

RECOMENDACIONES METODOLÓGICAS PARA EL ANÁLISIS DE INEQUIDADES EN SALUD: UNA APROXIMACIÓN EPISTÉMICA, TEÓRICA Y PRÁCTICA¹

METHODOLOGICAL RECOMMENDATIONS FOR THE ANALYSIS OF INEQUITIES IN HEALTH: AN EPISTEMIC, THEORETICAL AND PRACTICAL APPROACH

Juan Pablo Sáenz-Bonilla*, Romain Fantin**, Cristina Barboza-Solís***, Karol Rojas-Araya****, Ingrid Gómez-Duarte*****

Tipo de documento: ensayo académico

RESUMEN

El análisis de inequidades sociales en salud es un proceso complejo y diverso que puede realizarse desde distintas aproximaciones epistémicas, teóricas y metodológicas. A partir de una amplia revisión documental y con el objetivo de facilitar este tipo de análisis, el presente artículo propone algunas recomendaciones metodológicas (en términos amplios) para la investigación de las inequidades sociales en salud.

1 Este artículo es producto del proyecto de investigación B7365 inscrito en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica.

* Escuela de Ciencias Políticas, Escuela de Salud Pública, Centro de Investigación y Estudios Políticos de la Universidad de Costa Rica, San Pedro de Montes de Oca, San José, Costa Rica.
juan.saenz@ucr.ac.cr

** Escuela de Salud Pública y Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica, San Pedro de Montes de Oca, San José, Costa Rica.
romain.fantin@ucr.ac.cr

*** Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica, San Pedro de Montes de Oca, San José, Costa Rica.
cristina.barbozasolis@ucr.ac.cr

**** Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, San Pedro de Montes de Oca, San José, Costa Rica.
karolcristina.rojas@ucr.ac.cr

***** Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, San Pedro de Montes de Oca, San José, Costa Rica.
ingrid.gomez@ucr.ac.cr

PALABRAS CLAVE: METODOLOGÍA * DESIGUALDAD SOCIAL * SALUD * EPISTEMOLOGÍA * EPIDEMIOLOGÍA

ABSTRACT

The analysis of social inequities in health is a complex and diverse process that can be carried out from different epistemic, theoretical and methodological approaches. Based on an extensive documentary review and with the aim of facilitating this type of analysis, this article proposes some methodological recommendations (in broad terms) for the research of social inequities in health.

KEYWORDS: METHODOLOGY * SOCIAL INEQUALITY * HEALTH * EPISTEMOLOGY * EPIDEMIOLOGY

I. INTRODUCCIÓN

Desde su constitución oficial en 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como un estado que va más allá de la cuestión biológica, planteando que se trataba de “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Asimismo, dejó claro que la desigualdad² de los diversos países en cuanto al fomento de la salud y el control de las enfermedades es un peligro común (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Posteriormente, diversos modelos o aproximaciones realizaron aportes para la comprensión e intervención en la salud³. En la década de los 70 del siglo pasado, surgió la noción de “determinantes sociales de la salud” a partir de publicaciones que destacaron las limitaciones de las intervenciones orientadas a disminuir los riesgos individuales de enfermar

y morir, con lo que se propuso pasar del estudio de los factores de riesgo individuales al análisis de la vinculación entre lo social-estructural y la salud (Vega et al., 2005).

En el mismo periodo, surgió una corriente de pensamiento en el campo sanitario conocida como Medicina Social Latinoamericana que estudiaba “[...]la salud-enfermedad de la colectividad como una expresión de los procesos sociales” y tenía como sus premisas la “[...]necesidad de analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos” (Laurell, 1986, p.1), reconociendo así el carácter histórico y social del proceso biológico humano, el cual se evidenciaba en la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad entre los diferentes grupos humanos, que se distinguían de una sociedad a otra y según la clase social de los grupos (Laurell, 1986).

Asimismo, en 1974, el Informe Lalonde reconocía la influencia de algunos elementos, no solo biológicos, en la salud de las personas (Lalonde, 1974; Villar, 2011). Por su parte, la Declaración de Alma-Ata (1978) y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) expusieron la necesidad de abordar las inequidades en salud con un enfoque que trascendiera el sector salud y se promovió un movimiento que investigara los “...determinantes sociales de la salud, *las causas de las causas* de las inequidades en la salud, e influir en ellos” (Marmot et al., 2013). Esto ofreció

2 En el documento de 1948 citado, la OMS no define qué entiende por “desigualdad”. Con la evolución de la discusión diferenció los conceptos de “equidad” y “desigualdad” afirmando que “en la medida en que las desigualdades sistemáticas en la salud pueden evitarse con medios razonables, son injustas y, por lo tanto, inequitativas.” (Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas, 2019, p.3).

3 Para consultar las nociones de algunos modelos y aproximaciones acerca de la salud en diversos momentos de la historia, puede verse: Gómez-Duarte (2017) y Wade y Halligan (2004).

mayor importancia al análisis de los determinantes sociales de la salud, es decir, a las “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades”, las cuales “...están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas” (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, s.f., p.1).

En el contexto anglosajón también habían surgido investigaciones que analizaron cómo la estratificación social condicionaba la “reproducción de determinados patrones de mortalidad y morbilidad”, destacando principalmente el *Black Report* (1980), entre otros estudios (López, 2013), entre los que se incluye el trabajo seminal de Michael Marmot y los aportes de la epidemiología social anglosajona. El principal hallazgo del grupo de trabajo encargado del reporte mostraba que había grandes diferencias en la mortalidad y morbilidad que favorecía a las clases sociales más altas y que no estaban siendo reparadas por los servicios sociales y los servicios de salud (Smith et al., 1990). Asimismo, aportó estas evidencias para un país que ya poseía un sistema de salud gratuito y universal, mostrando que el hecho de tener acceso gratuito a los servicios de salud para toda la población es relevante pero no suficiente para eliminar totalmente las inequidades sociales en salud (ISS).

Más recientemente, diversos modelos de determinantes sociales de la salud como el de Dahlgren y Whitehead (1991) y el modelo de producción social de la salud de Diderichsen y Hallqvist (1998) destacaron “el papel determinante del contexto histórico-político y de la posición social en la generación, transmisión y perpetuación de desigualdades en la salud[...].” (Mujica y Moreno, 2019, p.2) y sirvieron de base para el modelo de determinantes sociales de la salud propuesto por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008) (Mujica y Moreno, 2019).

Por tanto, aunque durante mucho tiempo la salud se limitó al tratamiento de la enfermedad, en términos médico-biológicos, luego se descubrió la importancia de los factores de riesgo y, por ende, de los procesos de

prevención de la enfermedad. Asimismo, de forma más reciente se ha estado profundizando en la importancia de los factores sociales “que ejercen gran influencia en el estado de salud” (Organización Mundial de la Salud, 2009, p.1).

Más allá de las diferencias entre las corrientes e investigaciones reseñadas⁴, se mostraba que la salud (y la enfermedad)⁵ no era una cuestión puramente biológica-médica como se había abordado durante mucho tiempo. Asimismo, después de descubrir la importancia de los factores de riesgo (y, por ende, de los procesos de prevención), se ha venido descubriendo la importancia de los factores sociales, “las causas de las causas” (Braveman y Gottlieb, 2014). De esa forma, lo social es fundamental para explicar la salud y enfermedad de las poblaciones, así como para comprender que las probabilidades de enfermar o morir están diferenciadas en función de la posición que ocupan las personas en la estructura social y económica, lo cual le brinda importancia a la estratificación y al gradiente social. Se requiere entonces la realización de análisis de las ISS.

Sin embargo, este tipo de análisis no es tarea sencilla y, de alguna forma, implica una ruptura con respecto a otras tradiciones. Asimismo, aún existe un importante margen para la discusión acerca de las (mejores) aproximaciones epistémicas, teóricas y prácticas para hacerlo, tal y como se muestra en la bibliografía reseñada más adelante. Para aportar a esa discusión, este artículo propone nueve recomendaciones metodológicas para el análisis de ISS. Las recomendaciones metodológicas

4 Para una síntesis de las diferencias entre la epidemiología social latinoamericana y anglosajona, y acerca de las distinciones conceptuales y ético-políticas entre el enfoque de la “determinación social” y el “determinantes sociales de la salud”, véase Morales, Borde, Eslava y Concha (2013). Asimismo, para analizar las diferencias en torno a los determinantes sociales de la salud en la propuesta de la OMS y la medicina social latinoamericana, véase Ruíz-Taborda, Higuera y Cardona (2021).

5 Algunas corrientes han realizado críticas a la noción dualista del binomio salud-enfermedad.

se construyeron con el objetivo de ofrecer una especie de ruta investigativa y una serie de llamadas a debate para quienes se dedican a la investigación sobre las inequidades sociales en salud o pretenden iniciar esta labor. A pesar de esto, no pueden considerarse como un manual unívoco o como recomendaciones completamente acabadas debido a la diversidad de posturas epidemiológicas y a las múltiples maneras de plantear un diseño de investigación.

En este artículo, las recomendaciones se organizan tomando como base la estructura propuesta en manuales de investigación previos (Batthyány y Cabrera, 2011; Barrantes, 2002) y articulando discusiones metodológicas (en el sentido que se le ha dado en este artículo) tanto de las Ciencias Sociales, la Epidemiología y la Salud Pública, campo del que se revisan algunos de sus principales autores contemporáneos.

La primera recomendación, de corte más epistemológico, aborda el tema del objeto de estudio del análisis de ISS. Posteriormente, se realizan recomendaciones en torno al planteamiento del problema de investigación en el análisis de ISS, la limitación espacial del problema, la revisión de antecedentes de investigación, la construcción teórica del problema de estudio del análisis de ISS y la formulación de hipótesis de investigación. Las últimas recomendaciones giran en torno a la definición de los métodos y las técnicas de investigación; la discusión crítica sobre el análisis e interpretación de evidencias y acerca de la difusión, comunicación abierta e impacto de los resultados de investigación en ISS.

II. RECOMENDACIONES METODOLÓGICAS PARA EL ANÁLISIS DE INEQUIDADES SOCIALES EN SALUD

El análisis de ISS es importante, no solo para el análisis epidemiológico y en salud sino también para definir intervenciones públicas y políticas socio-sanitarias. Sin embargo, la complejidad del fenómeno de las inequidades sociales en salud implica decisiones epistemológicas, teóricas, metodológicas y empíricas igualmente complejas. Para simplificar algunas de estas decisiones,

se presentan las siguientes recomendaciones metodológicas para el análisis de inequidades sociales en salud.

Sin embargo, antes de entrar a las recomendaciones propiamente dichas, es necesario aclarar algunos conceptos básicos. El primero de ellos es el concepto de “metodología” el cual:

Específicamente, reflexiona acerca de los métodos que son utilizados para generar conocimiento científico y las implicancias de usar determinados procedimientos. Por ejemplo: el papel de los valores, la idea de causalidad, el papel de la teoría y su vinculación con la evidencia empírica, el recorte de la realidad, los factores relacionados con la validez del estudio; el uso y el papel de la deducción y la inducción; cuestiones referidas a la verificación y falsación, además de los contenidos y alcances de la explicación e interpretación (Batthyány y Cabrera, 2011, pp.10-11).

Como puede notarse, la metodología se vincula con discusiones propias de a) la epistemología (temas de la cita anterior como el papel de los valores, la idea de causalidad, el recorte de la realidad, el uso y el papel de la deducción y la inducción), b) la teoría (temas como su papel en la vinculación con la evidencia empírica y el recorte de la realidad), c) los procedimientos para la producción evidencias empíricas (temas como los factores relacionados con la validez del estudio y cuestiones referidas a la verificación y falsación) y d) los resultados de investigación, así como su interpretación y explicación.

Por tanto, debe suponerse que estas recomendaciones metodológicas no reducen la metodología a simples procedimientos y/o técnicas (estadísticas o no), sino que parte de una visión amplia del concepto, el cual discurre toda la investigación científica-académica.

RECOMENDACIÓN 1: DEFINICIÓN CLARA DEL OBJETO DE ESTUDIO DEL ANÁLISIS DE INEQUIDADES SOCIALES EN SALUD

Entre los problemas contemporáneos de la epistemología, se encuentran “los supuestos filosóficos de las ciencias, su objeto de estudio, los valores implicados en la creación del conocimiento, la estructura lógica de sus teorías, los métodos empleados en la investigación y en la explicación o interpretación de sus resultados” (Batthyány y Cabrera, 2011), entre otros.

De esta forma, la ciencia contemporánea no ha dejado de cuestionarse acerca de sus objetos de estudio, razón por la cual no es extraño que las diversas áreas del conocimiento se pregunten todavía por sus problemas de investigación (Bourdieu et al., 2002; Gordis, 2014). A esto no escapa el análisis de inequidades en salud que también reflexiona sobre su objeto de estudio y sus conceptos principales (Braveman, 2006).

Por ejemplo, aunque se han construido algunos consensos teóricos-conceptuales, todavía se hace necesario tener conciencia de la diferencia entre las desigualdades e inequidades en salud sin que esto implique que el análisis de ISS no deba estudiar también las desigualdades en salud (Mujica y Moreno, 2019).

Aunque no está exento de críticas y no se pueda considerar inequívoco⁶, por su difusión e impacto, el concepto de inequidades en salud más reconocido es el formulado por Whitehead (Salaverry, 2013). La autora señala que “El término “inequidad” tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a las diferencias que son innecesarias y evitables, pero, que además, se consideran injustas. Así, para calificar una situación dada como inequitativa, es necesario examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad” (Whitehead, 1991, p.4).

6 Para ampliar el debate sobre los conceptos mencionados véase Almeida-Filho (2020) en el que analiza nuevas perspectivas teóricas sobre desigualdades en salud.

Para la autora, en términos generales hay siete factores determinantes principales en las diferenciales de salud, unas de las cuales se considerarían inequidades en salud y otras simplemente desigualdades en salud (Whitehead, 1991).

Tabla 1. Factores determinantes principales en las diferenciales de salud

INEQUIDADES EN SALUD	DESIGUALDADES EN SALUD
1. El comportamiento que daña la salud cuando el grado de elección de los estilos de vida se encuentra severamente restringido.	1. La variación natural, biológica.
2. La exposición a condiciones no saludables y al estrés en el trabajo y en la vida diaria.	2. El comportamiento elegido libremente que daña la salud, como la participación en ciertos deportes y pasatiempos.
3. El acceso inadecuado a los servicios elementales de salud, así como a otros servicios de carácter público.	3. La ventaja transitoria de salud de un grupo sobre otro cuando ese grupo adopta primero un comportamiento que promueve la salud hasta que los otros tienen los medios de ponerse rápidamente al mismo nivel.
4. La selección natural o la movilidad social relacionada con la salud, lo que incluye la tendencia de las personas enfermas a descender en la escala social.	-

Fuente: Whitehead, 1991, p.4.

En una publicación posterior, Whitehead agrega que “Los estudios sobre la equidad en salud utilizan nociones intuitivas sobre lo que es ‘justo’ e intentan hacerlas más explícitas”, asumiendo como una situación injusta que “el logro de una salud óptima” esté “[...] comprometido por el grupo social, político, étnico



o profesional al que uno pueda pertenecer” (Evans et al., 2002, p.4).

De esta manera, aunque en ocasiones parezca trivial, la definición precisa del objeto de estudio de un área de conocimiento resulta relevante para su propio desarrollo. En el caso del análisis de ISS es recomendable reconocer los orígenes socioculturales, económicos, políticos y estructurales de las diferencias y disparidades en salud, considerando también su carácter de evitables, innecesarias e injustas, así como las formas en las que se articulan entre sí.

RECOMENDACIÓN 2: PRECISIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN EN EL ANÁLISIS DE INEQUIDADES EN SALUD

Una vez que se conoce cuál es el objeto de estudio propio del análisis de inequidades en salud, es posible definir problemas de investigación específicos para ser analizados. Para esto, es fundamental plantear un problema de investigación que sea susceptible de ser estudiado desde el análisis de ISS.

Para definir cuáles problemas pueden ser susceptibles de este tipo de análisis, se pueden tomar algunas consideraciones. Primero, los problemas de investigación del análisis de inequidades no son aquellos que solo puedan considerarse como desigualdades de salud (diferenciales de salud producto de la variación natural, biológica; el comportamiento elegido libremente que daña la salud; la ventaja transitoria de salud de un grupo sobre otro) sino que también se pueden interpretar como innecesarios, evitables, arbitrarios e injustos. Segundo, y, por consiguiente, son susceptibles de este tipo de análisis “En la medida en que las disparidades en salud coinciden con las distancias existentes entre esos grupos, puede evaluarse que son injustas [...]” (Evans et al., 2002, p.4). Tercero, cuando las disparidades/diferenciales de salud pueden ser explicadas (aunque sea hipotéticamente) a partir de la influencia de, al menos, algunos determinantes sociales de la salud.

Una vez resuelto que el problema de investigación es susceptible del análisis de

inequidades en salud, es recomendable hacer un planteamiento muy preciso y concreto de dicho problema, comprendiendo que se trata de un “[...]conjunto de preguntas que deseamos responder a través del proceso de investigación” (Batthyány y Cabrera, 2011, p.21), o de “[...]una cuestión que se estudia para aclarar nuestro conocimiento en determinada materia o disciplina” (Barrantes, 2002, p.21), en este caso la enmarcada en el análisis de inequidades en salud.

En general, los problemas de investigación deben abordar un “vacío de conocimiento científico” (Batthyány y Cabrera, 2011, p.21) y ser novedoso (Barrantes, 2002). Es decir, debe procurar contestar preguntas que no han sido contestadas anteriormente o en las que solo hay respuestas parciales/sesgadas; deben suplir la poca o parcial investigación previa en la temática; abordar temáticas en las que el conocimiento es muy general o sobre el que no hay evidencias robustas de ciertos lugares (países de renta baja o media por ejemplo), casos o periodos en los que se presenta el fenómeno; o bien, cuando el conocimiento previo es poco satisfactorio desde el enfoque teórico de las personas analistas.

Por su parte, dada la complejidad de la salud, los estudios sobre ISS no suelen analizar la salud como un todo ni estudian simultáneamente todas las formas o eventos de salud en los que se expresan las inequidades. Sin embargo, hay algunas investigaciones que pretenden estudiar la salud en general, utilizando típicamente la mortalidad o un score de salud general como el SF-36.

Por el contrario, otras investigaciones acerca de las inequidades sociales en salud se centran en el estudio de un mecanismo en particular, en un factor de riesgo o en una enfermedad o evento en salud, profundizando en las “causas de las causas” de ese evento y en los determinantes sociales que le dan la naturaleza de inequidad social de la salud. Por ejemplo, una de las ediciones de la *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* (Burstein, 2013), incluyó diversas investigaciones sobre ISS, analizando su relación con eventos como la mortalidad infantil, la

tuberculosis, la malnutrición, daño genotóxico, entre otros. Asimismo, otras investigaciones analizaron las inequidades vinculadas con el tabaquismo (Hosseinpoor et al., 2011; Espinoza-Aguirre et al., 2020), la pérdida de piezas dentales (Barboza Solís y Fantin, 2017), los accidentes de tránsito (Nantulya y Muli-Musii-me, 2002), el dengue (Alvarado-Prado y Nieto, 2019), el cáncer (Fantin et al., 2020a) o más ampliamente la mortalidad (Gallo et al., 2012), entre otros. Como se señaló antes, esto responde también a las reflexiones metodológicas sobre el “recorte de la realidad”⁷ (Batthyány y Cabrera, 2011, pp.10-11).

Ahora bien, este supuesto metodológico del recorte de la realidad no riñe necesariamente con la intención de la corriente de la Medicina Social Latinoamericana de que el análisis del proceso salud-enfermedad se desarticule de la “totalidad social” en el sentido de abandonar las “características y determinantes sociales” de este proceso (Laurell, 1986, p.2). En cuanto a la posibilidad de un análisis de las ISS o de la Salud Pública desde la totalidad social en el sentido expuesto por la Escuela de Frankfurt (Popper et al., 2008; González Soriano, 2002; Hernández, 2013), aún hay muchas cosas por decir y analizar, pero no es posible profundizar en este artículo⁸.

7 La noción de “recorte de la realidad” refiere a que la sociedad y los fenómenos sociales son tan complejos que es preferible hacer “recortes” de la realidad para hacerlos más comprensibles o explicables. En las Ciencias Sociales, Weber (con base en sus influencias epistemológicas) planteó la necesidad del “recorte” y algunas maneras para hacerlo (Rovira, 2004). Para autores más recientes, el recorte se realiza por medio de la aplicación de ciertos diseños de investigación (Neiman y Quaranta, 2006), o por medio de un recorte “espacio-temporal” del objeto de estudio (Batthyány y Cabrera, 2011).

8 Para consultar algunas investigaciones que, desde distintas interpretaciones, atisban el problema epistemológico del análisis de la salud desde la totalidad social, véase: Franco, 2000 (p.48), Morales, Borde, Eslava y Concha, 2013 (p.800), Duque, 1999.

RECOMENDACIÓN 3: DELIMITACIÓN ESPACIAL DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN EN EL ANÁLISIS DE INEQUIDADES EN SALUD

Por razones del “recorte de la realidad”, múltiples investigaciones que analizan las ISS han estudiado fenómenos o eventos que suceden en realidades espaciales delimitadas, por lo que no se extienden a analizar las inequidades sociales en salud a nivel mundial/global. Por tanto, es usual que se realicen análisis de inequidades sobre algún evento en salud en países específicos, tal y como se muestra en alguna bibliografía especializada. Por ejemplo, la publicación editada por Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya y Wirth (2002) incluyó estudios acerca de las ISS en diferentes países del mundo y otras publicaciones lo hicieron para eventos en salud en países de la región latinoamericana (Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2013). A pesar de esto y de que existe literatura sobre las ISS a nivel global, la gran mayoría de investigaciones son el resultado de estudios realizados en países de renta alta. Debido a que las inequidades sociales en salud son el resultado de dinámicas sociales, los resultados de los países de renta alta no son necesariamente generalizables para países de renta baja o media, lo que justifica la importancia de replicar los estudios en países diversos y en diferentes contextos.

Asimismo, dado que “las disparidades en salud parecen extenderse en todo el mundo” y entre las naciones (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya y Wirth, 2002, p.3), también resulta de importancia los análisis de ISS que utilicen el método comparado entre regiones, países o naciones; esto sin ignorar las dificultades que implica hacerlo, dadas las características propias de cada contexto social. Esta evidencia comparada también sería de relevancia para la toma de decisiones supranacionales.

Por su parte, la evidencia ha mostrado que al desagregar datos nacionales existen disparidades de salud igualmente inquietantes que las presentadas entre naciones (Evans et al., 2002, p.3), lo que hace necesario que el análisis de ISS también aborde las disparidades internas de los países y observe

comportamientos a nivel subnacional o local. Sin ánimos posmodernos, este tipo de análisis de inequidades permite subrayar las particularidades, ofrece grandes posibilidades y aporta evidencias valiosas para la toma de decisiones a nivel subnacional, local, descentralizado o, incluso, comunitario.

Además, el análisis de ISS puede evitar otra de las características del “nacionalismo metodológico” que circunscribe la explicación y el análisis de los fenómenos a los límites exclusivos de los Estados-nación. Por ejemplo, con la superación de esta limitación epistémica del nacionalismo metodológico, el análisis de ISS podría aplicarse también en zonas de frontera y no solamente a nivel regional, nacional o local. Como señalan algunos autores, las fronteras fueron percibidas como “espacios vacíos”, consolidando el nacionalismo metodológico y concibiendo los procesos históricos de las zonas de frontera dentro los límites de los Estados-nación (Carrión y Enríquez, 2019; Carrión y Pinto, 2019).

Por último, es recomendable que el análisis de ISS también evite otra de las facetas del “nacionalismo metodológico”, como obstáculo epistemológico, que hace que se perciba la desigualdad social como una cuestión estrictamente nacional, ignorando sus formas globales de producción y reproducción (Barboza, 2013).

RECOMENDACIÓN 4: REVISIÓN DE ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN O EVIDENCIA EMPÍRICA ACERCA DE LAS INEQUIDADES SOCIALES EN SALUD

Más allá de la disciplina o área de conocimiento, el método científico implica conocer cuál es el estado del conocimiento de la materia que se está investigando. De esa forma, cuando se realizan análisis de ISS también se debe dar cuenta de la investigación científica previa que se ha realizado sobre temáticas o áreas del conocimiento similares. Por tanto, es usual recurrir al análisis documental entendido como “[...]una técnica que consiste en revisar qué se ha escrito y publicado sobre el tema o área de la investigación, cómo se ha tratado o ha sido abordado científicamente, en qué

estado de desarrollo se encuentra y cuáles son las tendencias o mega-tendencias que lo determinan.” (Uribe, 2011, p.196).

Más que un requisito académico, este análisis del estado del conocimiento permitirá perfilar de mejor manera el problema de investigación específico y contestar preguntas como: ¿Qué se ha dicho previamente sobre el tema?, ¿Cómo se ha dicho?, ¿Qué conocimientos se han alcanzado?, ¿Qué no se ha dicho?, ¿Qué vacíos de investigación existen? (Uribe, 2011). Además, permitirá construir o respaldar las hipótesis que las personas investigadoras quieren probar y reconocer las metodologías de investigación utilizadas anteriormente en investigaciones similares. Un ejemplo relacionado con el análisis de ISS fue dedicado a las formas en las que en un país centroamericano (Costa Rica) se había medido la posición socioeconómica en el marco de ese tipo de análisis (Fantin et al., 2019).

Ahora bien, en el momento en que se realiza el análisis documental y se indaga sobre el estado de conocimiento del tema a investigar es recomendable establecer criterios para la selección de evidencias y también realizar un “examen crítico” de los documentos y de la propia valoración de estos que hacemos como investigadores (Uribe, 2011). De esa forma, se debe hacer una revisión de la literatura que se ha producido tanto a nivel nacional como internacional, evitando los sesgos del etnocentrismo, el eurocentrismo y también las posturas colonialistas en la ciencia, sobre todo si se investiga desde el Sur global. De la misma manera, debe evitarse el sesgo generado por la dominación masculina en la ciencia que ha implicado “...el olvido sistemático de las contribuciones científicas de las mujeres” (Vásquez-Cupeiro, 2015, p.188).

RECOMENDACIÓN 5: CONSTRUCCIÓN TEÓRICA DEL PROBLEMA DE ESTUDIO DEL ANÁLISIS DE INEQUIDADES SOCIALES EN SALUD

Como señala Sautu (2005), “La *teoría general* está constituida por un conjunto de proposiciones lógicamente interrelacionadas que se utilizan para explicar procesos y fenómenos”

(p.34), entre los que pueden destacarse también las inequidades sociales en salud.

Lejos de ser una cuestión accesoria, la teoría provee marcos explicativos sobre la realidad (Batthyány y Cabrera, 2011) y permite trascender la simple descripción de los fenómenos o procesos, entre los que se incluyen las inequidades sociales en salud. De esta forma, por mínimo que sea, es recomendable que los análisis de ISS se sustenten en bases teórico-conceptuales robustas, tema al que se le ha prestado atención en investigaciones anteriores (Barboza-Solís et al., 2020).

En ese marco, en la literatura especializada acerca de las inequidades sociales en salud se evidencia una preocupación teórica por construir un marco conceptual robusto que sirva al análisis de los determinantes sociales de la salud y propiamente al análisis de las disparidades en salud (Whitehead, 1991; Vega et al., 2005; Barboza-Solís et al., 2020). Dada su difusión e impacto, uno de los esfuerzos más importantes de esta naturaleza es el “Marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de salud” (*A conceptual framework for action on the social determinants of health*) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud escrito por Solar e Irwin (World Health Organization, 2010). A más de una década de su publicación, el debate y el remozamiento teórico al respecto no está agotado por lo que se sigue reflexionando sobre el tema (Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas, 2019).

A pesar de que el debate teórico en torno a las inequidades sociales en salud no está agotado, hay un cuerpo de conceptos que están en la base del análisis de inequidades. Entre estos conceptos se encuentran, por supuesto, el par conceptual “desigualdad-inequidad en salud” explicado anteriormente, así como otros conceptos como los “determinantes sociales de la salud”, “(in)justicia”, “posición socioeconómica”, “gradiente social”, entre otros (Barboza-Solís et al., 2020). Si se considera que “Pensar en conceptos y conectarlos entre sí es pensar en teoría” (Sautu, 2005), estas nociones resultan básicas para la teoría

de las inequidades sociales en salud y resulta relevante que las investigaciones en el tema se enmarquen o dialoguen con esas discusiones conceptuales.

Este abordaje teórico conceptual es también relevante si se reconocen las limitaciones del conocimiento científico y la necesidad de hacer un “recorte de la realidad” como exponen Batthyány y Cabrera (2011) y otros autores. En ese sentido, dada la complejidad de los eventos en salud y las inequidades sociales en salud, así como la naturaleza multicausal de los mismos, es necesaria la utilización de la teoría para dar más énfasis a ciertas dinámicas, explicaciones e, incluso, a ciertos determinantes sociales de la salud.

Asimismo, la revisión de bibliografía teórica —y la teoría en sí misma— sobre los aspectos con los que se vinculan nuestras preguntas de investigación en inequidades sociales en salud permite comenzar a delimitar y definir los conceptos que se muestran más adecuados para el enfoque con el que se quiere responder a las preguntas de interés (Batthyány y Cabrera, 2011). De esa forma, como han mostrado varios análisis epistemológicos, la reflexión teórica es un proceso que a su vez delimita con precisión lo que interesa ser estudiado empíricamente (Batthyány y Cabrera, 2011). La mirada teórica se plasma entonces en el problema de investigación y en la estrategia para resolverlo (Batthyány y Cabrera, 2011), o lo que es lo mismo, el objeto de estudio se construye teóricamente (Bourdieu et al., 2002).

Por último, la selección de teorías para aproximarse al problema de investigación de ISS condiciona el tipo de supuestos de los que se parte y el tipo de explicaciones que se pueden alcanzar, lo cual encuadra también las hipótesis que se proponen. Como señala Sautu (2005), el marco conceptual seleccionado implica también una:

[...]visión de la sociedad, del lugar que las personas ocupan en ella y las características que asumen las relaciones entre el todo y las partes. Al llevar implícitos los supuestos acerca del carácter de la sociedad, la teoría social,

al igual que el paradigma, también influye acerca de lo que puede o no ser investigado, condiciona las preguntas que nos hacemos y el modo en que intentamos responderlas (p.34).

De esa forma, los estudios de desigualdades en salud ofrecen diferentes interpretaciones o soluciones al problema de la desigualdad, “al tener como presupuesto diferentes bases teóricas para su investigación empírica”. Algunos estudios se sustentan en teorías que están organizadas según explicaciones de base individual, mientras otras según explicaciones estructurales (Lima, 2017).

RECOMENDACIÓN 6: FORMULACIÓN OBJETIVA Y VIGILANTE DE LAS HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Las hipótesis son intentos de explicación o respuestas provisionales a un fenómeno, o bien pueden ser consideradas como proposiciones referentes a hechos que aún no han sido sometidos a experimentación o validación empírica por lo que son una “anticipación” en el sentido de que proponen ciertos hechos o relaciones que pueden existir en un fenómeno pero que todavía no se conoce o ha sido comprobado completamente con evidencias empíricas (Barrantes, 2002). Entre otras funciones, ayudan a orientar la búsqueda de hechos (Barrantes, 2002) y a proyectar el tipo de explicaciones, conocimientos o respuestas a las preguntas de investigación por lo que, en términos metodológicos, es recomendable plantear hipótesis de investigación, de lo cual no exento el análisis de ISS. La experiencia de las personas investigadoras, la deducción de resultados ya conocidos (Barrantes, 2002), la revisión de la literatura especializada (tanto teórica como empírica) pueden ser útil para la elaboración de hipótesis por parte de las personas investigadoras.

A pesar de su carácter provisional o tentativo, eso no dispensa la necesidad de plantear hipótesis coherentes con la teoría y el estado de conocimiento y la importancia de un planteamiento riguroso, sin falacias y sesgos de diversos tipos, por lo que se recomienda la

aplicación de las diversas técnicas de vigilancia epistemológica (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 2002).

Como se mostró en algunos estudios relacionados con las inequidades sociales en salud, las respuestas comunes mostraron no siempre ser satisfactorias para contestar con certeza y suficiente evidencia las preguntas de investigación.

Por ejemplo, después de muchos años de que los investigadores se preguntaran por qué los infantes o bebés negros morían a tasas más altas que los infantes blancos en Estados Unidos, se evidenció que las respuestas comunes no eran correctas. En ese momento, el planteamiento fue “¿qué estaban haciendo mal las madres negras?”, evidenciando algunos sesgos y prejuicios que pondrían en entredicho la neutralidad axiológica del análisis científico realizado. Las respuestas comunes a esa pregunta incluyeron que las madres negras comían mal, tenían sobrepeso o eran diabéticas, fumaban o bebían durante el embarazo, no iban al médico, no estaban casadas, quedaban embarazadas muy jóvenes o asfixiaban a sus recién nacidos mientras dormían. Todas esas respuestas, a pesar de haber sido propuestas como hipótesis, no fueron sustentadas por la evidencia y los datos recolectados. El racismo y el estrés crónico producido como consecuencia resultaron ser factores explicativos del fenómeno citado (Carpenter, 15 de febrero de 2017).

RECOMENDACIÓN 7: DEFINICIÓN ADECUADA DE LOS MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Como otros conocimientos científicos, el análisis de ISS aspira al cumplimiento de los requerimientos del método científico. De esa forma, se ajusta también a una serie de pasos que se siguen para producir conocimiento —en este caso— científico. Más específicamente, el método refiere a una serie de operaciones, reglas y procedimientos para alcanzar un determinado conocimiento (Batthyány y Cabrera, 2011). De esta forma, es recomendable y necesario que quien se disponga a realizar análisis de inequidades sociales en salud reflexione acerca del método a través

del cual obtendrá conocimientos científicos en este campo.

En ese marco, vale la pena mencionar una doble recomendación. Primero, es recomendable que cuando se hace análisis de ISS se revise la literatura especializada para detectar los métodos utilizados en investigaciones similares que se hayan realizado previamente. Segundo, es recomendable evitar transformar los preceptos del método en recetas de cocina o en objetos de laboratorio, al desplegar por el contrario un ejercicio constante de vigilancia epistemológica sometiendo el uso de técnicas y conceptos a un examen sobre su validez, evitando la aplicación automática, rutinaria o irreflexiva (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 2002).

Por otra parte, sin ánimos de suscribir el anarquismo epistemológico o similares (Feyerabend, 1986), es cierto que no existe una única forma de proceder para generar conocimiento en las ciencias (Batthyány y Cabrera, 2011) y es esperable que también existan diversas formas de producir conocimiento acerca de las inequidades sociales en salud, sobre todo si se está estudiando mecanismos muy diversos (ya sean estructurales, distales, proximales, intermedios, factores de riesgo u otros).

En cuanto al análisis de ISS hay una predominancia de los métodos cuantitativos, aunque eso no es contradictorio con la realización de investigación cualitativa. De hecho, a pesar de los sesgos positivistas, es recomendable que en algunos estudios acerca de las inequidades sociales en salud se incorporen los métodos mixtos y también los cualitativos, con técnicas como la entrevista, los grupos focales, la observación o la etnografía, que, entre otras cosas, permitan conocer cómo las personas viven o perciben las inequidades. Como han señalado varias investigaciones, es recomendable el uso de metodología diversas, la triangulación de técnicas y el diálogo de saberes en las investigaciones en salud que abordan las desigualdades (León et al., 2018).

De esa forma, también es recomendable que los análisis de ISS estén abiertos a la inter y transdisciplinariedad. Por eso, Peter y Evans (2002) han señalado que los estudios

epidemiológicos de las desigualdades en salud han de tomar en consideración los conceptos y los instrumentos procedentes de las ciencias sociales, e incluso, la aplicación de la moral y la filosofía política al complejo tema de las desigualdades sociales en salud, considerando la “tensión entre la influencia de los factores sociales y de las relaciones biológicas” (p.34). En esa misma vía, tiempo atrás, Laurell (1986) había señalado que el problema no consistía en yuxtaponer las ciencias biomédicas y las ciencias sociales sino en repensar el conjunto del problema de la salud-enfermedad colectiva.

Asimismo, en el marco de la variedad metodológica, el análisis de las ISS en salud puede aplicar tanto la lógica investigativa deductiva como la lógica inductiva (Batthyány y Cabrera, 2011; Hernández Sampieri et al., 2010), obviando inclusive la producción de conclusiones generalizables a otros eventos, contextos o momentos históricos. Lo relevante en este aspecto, es tener claro que hay investigaciones que arrojan conclusiones generalizables (a veces a nivel mundial, nacional o a nivel de una parte de la población), mientras que otras por sus propias características, simplemente no pueden hacerlo.

Por otro lado, en discusiones menos epistemológicas, los análisis de ISS pueden partir de diferentes diseños de investigación y utilizar una variopinta gama de métodos. Por ejemplo, como han señalado varios autores, “Los estudios de medición de desigualdades pueden clasificarse en función de dos factores: el tiempo y el nivel de anclaje” (Schneider et al., 2002, p.399). Entre los primeros (tiempo) pueden encontrarse los estudios transversales o los longitudinales, mientras que en cuanto al segundo factor (nivel de anclaje) se encuentran los estudios individuales o los estudios ecológicos (Schneider et al., 2002). Por ejemplo, entre los estudios ecológicos (Borja-Aburto, 2000) pueden mencionarse algunos dedicados a la incidencia del dengue (Alvarado-Prado y Nieto, 2019), la incidencia, mortalidad y sobrevivencia del cáncer (Fantin et al., 2020a) o la esperanza de vida (Fantin et al., 2021), mientras que en los estudios individuales pueden citarse

algunos relacionados con el consumo de tabaco (Espinoza-Aguirre et al., 2020) y desgaste fisiológico (Barboza-Solís et al., 2015).

Para efectos de la recolección de datos, también es recomendable considerar la variedad de opciones. Existen aquellos estudios que parten de datos ya existentes que están disponibles, por ejemplo, en bases de datos; mientras otros recogen nuevos datos por sí mismos por medio de encuestas, por ejemplo.

Entre las investigaciones que partieron de bases de datos ya existentes se encuentran aquellos que utilizan datos recolectados para fines de investigación en salud como, por ejemplo, estudios dedicados al rol de la posición socioeconómica en la determinación de la pérdida de piezas dentales en personas adultas mayores en Costa Rica que utilizó los datos del Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable de Costa Rica (CRELES Pre-1945) (Barboza Solís y Fantin, 2017). Asimismo, también existen aquellos otros estudios que utilizan datos existentes que al inicio tenían otros fines diferentes a las investigaciones en salud, como es el caso de registros públicos o censos de población, como se hizo con el evento del cáncer (Fantin et al., 2020a, 2020b, 2020c).

Por su parte, en lo que se refiere a los estudios que recolectan nuevos datos para sus indagaciones, puede citarse la investigación que tenía el objetivo específico de analizar cambios en el comportamiento durante el confinamiento del COVID-19 en Francia (Rossinot et al., 2020) o la investigación de censo que tenía como fin medir indicadores antropométricos de niños, niñas y adolescentes escolares de Costa Rica (Ministerio de Educación Pública et al., 2017).

En cuanto a los indicadores más conocidos para medir las desigualdades en salud, autores como Schneider et al. (2002) incluyen la razón de las tasas y diferencia entre las tasas, el índice de efecto, el riesgo atribuible poblacional (RAP), el índice de disimilitud, el índice de desigualdad de la pendiente e índice relativo de desigualdad, el coeficiente de Gini y curva de Lorenz, y la curva e índice de concentración. Como pasos básicos

iniciales para calcular los indicadores descriptos recomiendan: “tener clara la pregunta conductora del estudio” (ver relación anterior con Recomendación 2); “Definir la población de estudio”; “Definir la unidad de análisis”; “Tener claro el plan de análisis”; “Definir las variables utilizadas, consignando la fuente de información y el año”; “Si no se ha calculado la tasa u otro indicador, obtener la información necesaria para calcularlos” y “Obtener información complementaria, si fuera necesario” (Schneider et al., 2002, p.401).

Por último, en lo que atañe al procesamiento de datos también existen muchas herramientas, posibilidades y formas, lo mismo que sucede con el análisis y la interpretación de los datos o evidencias recolectadas.

RECOMENDACIÓN 8: DISCUSIÓN CRÍTICA SOBRE EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE EVIDENCIAS

Como es sabido, la fase de análisis e interpretación de los datos y las evidencias recolectadas es fundamental para el proceso científico, a lo cual no escapa el análisis de inequidades sociales en salud.

En ese marco, vale la pena recordar los aportes realizados por Whitehead (1991) y otros colaboradores citados anteriormente (Evans et al., 2002). Además de señalar que en los estudios sobre la equidad en salud se utilizan “nociones *intuitivas* sobre lo que es “justo” [...]”⁹ (Evans et al., 2002, p.4), en la definición de “inequidad” aportada por la Whitehead, se señala que para calificar una situación de salud como inequitativa, es necesario primero examinar la causa que la ha creado y después “[...] juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad” (p. 4). Por tanto, según esta visión, el análisis de inequidades implicaría un *juicio*, el cual se enmarca en la consideración de que la inequidad tiene “una dimensión moral y ética” (Whitehead, 1991, p.4).

Esta perspectiva ha repercutido en otros autores que han señalado que “[...] no es posible medir con rigor científico (es decir, con

9

La cursiva es propia.

garantía de validez y reproducibilidad) las inequidades en salud” y que únicamente pueden medirse desigualdades en salud, por lo que “Las inequidades en salud, en cambio, no se miden, se juzgan” y “[...]se basan en un juicio ético sobre las desigualdades en salud observadas” (Mujica y Moreno, 2019, p.3). Sin embargo, esta noción trae consigo algunas reflexiones epistemológicas y metodológicas que es recomendable considerar. Por ejemplo: a) ¿cómo se realiza dicho “juicio ético”? b) ¿ese “juicio ético” es susceptible de la aplicación del método científico o recae exclusivamente al ámbito de la filosofía (ética)? c) ¿ese “juicio ético” se realizaría desde los parámetros de la ética (como área de la filosofía) o es un simple “juicio moral” propio del ámbito de la moral? d) ¿qué principios de justicia se aplican? (MacClure et al., 2019), e) ¿cómo evitar un juicio puramente subjetivo?, f) con base en la perspectiva eliasiana (Eliás, 1983), en este “juicio ético”, ¿cómo se identifican las posiciones de compromiso y de distanciamiento?, g) con base en la perspectiva clásica durkheimiana (Durkheim, 2001) en este “juicio ético”, ¿cómo se distinguen los juicios de valor de los juicios de hecho?, h) ¿ese “juicio ético” implica un acercamiento al subjetivismo y un abandono a la neutralidad axiológica como pretensión de la ciencia positivista?

Aunque en el debate especializado no ha habido un tratamiento amplio a esas preguntas, es recomendable al menos plantear la discusión de las posibles respuestas a esas preguntas u otras similares que aclaren epistémica y metodológicamente los abordajes del “juicio ético” necesario, según los autores citados, para el análisis de ISS. En ese debate, lo que está garantizado es la complejidad.

En ese sentido, como señalan Peter y Evans (2002), “En todos los casos, la evaluación de la imparcialidad de las desigualdades sanitarias será inevitablemente muy compleja y no se deben esperar soluciones sencillas” (p.30). A pesar de eso, mencionan que “las teorías sobre justicia social existentes proporcionan algunas directrices” (2002, p.30) y exponen la forma en que distintos enfoques filosóficos podrían considerar la justicia de las

desigualdades sociales en salud. Entre ellos mencionan la “Doctrina filosófica *utilitarista*”; “las *teorías igualitarias*”; “la teoría de justicia como imparcialidad de John Rawls”, entre otras (Peter y Evans, 2002). Lo único cierto al respecto es la recomendación de plantear una discusión crítica sobre los supuestos, la forma y metodología de análisis/interpretación de las evidencias recolectadas a la luz de las teorías disponibles, sobre todo tomando en cuenta la diversidad de rutas posibles y las implicaciones de tomar una u otra.

RECOMENDACIÓN 9: DIFUSIÓN, COMUNICACIÓN ABIERTA E IMPACTO DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN EN INEQUIDADES SOCIALES EN SALUD

Una vez alcanzados los resultados de la investigación que analiza inequidades sociales en salud, es recomendable comunicar el conocimiento obtenido. En esa línea, los análisis de ISS no escapan a la recomendación dirigida al conocimiento científico en el sentido de que “Debe entrar en contacto con la comunidad científica, ser sedimento para posteriores trabajos, abrir sus propios horizontes disciplinares, proyectarse socialmente”, defenderse y difundirse, siendo la comunicación “un valor añadido para la ciencia” (Perujo, 2009, p.26).

Para tal fin, es recomendable lo ya dicho por Perujo (2009), al señalar que hay que distinguir los públicos o destinatarios a los que se les comunican los resultados de investigación, incluyendo, por qué no, los derivados de los análisis de ISS. El autor recomienda distinguir entre el público general (la sociedad) y los públicos específicos (la comunidad científica), a fin de construir mensajes y relatos diferenciados (Perujo, 2009), a lo que podría sumarse la producción de *policy brief* para audiencias no especializadas.

En el caso del análisis de ISS esta distinción es fundamental, sobre todo por su potencial implicación en los procesos de toma de decisión. Como señalan varios autores, la medición de las desigualdades en salud es el primer paso para “tomar decisiones que pongan en marcha acciones y estrategias destinadas a reducir, y eventualmente a eliminar, dichas

desigualdades” por lo que “Transformar los resultados de investigación de esos estudios en políticas es un desafío que hay que afrontar” (Schneider et.al., 2002, p.414). Todo con el objetivo de que los estudios de este tipo también impacten en los determinantes sociales de la salud y en la vida de las poblaciones.

III. CONCLUSIONES (POR DEFINICIÓN) PRELIMINARES

El análisis de ISS, como todos los diversos conocimientos científicos, son provisionarios e inacabados. “Toda investigación que es dada por concluida no constituye el techo para aquellas que le suceden en el tiempo. Todo lo contrario. Es el suelo del que parten las subsiguientes...” (Perujo, 2009, p.14). Esto es cierto, más aún en un campo como el del análisis de las inequidades sociales en salud caracterizado por su relación con unos eventos en salud y una realidad social cambiante.

Por tanto, cuanto se trata de hacer análisis de ISS, es necesario recurrir a lo mejor de las teorías y las metodologías, asumiendo algunas de las recomendaciones derivadas de reflexiones y experiencias investigativas previas. Esa ha sido la pretensión de este artículo: aportar algunas recomendaciones metodológicas (en un sentido amplio que incluye la dimensión teórica y epistemológica) para el análisis de inequidades sociales en salud.

Para eso, aunque se reconoce que hay múltiples formas de hacer investigación, se realizan recomendaciones que atraviesan los distintos elementos mínimos de un diseño de investigación en ISS; enfatizando la interrelación, la concordancia y la coherencia que deben tener como un todo articulado. Lejos de la subvaloración de los temas epistemológicos y metodológicos, se apuesta por la reflexividad (Vasilachis de Gialdino, 2006) y por la discusión de estos elementos a veces poco abordados en la investigación académica sobre las inequidades sociales en salud.

REFERENCIAS

- Almeida-Filho, N. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús*, 16, 1-34. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2751>
- Alvarado-Prado, R. y Nieto, E. (2019). Factores socioeconómicos y ambientales asociados a la incidencia de dengue: estudio ecológico en Costa Rica, 2016. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 28 (2), 227-238. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292019000200227&script=sci_arttext
- Barbosa, F. (2013). Ulrich Beck e a crítica ao nacionalismo metodológico. *Política & Sociedade-Florianópolis*, 12 (25), 85-97. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2013v12n25p85/26273>
- Barboza-Solís, C., Kelly-Irving, M., Fantin, R., Darnaudéry, M., Torrisani, J., Lang, T. y Delpierre, C. (2015). Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. *Proc Natl Acad Sci USA*, 112 (7), E738-E746. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4343178/pdf/pnas.201417325.pdf>
- Barboza-Solís, C. y Fantin, R. (2017). The Role of Socioeconomic Position in Determining Tooth Loss in Elderly Costa Rican: Findings from the CRELES Cohort. *ODOVTOS-Int. J. Dental Sc*, 19 (3), 79-94. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S2215-34112017000300079&script=sci_abstract&tlng=en
- Barboza-Solís, C., Sáenz-Bonilla, J.P., Fantin, R., Gómez-Duarte, I. y Rojas-Araya, K. (2020). Bases teórico-conceptuales para el análisis de inequidades sociales en salud: una discusión. *ODOVTOS-Int. J. Dental Sc*, 22 (1), 11-21. <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/80274/document%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barrantes, R. (2002). *Investigación: Un camino al conocimiento. Un enfoque cualitativo y cuantitativo*. EUNED.

- Batthyány, K. y Cabrera, M. (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales: Apuntes para un curso inicial*. Universidad de la República.
- Borja-Aburto, V. (2000). Estudios ecológicos. *Salud pública de México*, 42 (6), 533-538. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2000.v42n6/533-538/es>
- Bourdieu, P., Chamboredon, J. C. y Passeron, J. C. (2002). *El oficio de sociólogo*. Siglo XXI Editores Argentina.
- Braveman, P. (2006). Health disparities and Healthy Equity: Concepts and Measurement. *Annu. Rev. Public Health*, 27, 167-194. <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>
- Braveman, P. y Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, 129 Suppl, 19-31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3863696/>
- Burstein, Z. (2013). La revista peruana de medicina experimental y salud pública al término del año 2013 y su proyección al futuro año. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30 (4), 547-550. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1726-463420130004&lng=es&nrm=iso
- Carpenter, Z. (15 de febrero de 2017). What's Killing America's Black Infants?: Racism is fueling a national health crisis. *The Nation*. <https://www.thenation.com/article/whats-killing-americas-black-infants/>
- Carrión, F. y Enríquez, F. (2019) (editores). *Dinámicas transfronterizas en América Latina: ¿de lo nacional a lo local?* OLACCIF, FLACSO Sede Ecuador. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/57547.pdf#page=12>
- Carrión, F. y Pinto, J. (2019). Repensar las fronteras de sus ciudades. En Carrión, F. y Enríquez, F. (eds.), *Dinámicas transfronterizas en América Latina: ¿de lo nacional a lo local?* (pp. 3-17). OLACCIF, FLACSO Sede Ecuador. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/57547.pdf#page=12>
- Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas (2019). *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen del informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas*. Edición revisada. Washington, D.C., OPS.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (s.f). Documento de referencia 3: Conceptos clave. https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_es.pdf?ua=1
- Duque, S. (1999). Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento. *Invest Educ Enferm*, 17(1), 75-85. <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/4816>
- Durkheim, E. (2001). *Las reglas del método sociológico*. Fondo de Cultura Económica.
- Elías, N (1983). *Compromiso y distanciamiento: Ensayos de Sociología del conocimiento*. Ediciones Península.
- Espinoza-Aguirre, A., Fantin, R., Barboza-Solís, C. y Salinas-Miranda, A. (2020). Características sociodemográficas asociadas a la prevalencia del consumo de tabaco en Costa Rica. *Rev Panam Salud Pública*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51930/v44e172020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. y Wirth, M. (eds.) (2002). *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller, OPS, OSP, OMS.
- Fantin, R., Gómez-Duarte, I., Sáenz-Bonilla, J.P., Rojas-Araya, K. y Barboza-Solís, C. (2019). ¿Cómo medir la posición socioeconómica en el marco de las inequidades sociales en salud? *ODOVTOS-Int. J. Dental Sc*, 21 (3), 65-75. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/odovtos/v21n3/2215-3411-odovtos-21-03-65.pdf>

- Fantin, R., Santamaría-Ulloa, C. y Barboza-Solís, C. (2020a). Social inequalities in cancer survival: A population-based study using the Costa Rican Cancer Registry. *Cancer Epidemiol*, 65. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877782120300291?via%3Dihub>
- Fantin, R., Santamaría-Ulloa, C. y Barboza-Solís, C. (2020b). Social gradient in cancer incidence in Costa Rica: Findings from a national population-based cancer registry. *Cancer Epidemiol*, 68. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32795947/>
- Fantin, R., Santamaría-Ulloa, C. y Barboza-Solís, C. (2020c). Socioeconomic Inequalities in Cancer Mortality: is Costa Rica an Exception to the rule? *Int. J. Cancer*, 147 (5). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijc.32883>
- Fantin, R., Delpierre, C., Kelly-Irving, M. y Barboza-Solís, C. (2021). Complex Social Gradient in Life Expectancy in Costa Rica: an Ecological Study with 24-Million Person-Years Follow-Up. *ODOVTOS-Int. J. Dental Sc*, 447-459. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/view/46128/45956>
- Feyerabend, P. (1986). *Tratado contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. Tecnos.
- Franco, Á. (2000). La salud Pública: ciencia en construcción. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18 (1), 41-55. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/966/833>
- Gallo, V., Mackenbach, J.P., Ezzati, M., Menvielle, G., Kunst, A.E., Rohmann, S., Kaaks, R., Teucher, B., Boeing, H., Bergmann, M., Tjønneland, A., Dalton, S., Overvad, K., Redondo, M. L., Agudo, A., Daponte, A., Arriola, L., Navarro, C., Barricante Gurrea A... Vineis, P. (2012). Social inequalities and mortality in Europe-results from a large multi-national cohort. *PLoS One*, 7 (7), 1-11. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0039013>
- Gómez-Duarte, I. (2017). Editorial: Salud y sus determinantes: indicadores, medición, abordajes. *Población y Salud en Mesoamérica*, 14 (2), 1-3. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6566918.pdf>
- González Soriano, J.A. (2002). La teoría crítica de la Escuela de Frankfurt como proyecto histórico de racionalidad revolucionaria. *Revista de Filosofía*, 27 (2), 287-303. <https://eltalondeaquiles.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2015/11/proyecto-racionalidad-revolucion.pdf>
- Gordis, L. (2014). *Epidemiología*. Elsevier.
- Hernández López, D. (2013). La Escuela de Frankfurt. Un acercamiento a su metodología de investigación y su filosofía del poder. *Sincronía*, 63, 1-20. <https://www.redalyc.org/pdf/5138/513851569008.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- Hosseinpoor, A. R., Parker, L. A., Tursan d'Espaignet, E. y Chatterji, S. (2011). Social determinants of smoking in low- and middle-income countries: results from the World Health Survey. *PLoS One*, 6 (5). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21655299/>
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ministry of Health and Welfare.
- Laurell, A. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 1-10. <https://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/10/n37a138.pdf>
- León, P., García, A., Pría, M. y Perdomo, I. (2018). El abordaje de las desigualdades desde la perspectiva de las investigaciones en salud. *Horizonte sanitario*, 18 (2), 101-109. <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v18n2/2007-7459-hs-18-02-101.pdf>
- Lima, M. (2017). Desigualdades en salud: una perspectiva global. *Cienc. Saúde coletiva*, 22 (7), 2097-2108. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002702097&script=sci_arttext&tlng=es#B5
- López Ruiz, M. (2013). Notas sobre el vínculo entre instituciones, desigualdades sociales y salud. *Revista de Ciencias Sociales*, 141, 75-86. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/12483>

- Mac-Clure, O., Barozet, E., Ayala, C. y Moya, C. (2019). El Juicio Subjetivo sobre las Desigualdades Sociales: ¿Qué principios de Justicia se aplican? *DADOS, Rio de Janeiro*, 62 (3), 1-37. <https://www.scielo.br/pdf/dados/v62n3/0011-5258-dados-62-3-e20170247.pdf>
- Marmot, M., Pellegrini, A., Vega, J., Solar, O. y Fortune, K. (2013). Acción con respecto a los determinantes sociales de la salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública*, 34 (6), 382-384. <https://scielosp.org/article/rpsp/2013.v34n6/382-384/>
- Ministerio de Educación Pública, Ministerio de Salud, CEN-CINAI y UNICEF (2017). *Informe ejecutivo Censo Escolar Peso/Talla. Costa Rica 2016*. San José: MEP. <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms//media/digitales/Censo%20escolar%20peso-talla,%20Costa%20Rica%202016.%20Informe%20ejecutivo%20y%20resultados.pdf>
- Morales, C., Borde, E., Eslava, J.C. y Concha, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. Salud pública*, (15) 6, 797-808. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>
- Mujica, Ó. y Moreno, C. (2019). De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Rev Panam Salud Pública*, 43, 1-8. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49755/v43e122019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nantulya, V. y Muli-Musiime, F. (2002). Kenya: identificación de los determinantes sociales de los accidentes de tránsito. En Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. y Wirth, M. (eds), *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción* (pp. 228-245). Fundación Rockefeller, OPS, OSP, OMS.
- Neiman, G. y Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En Vasilachis de Gialdino, I. (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 213-238). Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Informe de Secretaría. 62^a Asamblea Mundial de la Salud. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Documentos básicos. 48^a edición*. OMS. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Perujo, F. (2009). *El investigador en su laberinto. La tesis, un desafío posible*. Comunicación Social Ediciones y Publicaciones.
- Peter, F. y Evans, T. (2002). Dimensiones éticas de la equidad en salud. En Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. y Wirth, M. (eds), *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción* (pp. 26-35). Fundación Rockefeller, OPS, OSP, OMS.
- Popper, K., Adorno, T., Dahrendorf, R. y Habermas, J. (2008). *La lógica de las Ciencias Sociales*. Colofón.
- Rossinot, H., Fantin, R. y Venne, J. (2020). Behavioral Changes During COVID-19 Confinement in France: A Web-Based Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 8444. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7696923/pdf/ijerph-17-08444.pdf>
- Rovira, J. (2004). Ciencia social y valores en Max Weber. *Revista de Ciencias Sociales*, 103-104 (I-II), 127-142. <https://www.redalyc.org/pdf/153/15310410.pdf>
- Ruíz-Taborda, J.P., Higuaita, L.F. y Cardona, J.A. (2021). Reflexión epistemológica para la investigación de los procesos de determinación social de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 39 (1), 1-9. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/e341437/20804533>
- Salaverry, O. (2013). La inequidad en salud. Su desarrollo histórico. *Annu. Rev. Public Health*, 27, 167-194. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400028
- Sautu, R. (2005). La construcción del marco teórico en la investigación social. En: Dalle, P. y otros. *Manual de metodología*.

- Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología* (pp. 29-81). CLACSO.
- Schneider, M.C., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O., Vidaurre, M. y Roca, A. (2002). Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Rev Panam Salud Pública*, 12 (6), 398-415. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v12n6/398-414/es>
- Smith, G.D., Bartley, M. y Blane, D. (1990). The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *Br Med J*, 373-377. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1679935/pdf/bmj00193-0029.pdf>
- Uribe, J. (2011). La investigación documental y el estado del arte como estrategias de investigación en Ciencias Sociales. En Páramo, P. (comp.), *La investigación en Ciencias Sociales: Estrategias de Investigación* (pp. 195-210). Universidad Piloto de Colombia.
- Vásquez-Cupeiro, S. (2015). Ciencia, estereotipos y género: una revisión de los marcos explicativos. *Revista de Ciencias Sociales*, 22 (68), 177-202. <http://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v22n68/1405-1435-conver-22-68-00177.pdf>
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino, I. (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp.23-64). Gedisa.
- Vega, J., Solar, O. y Irwin, A. (2005). Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En Jadue, L. y Marín, F. (eds.), *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad* (pp. 9-18). ICES.
- Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Med Per*, 28 (4), 237-241. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
- Wade, D. y Halligan, P. (2004). Do Biomedical Models of Illness Make for Good Healthcare Systems? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 329 (7479), 1398-1401. <https://www.bmj.com/content/329/7479/1398>
- Whitehead, M. (1991). *Los conceptos y principios de la equidad en salud*. OPS.
- World Health Organization (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. WHO.

Fecha de ingreso: 02/07/2021

Fecha de aprobación: 08/08/2022