

Los determinantes sociales de la salud y las enfermedades. Una panorámica introductoria

Social Determinants of Health and Disease. An Introductory Overview

MARCELINO LÓPEZ ÁLVAREZ

Psiquiatra y sociólogo. Miembro del Grupo de Trabajo sobre Determinantes Sociales de la AEN. ORCID iD: 0000-0001-5425-2594

Correspondencia: marcelino.lopezal@gmail.com

Recibido: 05/06/2023; aceptado con modificaciones: 11/11/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: El interés por el papel que determinados factores sociales juegan en el origen, evolución y posibilidades de atención de distintos problemas de salud mental es creciente, no solo en el ámbito profesional. Bajo la expresión “determinantes sociales”, disponemos de información que, desde la epidemiología y las ciencias sociales, permite una visión de conjunto complementaria de la perspectiva clínica, habitualmente integrada en la psicopatología mediante modelos de vulnerabilidad. Pero la información específica sobre problemas de salud mental se integra en un conjunto más amplio referido globalmente a la salud y sus problemas y es útil, antes de abordar lo específico, disponer al menos de una primera visión general. No solo porque, con su especificidad, los problemas

“de salud mental” son también “problemas de salud”, sino porque los factores sociales pertinentes son en ambos casos prácticamente los mismos. El artículo intenta resumir las líneas generales del estado actual de conocimientos teóricos y técnicos sobre determinantes sociales en el conjunto de problemas de salud, mediante una síntesis narrativa desde una revisión genérica del tema.

Palabras clave: determinantes sociales, desigualdades de salud, salud pública, epidemiología, ciencias sociales.

Abstract: The interest in the role that certain social factors play in the origin, evolution and possibilities of care of different mental health problems is growing, not only in the professional field. Under the expression "social determinants", we have information that, from epidemiology and social sciences, today allows a complementary overview of the clinical perspective, usually integrated into psychopathology through vulnerability models. But the specific information on mental health problems is integrated into a broader set of information about health and health problems and it is useful, before addressing the specifics, to have at least a minimal overview. Not only because "mental health" problems, with their specificity, are also "health problems", but because the relevant social factors are in both cases virtually the same. The article attempts to summarize the general lines of the current state of theoretical and technical knowledge on social determinants in the global set of health problems, through a narrative synthesis from a generic review on the subject.

Key words: social determinants, health inequalities, public health, epidemiology, social sciences.

En los últimos 30 años hay un reconocimiento creciente de que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las principales causas de las desigualdades en materia de salud, que se encuentran en todos los países, derivan de las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esas condiciones son habitualmente referidas como determinantes sociales de la salud, un término utilizado como abreviatura para abarcar los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales de la salud.

OMS, 2012 (1)

La persona individual representa el punto de contacto entre los agregados celulares y los sociales. Los determinantes de la salud deben en última instancia mostrar sus efectos sobre individuos concretos, pero sus orígenes pueden muy bien residir “encima” o “debajo” del nivel individual –por decir algo, el desempleo masivo o la predisposición genética–.

Evans y cols., 1996 (2)

PRESENTACIÓN

EL INTERÉS POR EL PAPEL que determinados factores sociales juegan en relación con la salud y la enfermedad de las personas está presente desde hace décadas, tanto en el campo de la sociología como en el de la salud pública (2-4). Que la frecuencia con que aparecen distintas enfermedades, su gravedad y en su caso la discapacidad y la mortalidad resultantes presentan gradientes claros en grupos de personas definidos por variables socioeconómicas (genero, educación, ingresos, jerarquías sociales y laborales, etc.) parece un hecho persistente (1,2,5), más allá de los cambios históricos en el tipo de patologías prevalentes, resumidos habitualmente como una “transición epidemiológica” (6) desde el predominio de enfermedades transmisibles al de patologías denominadas “crónicas”. Así, las personas enferman y mueren por distintas causas, pero el gradiente de desigualdad persiste pese a esos cambios (2,3).

Y ello afecta tanto a los aspectos más generales de los procesos de salud y enfermedad como a los más específicos de lo que denominamos, de manera no siempre precisa, “salud mental”, en referencia al campo de problemas y servicios de atención que, dentro del conjunto de problemas y servicios de salud, afectan fundamentalmente a aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales (4).

Y aunque sea precisamente este “sector” el objeto final de nuestro interés, es útil situar sus características dentro del campo global de la salud pública. Entre otras cosas porque, como veremos, los factores sociales relacionados con la salud mental son también los que afectan en general a la salud, tanto considerada globalmente como parcelada en “sectores” específicos de patología (5,7,8).

Hablamos de la preocupación por las desigualdades de salud en poblaciones humanas o, como señalaba el título de un libro “clásico” sobre el tema, de *por qué alguna gente está sana y otra no* (2). Y parece que muchos de los factores explicativos de esas desigualdades están, precisamente, en los contextos sociales en que vivimos.

La investigación sobre estos temas surge tanto del campo de las ciencias sociales, especialmente de la sociología (3,9), como del sanitario, y, dentro de este, de la epidemiología, también aquí tanto en general como en la específicamente dedicada a problemas de salud mental. Y, aunque su estudio parece justificar una “subespecialidad” propia, la denominada “epidemiología social” (10-12), cabe considerar redundante el apellido, entendiendo globalmente la disciplina como una ciencia social, parte de la ecología humana que estudia la distribución de problemas de salud en las poblaciones de nuestra especie, incluyendo la manera en que estas tratan de controlarlos (4,13).

En conjunto, la epidemiología, con y sin apellido, reúne hoy una serie de informaciones, de diversa entidad y consistencia, que indican una importante relación entre distintos tipos de factores macro y micro sociales y distintos estados de salud

y enfermedad (10). Y su interés es múltiple, especialmente en tres ámbitos o ejes diferenciados (4):

- a) El papel etiológico de las variables sociales identificadas para distintos problemas de salud, lo que, en el caso de los de salud mental, afecta a nuestra siempre problemática psicopatología (4).
- b) La importancia de esa información para el desarrollo de intervenciones preventivas, dentro del campo de la salud pública.
- c) Y también la relevancia de esos temas para la propia intervención clínica personalizada (14).

Resumido ahora con la expresión habitual “determinantes sociales de la salud”, incluye así el efecto de variables relativas a la vida social sobre esa compleja condición personal que llamamos “salud”. Aunque, dada la relativa imprecisión de esa genérica “salud”, lo habitualmente estudiado es su repercusión sobre sus problemas, empezando por la más fácilmente medible: la mortalidad. E incluyendo, claro, sus repercusiones sobre las dimensiones psicosociales de la salud (“salud mental”) y su papel como factores determinantes de patologías mentales concretas.

Encontramos, así, información relevante, tanto para entender la naturaleza de los problemas de salud y “salud mental” como para establecer estrategias de intervención, especialmente de carácter preventivo.

Hay, al respecto, un importante volumen de información acumulada desde hace décadas (15), incluyendo numerosos trabajos concretos sobre diferentes factores y enfermedades y un número igualmente importante de revisiones más o menos sistemáticas. Del considerable número de estas últimas, localizadas en los últimos 15 años en PubMed y Google Scholar, se seleccionaron las que se consideraron más útiles por su globalidad, consistencia y potenciales repercusiones¹. Y de ellas parte la síntesis que sigue.

Aunque el interés final sean los problemas de salud mental, parece útil partir de la información más general, relativa al conjunto de problemas de salud, y ese es el objeto específico del artículo. De hecho, el tipo de factores identificados y los mecanismos subyacentes de carácter general propuestos son similares en ambos casos, reforzando la consideración de los problemas de salud mental como parte,

¹ Con los límites mencionados (últimos 15 años y artículos de revisión), la búsqueda se realizó combinando, por un lado, los términos “determinantes”, “variables”, “factores” y “desigualdades” (en castellano y en inglés), seguidos siempre del apellido “sociales” y, por otro, “salud”, “enfermedades”, “problemas de salud”, “mortalidad” y “morbilidad”. A partir de los resúmenes incluidos se seleccionaron inicialmente aquellos de carácter más general, eliminando por tanto los relativos a patologías o problemas específicos (salvo los genéricos de salud mental), reteniendo finalmente aquellos textos que contaban con más de tres referencias cruzadas. Se trabajó finalmente con 143 textos de los que solo una parte (74) se mencionan en la redacción final. Además, hemos incluido otros textos de periodos anteriores que se señalan habitualmente como importantes.

diferenciada pero integrable, del conjunto de problemas de salud (4). Y, aunque en el caso de aquellos debamos tener en cuenta también significativas especificidades, especialmente en lo referido a los pasos finales de la relación (16), merece la pena tener una primera visión general.

UNA LLAMADA DE ATENCIÓN SOBRE ALGUNOS ASPECTOS METODOLÓGICOS

Pero, antes de entrar “en materia”, hay algunas consideraciones previas de carácter metodológico que pueden ayudarnos a valorar críticamente la información. De hecho, aunque la información acumulada es consistente y pocos discuten ya su pertinencia, buena parte de ella no está exenta de problemas relevantes (17), básicamente relacionados con aspectos metodológicos. Y parece prudente tenerlo en cuenta al valorar el contenido de algunos estudios.

Así, frecuentemente, las conclusiones se basan en correlaciones estadísticas entre variables sociales y problemas de salud, desde estudios observacionales habitualmente de carácter transversal (es decir, simultáneos en el tiempo) y ocasionalmente poblacionales (sin base informativa individual); con riesgo, en este último caso, de incurrir en la dominada “falacia ecológica”, suponiendo erróneamente que una correlación estadística a nivel poblacional (entre prevalencias de factores y problemas de salud) refleja su interacción real en las personas (18).

El procedimiento general es desgraciadamente habitual en ciencias sociales (4,19) y en epidemiología (13,20), con problemas en cada uno de los tres elementos implicados:

- a) El de las variables sociales identificadas, cuya diversidad entre estudios y sus frecuentes problemas de definición conceptual y operativa (21) generan confusión y no facilitan valorar su articulación e importancia relativa para una posible explicación causal. Pensemos, por ejemplo, en la diversidad de variables que pueden tenerse en cuenta para describir la “posición socioeconómica” (22,23) y, más concretamente aún, las múltiples y enfrentadas definiciones de “clase social” (24,25).
- b) El de los problemas de salud, tanto en general como, especialmente, de salud mental, aquejados también de problemas de definición y de elección de variables e indicadores. Así, las dificultades de encontrar una definición operativa del concepto “salud” (4) centran muchos estudios en la mortalidad o en problemas concretos, no siempre representativos. En nuestro caso, en salud mental, con variables aún más imprecisas, constreñidas por las clasificaciones psicopatológicas habituales, también diversas y de fiabilidad y validez cuando menos discutibles (4).

c) Y, finalmente, los de la propia metodología utilizada, que, pese a la complejidad de procedimientos para tratar de establecer relaciones causales (26,27), además de basarse frecuentemente en estudios transversales, sigue utilizando habitualmente meras correlaciones estadísticas, insuficientes para asegurar por sí mismas relaciones de causalidad. De hecho, una correlación, independientemente de su magnitud numérica y su significatividad estadística, puede ser un efecto circunstancial o dependiente de otros factores, conocidos o desconocidos, pero no directamente incluidos en la cadena causal del fenómeno de salud estudiado (28). Así, además de encontrar una correlación, una explicación científica necesita poder especificar los mecanismos de acción subyacentes (4,29,30); lo que, desgraciadamente, no siempre encontramos en gran parte de los trabajos publicados.

Por eso hay que valorar críticamente cada estudio concreto, dando más peso a los que, además del correspondiente tratamiento estadístico, incorporan modelos y mecanismos explicativos, se basan en diseños longitudinales (es decir, que sitúen temporalmente la intervención del factor y la aparición de la situación de salud objeto de estudio) y parten de información individual como base para los datos poblacionales agregados.

QUÉ DICE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE

Aunque no todos los estudios reúnen esas condiciones, algunos sí lo hacen y hay muchos otros que, sin reunirlos plenamente, van en idéntica dirección, añadiendo “peso” a los datos acumulados. Intentando resumir la situación veamos, primero, algunos trabajos históricos de referencia y los aspectos básicos de la información acumulada, pasando posteriormente a los modelos explicativos y a las líneas de actuación propuestas para enfrentarse al tema.

1) Algunos trabajos históricos de referencia

Dentro de la información disponible merece la pena contemplar primero algunos trabajos que suelen considerarse especialmente relevantes, por su impacto en la apertura y consolidación del campo.

a) Una primera referencia son los estudios de demografía histórica de Thomas McKeown, epidemiólogo inglés que desde mediados del pasado siglo relacionó, en su país, el crecimiento de la población a finales del siglo XIX con la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, y esta, a su vez, con la mejora de las condiciones de vida de la población y no tanto con

mejoras en la salud pública o la atención médica (31). Estudiando la evolución de la mortalidad por tuberculosis encontró una reducción progresiva y consistente de la mortalidad, anterior a la aparición de medidas médicas eficaces (antibióticos y vacunas) y secundaria, según él, a la mejora de la alimentación y las condiciones de vida de la población. Aunque mostró también un descenso adicional de la curva de mortalidad tras la introducción de las primeras, situando su papel como no exclusivo ni prioritario, pero tampoco inexistente.

Pese a que algunas de sus conclusiones fueron objeto de controversia (el papel de la evolución de la natalidad y no solo de la disminución de la mortalidad en el crecimiento de la población, la dificultad de separar la mortalidad por tuberculosis de la de otras enfermedades infecciosas más sensibles a medidas de salud pública o el papel de las conductas individuales) (32-34), nadie discute hoy su valoración de la importancia de las condiciones sociales y la relatividad del papel de las intervenciones sanitarias (33).

- b) El informe “Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses”, presentado en 1971 por su ministro de Salud Marc Lalonde (35,36), supuso una importante aportación, ordenando en un primer esquema la contribución de distintos factores determinantes de la salud. El conocido como “informe Lalonde” consideraba la salud desde la interacción de cuatro grandes bloques de factores (medio ambiente, estilos de vida, biología humana y sistemas sanitarios), entre los cuales el último consumiría habitualmente una parte de los recursos sociales muy superior a su contribución real a los niveles poblacionales de salud.

Cabe cuestionar algunas simplificaciones y posibles errores en la base cuantitativa del informe (37). Y también la posterior evolución del modelo hacia estrategias de salud pública orientadas al enfoque individual y la educación sanitaria, desde una valoración de la responsabilidad personal sobre la salud que entiende los “estilos de vida” solo como conductas individualmente elegidas (2). Pero su mérito histórico fue ordenar la información en un primer esquema orientativo, como base para estrategias de salud pública, más allá de las intervenciones sanitarias específicas.

- c) Una contribución especialmente importante son los estudios sobre mortalidad y morbilidad en funcionarios públicos ingleses, coordinados por el también epidemiólogo Michael Marmot, desde la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Conocidos por el nombre del complejo administrativo donde trabajaban los funcionarios (“Whitehall”), sus estudios devendrían un punto de referencia en salud pública, enriqueciendo y complejizando la percepción de las desigualdades de salud y sus determinantes sociales.

El estudio Whitehall I, iniciado en 1967 (38), examinó a 17.530 funcionarios varones durante diez años, descubriendo una fuerte correlación inversa entre el “grado” de empleo y la mortalidad, especialmente para las enfermedades coronarias. Cuanto más avanzado se estaba en la jerarquía laboral, más tiempo se podía esperar vivir en comparación con personas situadas en niveles más bajos. Así, los funcionarios menos cualificados (mensajeros, porteros, etc.) tenían una mortalidad por enfermedades coronarias 3,6 veces mayor que los directores, que ocupaban los puestos más altos. Y esas diferencias persistían incluso ajustando los resultados por los factores de riesgo habituales, como la obesidad y el sedentarismo.

Y posteriormente, desde 1985, el estudio Whitehall II (39) profundizó estos resultados en una nueva cohorte de 10.308 personas (con un 30 % de mujeres), observando un gradiente similar de morbilidad y mortalidad, con mayores problemas asociados a posiciones más bajas en la jerarquía y con algunas diferencias de género (mayor mortalidad en hombres y variaciones en diversos tipos de problemas).

Las características del estudio son importantes: longitudinal (de cohortes), con información individual de varios miles de personas, que comparten unas condiciones laborales más homogéneas, diferenciados básicamente por su situación en el escalafón laboral y con menores diferencias en su posible exposición a riesgos laborales físicos o a la precariedad económica.

En conjunto, los estudios revelaron un gradiente social, claramente relacionado con esas diferencias de estatus, para una variedad de problemas: trastornos cardíacos, pulmonares crónicos y gastrointestinales, algunos cánceres, depresión, suicidio, dolor de espalda, absentismo por enfermedad y sentimientos subjetivos de mala salud.

Michael Marmot propone además una explicación del complejo mecanismo que transformaría esa situación social en patología concreta. Para él, un entorno laboral de alta presión, con poco control sobre las tareas y pocos recursos para gestionar las demandas del trabajo (característicos de las posiciones inferiores de la jerarquía laboral), generaría una situación de estrés más alta y sostenida (incluso más allá de la jornada laboral) que la de directores y ejecutivos, con entornos laborales muy distintos y mayores posibilidades de apoyo social. Y sería ese estrés sostenido el que, aumentando la producción de cortisol, reduciría la eficacia del sistema inmunitario y elevaría el riesgo de enfermedades, especialmente cardiovasculares. Merece la pena destacar que la variable inicial (la situación en la escala jerárquica) hace referencia no tanto a condiciones “materiales”, sino a algo más psicológico o psicosocial, incluyendo la valoración personal de la situación con implicaciones en la

autoestima y la satisfacción. Algo que manifiestan también estudios posteriores sobre riesgos psicosociales del trabajo, desde los modelos alternativos o complementarios de “demanda-control-apoyo social” de Robert Karasek (40) y de “balance esfuerzo-recompensa” de Johannes Siegrist (41). Ambos identifican características psicosociales del puesto de trabajo relacionados con diferentes problemas de salud (42).

- d) Y, finalmente (en esta perspectiva histórica), encontramos los trabajos de la Organización Mundial de la Salud que dan carta de naturaleza “oficial” al tema, tanto en la consideración teórica de los factores determinantes de las condiciones de salud como en las estrategias de intervención para controlarlos.

Así, en 2005, la OMS constituye formalmente una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuya coordinación encarga precisamente a Michael Marmot. Y el resultado, tras varios años de trabajo de un importante conjunto de expertos y expertas internacionales, es el informe “Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud” (43), presentado en 2008. El informe ofrece una visión global del tema, incluyendo una recopilación crítica de la información disponible, un modelo general explicativo de las complejas interacciones entre variables sociales y problemas de salud, y un conjunto de recomendaciones para orientar las intervenciones públicas. Siempre con una perspectiva no tanto de atención individual sino plenamente de salud pública (43,44). El documento, que recibió una valoración muy positiva, no exenta de algunas críticas parciales por parte de sectores progresistas (45), presenta distintos aspectos de interés, como veremos posteriormente, más allá de esta presentación histórica.

Globalmente, la importancia de estos estudios parece clara. Los dos primeros sitúan críticamente la contribución de los sistemas e intervenciones sanitarias dentro del más amplio espectro de determinantes de la salud, enfatizando precisamente los sociales, en sentido amplio. Aspectos estos a los que el segundo añade un primer esquema de referencia del conjunto de factores que influyen en la salud de individuos y poblaciones, subrayando la contradicción habitual de las políticas sanitarias públicas que privilegian la inversión en recursos sanitarios y no en intervenciones más sistémicas, aunque este segundo aspecto se difumina algo en algunos desarrollos posteriores del modelo (2). El tercero introduce el papel de variables específicas que, como la jerarquía en el trabajo y más en general los aspectos de la organización laboral y social, van más allá del estatus socioeconómico o del nivel de ingresos, incluyendo dimensiones claramente psicológicas y psicosociales (46). Además, señala la necesidad de combinar información epidemiológica y biológica para entender el

complejo fenómeno de la salud y sus problemas. Y el cuarto abre la vía para una global intervención de salud pública, desde modelos explicativos concretos que enfocan niveles poblacionales, por encima del estrictamente individual.

Consideraciones generales estas que, por otro lado, se aplican igualmente a la salud mental. Aunque no es el objeto central de este artículo, también aquí los determinantes sociales parecen jugar un papel que sobrepasa las intervenciones estrictas de los servicios sanitarios, dentro de una compleja red biopsicosocial de factores de riesgo, que, aunque actúan a nivel individual, dependen de variables macrosociales, con componentes sociopolíticos y socioeconómicos (4,5). Coincidiendo, por otro lado, con los modelos de “vulnerabilidad-estrés-habilidades de manejo”, desde la sociología (47) y la epidemiología. Y tanto en relación con trastornos mentales comunes (TMC) (48,49) como con trastornos mentales graves (TMG) (4,50).

2) Un resumen ordenado basado en algunas revisiones generales

Los trabajos mencionados delimitan así un campo repleto de datos, con líneas de análisis y propuestas de intervención al menos “teóricamente” razonables. Otra cosa es que sean factibles en coyunturas históricas concretas, especialmente cuando implican estructuras socioeconómicas y políticas más generales.

Dado el carácter general e introductorio del artículo, veremos ahora un breve resumen de esos aspectos, señalando en cada caso algunas referencias que permiten ampliar la perspectiva.

La conclusión general es la del informe de la OMS (43): “en todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud”. Y esa conclusión es apoyada en numerosas revisiones, de las que a su vez se “revisan” aquí sumariamente algunas que resultan especialmente útiles (15,43,51-55). Y que, más allá de inevitables diferencias de matiz, coinciden básicamente en la información aportada y en el enfoque global de la situación (15).

- a) Un primer bloque de información refiere la asociación entre variables sociales “clásicas” y problemas de salud. Encontramos revisiones referidas a género (56), etnicidad (57), estatus social (58,59), nivel de ingresos (60), situación laboral (42), nivel educativo (61), redes sociales o “capital social” (62), por un lado. Y, por otro, distintos problemas de salud, de los que los más estudiados son, además de la mortalidad general, algunas patologías concretas como las cardiovasculares (63,64) o, en salud mental, los TMC (5,8,51,65,66). Y, aunque en menor medida, la discapacidad (67).
- b) Otro bloque recoge similar relación entre esas variables y determinados factores sociales concretos considerados “de riesgo”. Encontramos aquí distin-

tas conductas individuales situadas dentro de la cadena causal de distintas enfermedades (18,68), pero también datos sobre la desigual distribución de la disponibilidad de mecanismos y recursos de protección social y sanitaria: dinero, conocimiento, poder, prestigio, conexiones sociales y acceso a los servicios (3,69).

- c) Y, finalmente, un último bloque menciona la relación, más allá de variables sociales “próximas”, con lo que cabe considerar como condicionantes “macro” de esa distribución desigual: los sistemas sociales, la política, la economía o la estructura de servicios de la población (1,70-73).

En conjunto, ampliando la conclusión de la OMS, encontramos distintos gradientes en la distribución de diversos problemas de salud en relación con variables sociales como el género, la situación social (en sentido amplio y medida con diferentes indicadores), el nivel educativo o la posición en la jerarquía laboral. Y, más allá de ellos, con algunas variables más “macro” como los sistemas políticos y económicos, la organización del trabajo o la de los sistemas de atención sanitaria y social. Y que, además, esas distintas categorías de factores interactúan entre sí de formas complejas y variables según distintos tipos de problemas (74-77).

De la inevitable diversidad de informaciones, resultado de la variedad de objetivos concretos de los estudios, parece importante tratar de diferenciar:

- a) Los datos más generales y los referidos a problemas concretos, como serían, en nuestro caso, los de salud mental.
- b) Los referidos a factores que determinan desigualdades entre grupos de personas (países, localidades o grupos sociales concretos) y los que afectan más directamente a la salud y sus problemas en las personas que componen esos grupos.
- c) Y los factores que actúan a largo plazo (desde antes de aparecer el trastorno, potencialmente modificables con medidas preventivas) y los determinantes de episodios concretos (potencialmente vulnerables a la intervención personalizada). Destacando aquí la perspectiva evolutiva (“curso de vida”) (78), especialmente referida a la infancia (79), periodo determinante de muchos futuros problemas, tanto en general como en salud mental (8,80).

HACIA UN MODELO EXPLICATIVO

El siguiente paso es articular esa variada información en un modelo general, que permita entender las conexiones entre las variables y valorar posibles relaciones causales, dando plausibilidad al esquema y sirviendo de base para las estrategias de intervención. Y para ello es importante considerar la complejidad de factores y vías de

interacción, hasta su efecto final sobre el cuerpo humano, contemplando la perspectiva temporal. Aspectos ambos que refleja bien la propuesta de Nancy Krieger bajo el término “*embodiment*” (“corporeización”), dentro de su enfoque “ecosocial” (12, 81).

Sobre la articulación entre variables sociales y condiciones de salud de personas y poblaciones, la OMS (43,44) presentó un esquema que, pese al tiempo transcurrido y a algunas críticas que luego veremos, sigue considerándose generalmente como útil (55), al menos como primera aproximación general (Cuadro 1). El modelo propone una relación causal plausible entre variables “macro” y “micro”, así como entre factores sociales, conductuales y “biológicos”. Porque, aunque nuestro interés son los determinantes sociales, sabemos que su contribución es solo parcial, dentro de la compleja cadena causal (“biopsicosocial”) de la salud (2,55).

Partiendo del esquema, aunque con alguna modificación terminológica, podemos contemplar una cadena con al menos cuatro “niveles” o eslabones sucesivos:

1. Unos determinantes estructurales de carácter “macro”, “causas de las causas” o “determinantes de las desigualdades en salud”: el sistema económico, la política, la cultura...
2. Otros que podemos considerar intermedios (aunque el esquema los sitúa como un “segundo nivel” entre los estructurales), resumidos bajo el paraguas de la estratificación o “posición social” y sus distintos indicadores (dinero, educación, género, poder...).
3. Los factores de riesgo más específicos que intervienen sobre las personas concretas (que son los que el esquema califica de intermedios): medios materiales, conductas, relaciones sociales...
4. Y los mecanismos fisiopatológicos “internos” que transforman el efecto de estos últimos en problemas específicos de salud (en gran parte relacionados con el estrés).

Además de dos sistemas de protección: las relaciones sociales, señaladas en el esquema como “capital social” y los sistemas de atención sanitaria y social (44).

Y es sobre ese conjunto complejo y articulado sobre el que deben articularse a su vez las estrategias y actuaciones concretas (44), con fines preventivos y de atención.

Hay otros modelos, complementarios o alternativos, como son, por ejemplo, el de Paula Braveman (69) con un esquema más simple que agrupa los factores más directamente intervinientes (oportunidades y recursos socioeconómicos, condiciones de vida y trabajo, atención sanitaria y conducta personal). O los que, como el presentado en el texto ya citado (2) o el también referido de Krieger (12, 81), tratan de incorporar la dimensión longitudinal del ciclo de vida. Y también el enfoque sociológico de las “causas fundamentales”, presentado en 1995 por Bruce Link y Jo Phelan (82), recientemente revisado (83) y potencialmente actualizado (84), que

enfatisa el papel de los determinantes estructurales sobre la disponibilidad diferencial de posibles y variados recursos protectores. Pero el esquema de la OMS parece razonablemente útil, al menos como primera visión de conjunto.

Finalmente, deberíamos considerar los mecanismos que, al menos potencialmente, relacionan, a lo largo de la cadena, este conjunto de factores entre sí y con la salud y la enfermedad de las personas concretas (44,85,86). En concreto, necesitaríamos explicar:

- a) El paso desde las condiciones “macro” (sistema económico y dinámicas políticas y sociales) a la existencia de grupos o “estratos” con diferentes condiciones sociales, algunos de ellos claramente desfavorables. Tarea “clásica” de la sociología, condicionada por las contradicciones teóricas y metodológicas de sus explicaciones sobre estratificación social (87).
- b) El efecto de esas condiciones grupales desfavorables, por un lado, sobre pautas concretas de comportamiento o hábitos de salud inadecuados (38), y por otro, sobre el acceso diferencial a prestaciones sanitarias y sociales, que pueden, si no “solucionar” el problema, funcionar al menos como factores de protección (3,54,83). Además del efecto directo de algunos factores ambientales, socialmente determinados (alimentación, higiene, entorno residencial y laboral, etc.). Tarea compartida entre las ciencias sociales y la epidemiología.
- c) El efecto que dichos factores de riesgo pueden tener, a su vez, sobre la fisiopatología personal, afectando incluso a la genética (88,89) pero, habitualmente, a través de la interacción del estrés (90) y posibles mecanismos de protección como el apoyo social (91).

Y sin olvidar la posibilidad, alternativa o complementaria, de una ocasional “causalidad inversa” (“selección social”) (44), es decir, que una deficiente situación de salud (por una enfermedad o por una mayor vulnerabilidad ante las enfermedades) conduzca a situaciones socialmente desfavorecidas, invirtiendo o complementando la presunta causalidad directa entre condiciones sociales y salud.

Aunque hay informaciones crecientes estamos lejos de disponer de un conocimiento completo de esos complejos procesos, que pueden, además, variar en su relación con distintos problemas.

UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN COMPLEJA

Esa complejidad debe reflejarse en las estrategias de intervención que buscan mejorar la situación (3,44,76,85,92). Como vimos, hay una cadena, con distintos eslabones o niveles, que lleva desde las variables sociales “macro” hasta distintas

consecuencias negativas sobre la salud de grupos y personas concretas. Y cualquier intento de disminuir esas consecuencias debe enfocar articulada y secuencialmente un conjunto de intervenciones sobre esos distintos eslabones (54).

Sin ser completa, la información disponible permite plantear claramente algunas líneas de actuación. Eso pretendió, a nivel global, la OMS asumiendo el informe final de la Comisión sobre determinantes sociales con el ambicioso y probablemente utópico título de “subsana las desigualdades en una generación”. Objetivo que, desgraciadamente, no parece estar cumpliéndose, ni en general (93) ni en el ámbito de la salud (94). Esa es probablemente la crítica más asumible del informe, como afirmaba un artículo de sugestivo subtítulo (“¿Diez años después, una historia de una piedra que se hunde o de una promesa aún no realizada?”): “en algunos aspectos, el informe se ha hundido como una piedra; produjo ondas en la superficie del estanque en el que fue lanzado (...), pero no la erosión de la costa del estanque que algunos de nosotros esperábamos” (94). Pero, más allá de las valoraciones críticas (16,47,94), parece razonable que la lucha contra esas desigualdades trate de interrumpir o modificar la cadena, actuando sobre sus eslabones claramente identificados. Lo cual no siempre es fácil:

1. En primer lugar, intervenir sobre los determinantes estructurales plantea dificultades “conceptuales” y operativas. Entre las primeras, las derivadas de la inevitable carga ideológica que implica proponer modificaciones a nuestros sistemas sociales, cuyo funcionamiento económico (“capitalismo”) y dinámicas políticas (las “democracias realmente existentes”) están en la base de las desigualdades sociales referidas. Dado que hasta ahora la especie humana no parece haber sido capaz de encontrar alternativas razonables al capitalismo (que funcionen económicamente, permitan niveles de igualdad y bienestar del conjunto de la población y mantengan políticas democráticas), ni de solucionar las imperfecciones de nuestras democracias, la alternativa habitualmente identificada suele referirse a los llamados “sistemas de bienestar” (“*welfare systems*”) (75). Aunque estos tampoco están libres de crítica en lo operativo, como muestran los debates sobre los países nórdicos y las desigualdades persistentes (75,95). Así, pese a lo fundado de los planteamientos, no parece que hasta ahora se haya podido superar el problema, más allá de algunas iniciativas parciales (96).
2. El siguiente “eslabón”, derivado del anterior, engloba el conjunto de factores sociales o psicosociales (roles de género, situación social, situación en el empleo, facilidad de acceso a servicios sanitarios y sociales, posibilidades de relación social, etc.) que generan grupos de personas desigualmente afectadas por los problemas de salud. Y, desgraciadamente, las posibilidades de cambiar gran parte de estos factores dependen en buena medida de

las de cambiar los anteriores, aunque hay datos interesantes sobre intervenciones concretas en entornos residenciales o laborales (97).

3. Más “abajo” en la cadena causal encontramos factores de riesgo que actúan directamente sobre las personas, cuya distribución desigual depende de los escalones anteriores, pero que dejan algún margen de actuación, habitualmente enfocado de manera preferente por las políticas sanitarias y sociales públicas, con el clásico debate de la salud pública sobre la utilidad y el riesgo de delimitar “grupos de riesgo” o intervenir sobre el conjunto de la población (98,99). Algunos ejemplos son el abordaje de conductas individuales (“estilos de vida”) mediante educación sanitaria o la intervención en entornos laborales. Pero también la mejora del acceso a mecanismos de protección, como los servicios sanitarios y sociales o las redes sociales disponibles en cada sociedad concreta. El trabajo en estos ámbitos es importante, pese a sus límites, condicionados por la persistencia de los anteriores (3).
4. Y, finalmente, en el nivel de las personas concretas, entramos en el campo de la intervención sanitaria y social, que, aunque también limitada en sus posibilidades por los niveles previos, permite tratar de contrarrestar algunos de sus efectos (100,101), así como actuar en entornos pequeños, especialmente valorados por la cercanía y posibilidad de cooperación intersectorial concreta (102). Además de ser “caja de resonancia” sobre el tema, con capacidad de generar opinión y movilización social. Aspectos que nos afectan también a los profesionales de salud mental (103).

EL TRABAJO PENDIENTE

Como conclusión provisional cabe decir que sabemos suficientes cosas sobre los determinantes sociales de la salud como para estar convencidos de la necesidad de actuar en este terreno y no solo ni fundamentalmente desde la atención sanitaria. La riqueza y diversidad de la información, sobre distintos factores de ámbito social y psicosocial, sobre su articulación e incluso sus posibles mecanismos de acción, son crecientes. Y de todo ello se derivan razonables vías de intervención en distintos niveles de la compleja “cadena causal” (96, 97).

Pero el balance sigue siendo discutible, insuficiente y contradictorio en muchos de esos aspectos, lo que deja espacio para un conjunto de líneas de trabajo, necesitadas aún de importantes desarrollos (19,104-106). Cabe reiterar una vez más la aplicabilidad de estos aspectos no solo al conjunto de problemas de salud, sino también, con sus especificidades, a los más concretos de salud mental. Necesitamos así profundizar:

- a) En el conocimiento de los temas, pues siguen haciendo falta investigaciones metodológicamente rigurosas sobre los factores realmente intervinientes, desde el nivel más global al de la compleja biología humana (entendiendo la “biología” de la especie humana de manera biopsicosocial y no reduccionista). Incluyendo nuevos procesos, unos generales como el de la creciente globalización y sus efectos (107); y otros más concretos, en las realidades nacionales y locales en que nos movemos (108). Aunque el esquema de la OMS es habitualmente asumido, necesita a este respecto ampliar la perspectiva con los nuevos conocimientos adquiridos.
- b) En la metodología, desarrollando y refinando nuestros instrumentos de investigación en los ámbitos sociales y epidemiológicos (109), incluyendo el empleo de técnicas estadísticas más precisas (27).
- c) En la elaboración de los mecanismos explicativos, en general y sobre los distintos tipos de problemas de salud que encontramos (en nuestro caso los de “salud mental” (103)). Especialmente, en las “fases finales” de la interacción, es decir, en la medida en que esos factores se “corporeizan” o “encarnan”.
- d) En el desarrollo y aplicación de posibles intervenciones, basadas en el conocimiento científico y tecnológico, de ahí la importancia de su rigurosa evaluación. Pero también en el consenso y la participación social, más allá de la igualmente necesaria intersectorialidad (110).
- e) En la razonable extensión de las coberturas sanitarias y sociales, efectivas, sostenibles financieramente y superando los reduccionismos todavía habituales en ambos sistemas.
- f) Y en la implicación consciente del personal de esos servicios, que debemos ser capaces de ampliar nuestra visión clínica para identificar las raíces de los problemas, de tratar, al menos, de paliar sus efectos evitando vías inútiles y de actuar como “sensibilizadores sociales” en el tema. Lo que implica, a su vez, políticas educativas adecuadas en los currículos profesionales habituales (111).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) World Health Organization. World conference on social determinants of health: meeting report. Rio de Janeiro, Brazil, 19-21 October 2011. Geneva: WHO, 2012.
- (2) Evans RG, Barer ML, Marmor TR. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones. Madrid: Díaz de Santos, 1996.
- (3) Phelan JC, Link BG, Thranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav.* 2010; 51(S): S28–S40.

- (4) López M. Mirando atrás para seguir avanzando. Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental. Barcelona: Herder, 2021.
- (5) Alegría M, NeMoyer A, Falgas I, Wang Y, Álvarez C. Social determinants of mental health: where we are and where we need to go. *Curr Psychiatry Rep.* 2019; 20(11): 1-13.
- (6) Omran AR. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly.* 1971; 49(4): 509-538.
- (7) Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P et al. Social determinants of mental disorders and the sustainable development goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry.* 2018; 5(4): 357-369.
- (8) World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: WHO, 2014.
- (9) Freese J, Lutfey K. Fundamental causality: challenges of an animating concept for medical sociology. En: Pescosolido B, Martin J, McLeodJ, Rogers A. *Handbook of the sociology of health, illness, and healing: a blueprint for the 21st century.* New York: Springer, 2011; pp. 67-81
- (10) Berkman LF, Kawachi I (ed.). *Social epidemiology.* New York: Oxford University Press, 2000.
- (11) Estany A, Puyol A (eds.) *Filosofía de la epidemiología social.* Madrid: Plaza y Valdés Editores, 2016.
- (12) Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol.* 2001; 30: 668-677.
- (13) Porta M. Si la epidemiología social existe es integrativa. En: Estany A, Puyol A (eds.) *Filosofía de la epidemiología social.* Madrid: Plaza y Valdés Editores, 2016; pp. 17-39.
- (14) Jenicek M. *Epidemiología. La lógica de la medicina moderna.* Barcelona: Mason, 1996.
- (15) Lucyk K, McLaren L. Taking stock of the social determinants of health: A scoping review. *PLoS ONE* 2017; 12(5): e0177306.
- (16) Handerer F, Kinderman P, Shafti M, Tai S. A Scoping review and narrative synthesis comparing the constructs of social determinants of health and social determinants of mental health: matryoshka or two independent constructs? *Front Psychiatry.* 2022; 13, 848556.
- (17) Frank J, Abel T, Campostrini S, Cook S, Lin VK, McQueen DV. The social determinants of health. Time to re-think? *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(6): 5856.
- (18) Gottlieb LM, Francis DE, Beck AF. Uses and misuses of patient and neighborhood-level social determinants of health data. *Perm J.* 2018; 22: 18-078.
- (19) Lizón A. Estadística y causalidad en la sociología empírica del XX. *Papers* 2006; 80:223-235.
- (20) Muntaner C. Invited commentary: On the future of social epidemiology—A case for scientific realism. *Am J Epidemiol.* 2013; 178(6): 852-857.
- (21) McQueen D. Three challenges for the social determinants of health pursuit. *Int J Public Health.* 2009; 54: 1-2.
- (22) Galobardes B, Show M, Lawlor DA, Lynch JW, Smith GD. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health.* 2006; 60: 7–12.

- (23) Galobardes B, Show M, Lawlor DA, Lynch JW, Smith GD. Indicators of socioeconomic position (part 2). *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60: 95-101.
- (24) Muntaner C, Ng E, Chung H, Prims SJ. Two decades of Neo-Marxist class analysis and health inequalities: A critical reconstruction. *Soc Theory Health*. 2015; 13: 267-287.
- (25) McCartney G, Bartley M, Dundas R, Katikireddi SV, Mitchell R, Poham F, et al. Theorising social class and its application to the study of health inequalities. *SSM Popul Health*. 2019; 7: 100315.
- (26) Mirowsky J. Analyzing associations between mental health and social circumstances. En: Aneshensel CS, Phelan JC, Bierman (Ed.). *Handbook of the sociology of mental health* (2 ed.). New York: Springer, 2013; pp. 143-165.
- (27) Hernán MA, Robins JM. Instruments for causal inference. *An epidemiologist's dream?* *Epidemiol*. 2006; 17(4): 360-372.
- (28) Martínez-González MA, De Irala J, Faulin FJ (eds.). *Bioestadística amigable*. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
- (29) Hedström P, Ylikoski P. Causal mechanisms in the social sciences. *Annu Rev Sociol*. 2010; 36: 49-67.
- (30) Mayntz R. Causal mechanism and explanation in social science. Max Plank Institute für Gesellschaftsforschung, Discussion Paper, No. 20/7, 2020.
- (31) McKeown T. *El papel de la medicina: sueño, espejismo o némesis*. Ciudad de México: Siglo XXI, 1982.
- (32) Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. *Am J Public Health*. 2002; 92(5): 725-729.
- (33) Link BG, Phelan JC. McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. *Am J Public Health*. 2002; 92(5): 730-732.
- (34) Szreter S. Rethinking McKeown: The relationship between public health and social change. *Am J Public Health*. 2002; 92(5): 722-725.
- (35) Lalonde M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Un document de travail* (Ottawa 1974). Ministère des Approuvoissements et Services de Canada, 1981.
- (36) Lalonde M. New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 12(3): 149-152.
- (37) Lamata F. Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del Informe Lalonde. *Gac Sanit*. 1994; 43(8): 189-194.
- (38) Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health*. 1978; 32(4): 244-249.
- (39) Marmot M, Brunner E. Cohort profile: the Whitehall II study. *Int J Epidemiol*. 2005; 34: 251-256.
- (40) Bakker AB, Demerouti E. The job demands resources model: state of the art. *J Manag Psychol*. 2007; 22(3): 309-328.
- (41) Siegrist J. The effort-reward imbalance model. En: Cooper CL, Quick JC (Ed.). *The Handbook on stress and health. A guide to research and practice*. Sussex: Wiley and Sons 2017; pp. 24-35.
- (42) Siegrist J. Social determinants of health. *Contributions from European health and medical sociology. Política y Sociedad* 2011; 48(2): 249-258.

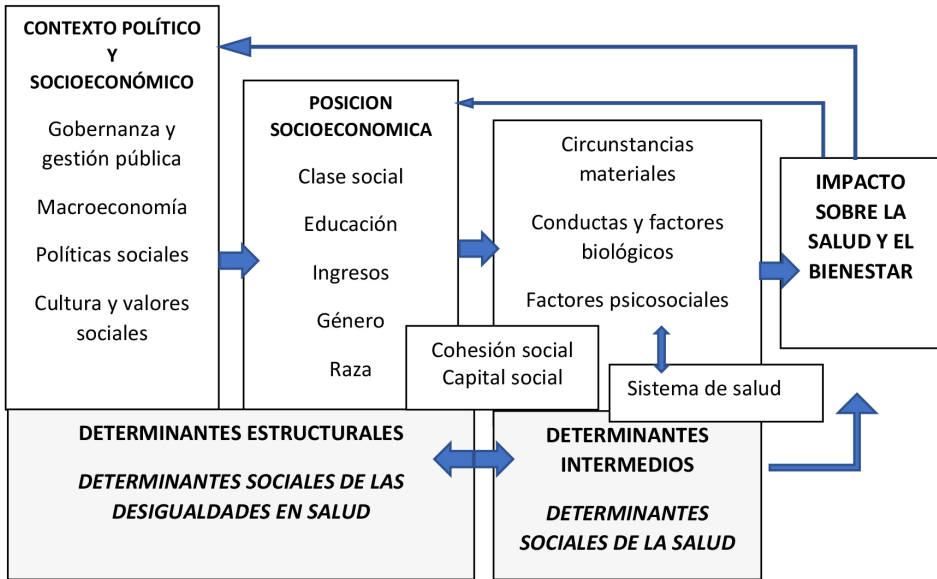
- (43) Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final. Buenos Aires: OMS, 2009.
- (44) Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health. Discussion paper 2 (Policy and practice). Geneva: OMS, 2010.
- (45) Benach J, Muntaner C, Tarafa G, Vergara M. Impacto del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuatro años después. *Revista Cubana de Salud Pública* 2012; 38: 794-802.
- (46) Marmot MG. Social justice, epidemiology, and health inequalities. *Eur J Epidemiol.* 2017; 32: 537-546.
- (47) Aneshensel CS, Mitchell UA. The stress process: Its origins, evolution, and future. En: Johnson RJ, Turner RJ, LinK BG. *Sociology of mental health. Selected topics from forty years. 1970s–2010s.* Cham: Springer, 2014; pp. 53-74.
- (48) Golberg D, Huxley P. *Common mental disorders: A bio-social model.* London: Tavistock/Routledge, 1972.
- (49) Retolaza A. *Trastornos mentales comunes: manual de orientación.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009.
- (50) Zubin J, Spring B. Vulnerability: a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 1977; 86: 103-126.
- (51) Arcaya MC, Arcaya AL, Subrananian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action.* 2015; 8(1): 27106.
- (52) Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep.* 2014; 129(Suppl. 2): 19-31.
- (53) Daniel H, Bornstein SS, Kane GC and Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians. Addressing social determinants to improve patient care and promote health equity: an American College of Physicians position paper. *Ann Intern Med.* 2018; 168(8): 577-578.
- (54) Wilkinson R, Marmot M. *Social determinants of health: the solid facts (2nd Ed).* Geneva: WHO Regional Office for Europe, 2003.
- (55) Alderwick H, Gottlieb LM. Meanings and misunderstandings: A social determinants of health lexicon for health care systems. *Milbank Q.* 2019; 97(2): 407-419.
- (56) Read JG, Gorman BK. Gender and health inequality. *Annu Rev Sociol.* 2010; 36: 371-385.
- (57) Williams WR, Mohammed SA, Leavell J, Collins C. Race, socioeconomic status, and health: Complexities, ongoing challenges, and research opportunities. *Ann N Y Acad Sci.* 2010; 1186: 69-101.
- (58) Kivimäki M, BattyJaana GD, Pentti J, Shipley MJ; Sipilä PN, Nyberg ST et al. Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. *Lancet Public Health.* 2020; 5: e140–49.
- (59) Markus HM, Stephens NM. Editorial overview: Inequality and social class: The psychological and behavioral consequences of inequality and social class: a theoretical integration. *Curr Opin Psychol.* 2017; 18 4-12.

- (60) Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: A causal review. *Soc Sci Med.* 2015; 128: 326-326.
- (61) Ross CE, Mirowsky J. Why education is the key to socioeconomic differentials in health. En: Bird CE, Conrad P, Fremont AM, Timmermans S (Ed.). *Handbook of medical sociology.* Sixth Ed. Nashville: Vanderbilt University Press, 2010; pp. 33-51.
- (62) Kawachi I. Social capital and health. En: Bird Ch E, Conrad P, Fremont AM, Timmermans S (Ed.). *Handbook of medical sociology (Sixth Edition).* Nashville: Vanderbilt University Press, 2010; pp. 18-32.
- (63) Havranek EP, Mujahid MS, Barr DA, Blair IV, Cohen MS, Cruz-Flores S, et al. Social determinants of risk and outcomes for cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2015; 132(9): 873-898.
- (64) Powell-Wiley TM, Baumer Y, Baah FO, Baez AS, Farmer N, Mahlobo CT et al. Social determinants of cardiovascular disease. *Circ Res.* 2022; 130 (5): 782-799.
- (65) Retolaza A. ¿Por qué una psiquiatría social? *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 2022; 19(1): 7-27.
- (66) Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: a review of the evidence. *Eur J Psychiatry.* 2016; 30(4): 259-292.
- (67) Tamayo M, Besoain A, Rebolledo J. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gac Sanit.* 2018; 32(1): 96-100.
- (68) Alcántara C, Díaz SV, Cosenzo LG, Loucks EB, Penedo FJ, Williams N. Social determinants as moderators of the effectiveness of health behavior change interventions: scientific gaps and opportunities. *Health Psychol Rev.* 2020; 14(1): 132-144.
- (69) Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: Coming of age. *Annu Rev Public Health.* 2011; 32: 381-398.
- (70) Barnish M, Tørnes M, Nelson-Horne B. How much evidence is there that political factors are related to population health outcomes? An internationally comparative systematic review. *BMJ Open.* 2018; 8: e020886.
- (71) Naik Y, Baker P, Ismail SA, Tillmann T, Bash K, Quantz D et al. Going upstream – an umbrella review of the macroeconomic determinants of health and health inequalities. *BMC Public Health.* 2019; 19: 1678.
- (72) Ng E, Muntaner C. A critical approach to macrosocial determinants of population health: Engaging scientific realism and incorporating social conflict. *Curr Epidemiol Rep.* 2014; 1: 27-37.
- (73) Brennenstuhl S, Quesnel-Vallée A, McDonough P. Welfare regimes, population health and health inequalities: a research synthesis. *J Epidemiol Community Health.* 2012; 66(5): 397-409.
- (74) Eckersley R. Beyond inequality: acknowledging the complexity of social determinants of health. *Soc Sci Med.* 2015; 147: 121-125.
- (75) Williams WR, Priest N, Anderson NB. Understanding associations among race, socioeconomic status, and health: patterns and prospects. *Health Psychol.* 2016; 35(4): 407-411.
- (76) McGovern L, Miller G, Hughes-Cromwick P. The relative contribution of multiple determinants of health. *Health Aff Health Policy Brief.* 2014; 10.
- (77) McCartney G, Collins Ch, McKenzie M. What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? *Health Policy.* 2013; 113: 221-227.

- (78) Jones NL, Gilman SE, Cheng TL, Drury SS, Hill CV, Geronimus AT. Life course approaches to the causes of health disparities. *Am J Public Health*. 2019; 109(S1): S48-S55.
- (79) Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012; 129(1): e232-246.
- (80) Avison WR. Incorporating children's lives into a life course perspective on stress and mental health. *J Health Soc Behav*. 2010; 51(4): 361-375.
- (81) Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59(5): 350-355.
- (82) Link B, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of health inequalities. En: Bird CE, Conrad P, Fremont AM, Timmermans S (Eds.) *Handbook of medical sociology*. Nashville: Vanderbilt University Press, 2010; pp. 3-17.
- (83) Clouston SAP, Link B. A retrospective on fundamental cause theory: state of the literature, and goals for the future. *Annu Rev Sociol*. 2021; 47(1): 131-156.
- (84) Riley AR. Advancing the study of health inequality: fundamental causes as systems of exposure. *SSM-Popul Health*. 2020; 10: 100555.
- (85) Krumeich A, Meershoek A. Health in global context; beyond the social determinants of health. *Glob Health Action*. 2014; 7: 23506.
- (86) Bharmal N, Devose KP, Felician M, Weden MM. Working paper: understanding the upstream social determinants of health. Santa Mónica: RAND Corporation, 2015.
- (87) Wright E O. *Understanding class*. London: Verso, 2015.
- (88) West KM, Blacksher E, Burke W. Genomics, health disparities, and missed opportunities for the Nation's Research Agenda. *JAMA*. 2017; 317(18): 1831-1832.
- (89) Notterman DA, Mitchell C. Epigenetics and understanding the impact of social determinants of health. *Pediatr Clin N Am*. 2015; 62(5): 1227-1240.
- (90) Thoits PA. Stress and health: major findings and policy implications. *J Health Soc Behav*. 2010; 51S: S41-S53.
- (91) Ditzen B, Heinrichs M. Psychobiology of social support: the social dimension of stress buffering. *Restor Neurol Neurosci*. 2014; 32(1): 149-162.
- (92) Carey G, Crammond B. Systems change for the social determinants of health. *BMC Public Health*. 2015; 15(1): 1-10.
- (93) Chancel L, Piketty T, Saez E, Zucman G (Ed.). *World Inequality Report 2022*. Boston: Harvard University Press, 2022.
- (94) Schrecker, T. The Commission on Social Determinants of Health: Ten years on, a tale of a sinking stone, or of promise yet unrealized? *Crit Public Health*. 2019; 29:610-615.
- (95) Popham F, Dibben C, Bambra C. Are health inequalities really not the smallest in the Nordic welfare states? A comparison of mortality inequality in 37 countries. *J Epidemiol Community Health*. 2013; 67: 412-418.
- (96) Bambra C. Levelling up: Global examples of reducing health inequalities. *Scand J Public Health*. 2022; 50: 908-913.
- (97) Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*. 2010; 64(4): 284-91.

- (98) Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- (99) McLaren L, McIntyre L, Kirkpatrick S. Rose's population strategy of prevention need not increase social inequalities in health. *Int J Epidemiol*. 2010; 39(2): 372–377.
- (100) Gottlieb L, Sandel M, Adler NE. Collecting and applying data on social determinants of health in health care settings. *JAMA Intern Med*. 2013; 173(11): 1017–1020.
- (101) Maani N, Galea S. The role of physicians in addressing social determinants of health. *JAMA*. 2020; 323(16): 1551-1552.
- (102) Reijneveld SA. The return of community-based health and social care to local government: governance as a public health challenge. *Eur J Public Health*. 2017; 27(1): 1.
- (103) Compton MT, Shim RS. The social determinants of mental health. *Focus* 2015; 13(4): 419-425.
- (104) Palmer RC, Ismond D, Rodriquez EJ, Kaufman JS. Social determinants of health: future directions for health disparities research. *Am J Public Health*. 2019; 109(S1): S70-S71.
- (105) Lundberg O. Next steps in the development of the social determinants of health approach: the need for a new narrative. *Scand J Public Health*. 2020; 48: 473-479.
- (106) Galea S, Link BG. Six paths for the future of social epidemiology. *Am J Epidemiol*. 2013; 178(6): 843-849.
- (107) Labonté R, Torgerson R. Interrogation globalization, health and development: towards a comprehensive framework for research, policy and political action. *Crit Public Health*. 2005; 15: 157-179.
- (108) Ruiz M, Aguinagalde AH, Del Llano JE. Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Rev Esp Salud Pública*. 2022; 96: e202205041.
- (109) Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrel C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013; 27(3): 263-27.
- (110) O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015; 15: 1-23.
- (111) González E, Álvarez-Dardet C, López LA. Hacia una salud pública orientada desde los determinantes sociales de la salud: informe de un taller. *Gac Sanit*. 2018; 32 (5): 488-491.

CUADRO I
El esquema de la OMS



WHO (1)