (51, 71) de conjuntos de ideas afines cuya verosimilitud se puede poner a prueba mediante el pensamiento y la acción humanos, las teorías de la distribución de las enfermedades presumen que hay teorías de la causa de las enfermedades orientadas por mecanismos, aunque no pueden reducirse a dichas teorías.(1) La atención explícita a la teoría etiológica es esencial porque las observaciones comunes de desigualdades sociales en materia de salud no se traducen necesariamente en una comprensión idéntica de las causas.(1) Por ejemplo, el exceso de riesgo de contraer la infección por el VIH/SIDA de las mujeres negras se atribuye a la inequidad social según las teorías ecosocial y de la producción social de las enfermedades, pero las teorías biomédicas del modo de vida lo atribuyen a “comportamientos malos”.(1, 7)

Referencias

- (1) Krieger N. Emerging theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* (in press).
- (2) Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc Sci Med* 1994;39:887–903.
- (3) Krieger N. Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century. *Epidemiol Rev* 2000;11:155–63.
- (4) Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000.

- (5) Yankauer A. The relationship of fetal and infant mortality to residential segregation: an inquiry into social epidemiology. *Am Sociol Review* 1950;15:644–8.
- (6) Krieger N. Discrimination and health. In: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford:Oxford University Press, 2000:36–75.
- (7) Sydenstricker E. *Health and environment*. New York: McGraw-Hill, 1933.
- (8) Morris JN. *Uses of epidemiology*. Edinburgh: Livingstone, 1957.
- (9) Jary D, Jary J, eds. *Collins dictionary of sociology*. 2nd ed. Glasgow, UK: HarperCollins Publishers, 1995.
- (10) Marshall G, ed. *The concise Oxford dictionary of sociology*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- (11) Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: II. from black boxes to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* 1996;86:674–7.
- (12) McMichael AJ. Prisoners of the proximate: loosening the constraints on epidemiology in an age of change. *Am J Epidemiol* 1999;149:887–97.
- (13) Krieger N, Rowley DL, Herman AA, et al. Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. *Am J Prev Med* 1993;9 (suppl):82–122.
- (14) Fausto-Sterling A. *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books, 2000.
- (15) Essed P. *Diversity: gender, color, and culture*. Amherst, MA: University of Massachusetts, 1996.
- (16) Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health* 1997;51:106–9.
- (17) Kravdal O. Is the relationship between childbearing and cancer incidence due to biology or lifestyle? Examples of the importance of using data on men. *Int J Epidemiol* 1995; 4:477–84.
- (18) United Nations. Universal declaration of human rights. GA Res 217A(III), UN GAOR, Res 71, UN Doc A/810, 1948.
- (19) Gruskin S, Tarantola D. Health and human rights. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, et al, eds. *The Oxford textbook of public health*. 4th ed. New York: Oxford University Press (in press).
- (20) Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, et al, eds. *Health and human rights*. New York: Routledge, 1999.
- (21) UNDP 2000: United Nations Development Programme (UNDP). *Human development report 2000:Human rights and human development*. New York: Oxford University Press, 2000.
- (22) Boucher D, Kelly P, ed. *Social justice: from Hume to Walzer*. London: Routledge, 1998.
- (23) Krieger N, Birn A-E. A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the Spirit of 1848. *Am J Public Health* 1998;88:1603–6.
- (24) People's Health Assembly 2000. *People's charter for health*. Gonoshasthaya Kendra, Savar, Bangladesh December 4–8, 2000. At: <http://www.pha2000.org> [last accessed: 11 Feb 2001].
- (25) Kuh D, Ben Shlomo Y, eds. *A lifecourse approach to chronic disease epidemiology*.Oxford:Oxford University Press, 1997.

- (26) Davey Smith G, Gunnell D, Ben-Shlomo Y. Life-course approaches to socio-economic differentials in cause-specific adult mortality. In: Leon D, Walt G, eds. Poverty, inequality, and health: an international perspective. Oxford: Oxford University Press, 2001:88–124.
- (27) Barker DJP. Mothers, babies, and health in later life. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.
- (28) Blalock HM Jr. Contextual-effects models: theoretic and methodologic issues. *Annu Rev Sociol* 1984;10:353–72.
- (29) Bryk AS, Raudenbush SW. Hierarchical linear models: applications and data analysis methods. Newbury Park, CA: Sage, 1992.
- (30) Diez-Roux AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *Am J Public Health* 1998;88:216–22.
- (31) Macintyre S, Ellaway A. Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment. In: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000:332–48.
- (32) Spicker P. Definitions of poverty: eleven clusters of meaning. In: Gordon D, Spicker P, eds. *The international glossary on poverty*. London: Zed Books, 1999:150–62.
- (33) Gordon D, Spicker P, eds. *The international glossary on poverty*. London: Zed Books, 1999.
- (34) Townsend P. *The international analysis of poverty*. New York: Harvester/Wheatsheaf, 1993.
- (35) Shaw M, Dorling D, Davey Smith G. Poverty, social exclusion, and minorities. In: Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999:211–39.
- (36) Elstad JI. The psycho-social perspective on social inequalities in health. In: Bartley M, Blane D, Davey Smith G, eds. *The sociology of health inequalities*. Oxford: Blackwell, 1998: 39–58.
- (37) Kawachi I, Berkman L. Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000:174–90.
- (38) Wilkinson RG. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.
- (39) Lynch JW, Davey Smith G, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual incomes, psychological environment, or material conditions. *BM J* 2000;320:1200–4.
- (40) Kunitz SJ. Accounts of social capital: the mixed health effects of personal communities and voluntary groups. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality, and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001:159–74.
- (41) Essed P. *Understanding everyday racism: an interdisciplinary theory*. London: Sage, 1992.
- (42) Statistics Canada and US Bureau of the Census. *Challenges of measuring in an ethnic world: Science, politics, and reality*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1993.
- (43) Hobsbawm EJ. *Nations and nationalism since 1780: programme, myth, reality*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

- (44) Haynes MA, Smedley BD, eds. The unequal burden of cancer: an assessment of NIH research and programs for ethnic minorities and the medically underserved. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
- (45) Krieger N. Refiguring "race": epidemiology, racialized biology, and biological expressions of race relations. *Int J Health Services* 2000;30:211–16.
- (46) Williams DR. Race, socioeconomic status, and health. The added effects of racism and discrimination. *Ann NY Acad Sci* 1999;896:173–88.
- (47) Lillie-Blanton M, LaVeist T. Race/ethnicity, the social environment, and health. *Soc Sci Med* 1996;43:83–92.
- (48) Davey Smith G. Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position, and health in Britain and the United States. *Am J Public Health* 2000;90:1694–8.
- (49) Parker RG, Gagnon JH, eds. Conceiving sexuality: approaches to sex research in a post-modern world. New York: Routledge, 1995.
- (50) Miller AM. Sexual but not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights. *Health and Human Rights* 2000;4:68–109.
- (51) Williams R. *Keywords: a vocabulary of culture and society*. Revised ed. New York: Oxford University Press, 1983.
- (52) Kunitz SJ. *Disease and social diversity: the European impact on the health of non-Europeans*. New York: Oxford University Press, 1994.
- (53) Lin SS, Kelsey JL. Use of race and ethnicity in epidemiologic research: concepts, methodologic issues, and suggestions for research. *Epidemiol Rev* 2000;22:187–202.
- (54) Krieger N, Williams D, Moss N. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines. *Annu Rev Public Health* 1997;18:341–78.
- (55) Wright EO. *Class counts: comparative studies in class analysis*. New York: Cambridge University Press, 1997.
- (56) Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. In: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000:13–35.
- (57) Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- (58) Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Services* 1992;22:429–45.
- (59) Leon DA, Walt G, Gilson L. International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ* 2001;332:591–4.
- (60) Murray C, Gakidou EE, Frenk J. Health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bull WHO* 1999;77:537–43.
- (61) Murray CJL, Frenk J, Gadikou EE. Measuring health inequality: challenges and new directions. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality, and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001:194–216.
- (62) Braveman P, Krieger N, Lynch J. Health inequalities and social inequalities in health. *Bull WHO* 2000;78:232–4.
- (63) Doyal L. *The political economy of health*. London: Pluto Press, 1979 (1935).
- (64) Breilh J. *Epidemiologia, economia, medicina y politica*. 4th ed. Mexico City, Mexico: Distribuciones Fontamara, 1988.

- (65) Conrad P, Kern R, eds. The sociology of health and illness: critical perspectives. New York: St Martin's Press, 1981.
- (66) Navarro V. Crisis, health, and medicine: a social critique. New York: Tavistock, 1986.
- (67) Link BG, Phelan JC. Editorial: understanding sociodemographic differences in health—the role of fundamental social causes. *Am J Public Health* 1996;86:471–3.
- (68) Fleck L. Genesis and development of a scientific fact. Chicago: University of Chicago University Press, 1979.
- (69) Rose H, Rose S, eds. Ideology of/in the natural sciences. Cambridge, MA: Schenkman, 1979.
- (70) Haraway D. Primate visions: gender, race, and nature in the world of modern science. New York: Routledge, 1989.
- (71) Ziman JM. Real science: what it is, and what it means. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- (72) Fee E. Disease and discovery: a history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916–1936. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1987.
- (73) Rosenberg CD, Golden J, eds. Framing disease: studies in cultural history. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1992.
- (74) Porter D. Health, civilization, and the state: a history of public health from ancient to modern times. London: Routledge, 1999.
- (75) Cohen S, Kessler RC, Underwood L. Measuring stress: a guide for health and social scientists. New York: Oxford University Press, 1995.
- (76) Fee E, Krieger N. Understanding AIDS: historical interpretations and the limits of biomedical individualism. *Am J Public Health* 1993;83:1477–86.

Fuente: Este artículo fue publicado inicialmente en el *Journal of Epidemiology and Community Health* (*J Epidemiol Community Health* 2001;55:693-700). Se tradujo y reprodujo con permiso del British Medical Journal Publishing Group. La primera parte fue publicada en el [Boletín Epidemiológico 2002; 23\(1\):7-11](#)

* Este glosario fue publicado en el sitio web de la Organización Panamericana de la Salud en: <http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/bsindexs.htm>