

La relación entre causas sociales y salud. Más allá del debate determinantes-determinación de la salud.

Adriana Murguía Lores.

Cita:

Adriana Murguía Lores (2019). *La relación entre causas sociales y salud. Más allá del debate determinantes-determinación de la salud. XXXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Lima.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-030/1934>



La relación entre causas sociales y salud. Más allá del debate determinantes-determinación de la salud

Adriana Murguía Lores

Resumen

A partir de la década de los años setenta del siglo pasado, la epidemiología crítica y la medicina social latinoamericanas han cuestionado tanto los supuestos epistemológicos de la epidemiología tradicional, como el posterior desarrollo del marco de los determinantes sociales como pilar de la explicación de las inequidades en salud. Estos cuestionamientos se han dirigido a la falta de sustento teórico de la epidemiología; a la reducción de los determinantes en factores cuantificables, y a las nociones de causalidad que subyacen a dichos modelos. Los análisis de la epidemiología crítica latinoamericana han destacado importantes limitaciones teórico-metodológicas de los modelos dominantes en el abordaje de la relación entre las causas sociales y los procesos de salud/enfermedad. Sin embargo, el objetivo de este trabajo es plantear que la teoría de las causas sociales como causas fundamentales ofrece respuestas satisfactorias a algunas de críticas elaboradas por esta escuela, sin abandonar la relación epistémica entre explicación y causalidad, un abandono que han planteado importantes representantes de la epidemiología crítica.

Palabras clave

Epidemiología crítica, medicina social, Latinoamérica, social, salud.

Introducción

Desde el siglo XIX la evidencia empírica sobre la relación entre la distribución de la salud/enfermedad de las poblaciones y sus condiciones de vida se ha incrementado constantemente. Dicha asociación se mantiene a pesar del cambio en los patrones de morbilidad/mortalidad, así como del incremento de la esperanza de vida de la población en general resultado de los logros de la biomedicina y la epidemiología. Estos cambios ponen de manifiesto que los factores sociales adquieren un lugar cada vez más importante en la explicación de los patrones de salud/enfermedad: en la medida en que la posibilidad de intervenir médicamente los procesos se incrementa, la importancia de los factores sociales se profundiza, porque no es la intervención médica por sí misma la que puede explicar la salud de los grupos sociales. Una ilustración de esta realidad es que la relación entre diversos factores sociales y resultados inequitativos en salud se mantiene, por ejemplo, en regiones tan contrastantes como Europa, en donde la gran mayoría de los países cuenta con sistemas universales de salud, y América Latina, en



donde el acceso a los servicios es muy desigual, y en donde la coexistencia de enfermedades infecciosas y crónicas multiplica la carga de la enfermedad.

La generalidad de este hecho no ha producido uniformidad en las formas de encararlo, ni epistémica ni prácticamente. En el complejo campo constituido por la epidemiología, la epidemiología social, la medicina social y la salud pública, en el que participan actores de ámbitos muy diversos –académicos, de los sistemas de salud, de organizaciones internacionales- no necesariamente se comparten los supuestos ontológicos y epistémicos que sustentan la producción de conocimiento, y por tanto, se sostienen concepciones diversas sobre las intervenciones adecuadas para enfrentar los problemas derivados de la relación positiva entre la desigualdad social y las inequidades en la salud. Respecto a este problema, en nuestro contexto destaca la contraposición que se ha producido en la última década entre la investigación sobre los determinantes sociales de la salud y la determinación social defendida por la epidemiología crítica latinoamericana.

El objetivo de este trabajo es argumentar que la teoría de las causas sociales como causas fundamentales aporta una respuesta satisfactoria a alguna de las críticas centrales que la epidemiología latinoamericana ha formulado tanto a la epidemiología tradicional como a la epidemiología de los determinantes sociales de la salud: las nociones de causalidad que subyacen a dichas propuestas y su sustento teórico. Con este propósito, el trabajo desarrolla la siguiente estructura: I) Delineo la emergencia de la discusión determinantes/determinación de la salud en el contexto de la epidemiología social. II) Describo la noción de causalidad de los modelos epidemiológicos dominantes criticados por la epidemiología crítica. III) Argumento que la búsqueda de mecanismos tal como propone la teoría de las causas sociales como causas fundamentales supera la noción de causalidad que rechaza la epidemiología crítica, sin abandonar la relación epistémica fundamental entre causalidad y explicación.

Epidemiología, epidemiología social, epidemiología crítica

La medicina social europea del SIX constituyó un hito respecto de la atención que prestó a la relación entre los procesos de salud/enfermedad y las condiciones de vida de las poblaciones. No obstante, los logros de la teoría germinal de las enfermedades produjeron un viraje hacia la búsqueda de agentes patógenos “socialmente neutros” como causa de las enfermedades, y esta búsqueda sentó las bases tanto de la medicina



biomédica -volcada a la curación de individuos enfermos- como de la epidemiología unicausal.

Sin embargo, el creciente peso de las enfermedades no contagiosas evidenció las limitaciones tanto de la epidemiología volcada a la búsqueda de la relación entre una causa y un efecto, como del modelo de la medicina curativa. Siendo así, mediando el siglo XX surgió lo que David Armstrong denomina la medicina de la vigilancia, que constituye una nueva forma de práctica médica que subraya la interacción de múltiples factores en la producción de las enfermedades y la ampliación de la vigilancia médica a la población en su conjunto, lo que ha tenido importantes consecuencias medicalizadoras.

Uno de los pilares de la medicina de la vigilancia es la epidemiología de los factores de riesgo, a la que subyace una lógica causal probabilística y cuyo desarrollo ha conducido a la formulación de refinamientos técnicos y metodológicos cada vez mayores, capaces de abordar la causalidad múltiple que caracteriza a las enfermedades crónicas. Esta complejización, sin embargo, ha profundizado la individualización y biologización de una disciplina que debiera ser, por definición social: “La individualización del objeto de estudio de la epidemiología se refiere al proceso por el cual la salud se concibe como un proceso definido exclusivamente a nivel de los individuos, y cuyos determinantes se limitan a factores o procesos que ocurren exclusivamente a nivel individual... la biologización es el proceso por el cual los determinantes de la salud se conciben exclusivamente a nivel de las características biológicas”. Estas características han sido tan dominantes en la investigación epidemiológica, que desde diferentes ámbitos –las ciencias sociales y la epidemiología misma- se han producido llamadas a la consideración de los factores sociales.

Hacia la mitad del siglo pasado se propuso en la *American Sociological Review* el término epidemiología social, como una propuesta a investigar la relación entre salud y sociedad explícitamente vinculada a la sociología. Más tarde, Leo Reeder, uno de los fundadores de la sociología médica, definió la epidemiología social como el estudio del papel de los factores sociales en la etiología de la enfermedad, y le otorgó a la teoría un lugar prominente en este empeño. A pesar de estas propuestas sociológicas, la posterior institucionalización de la epidemiología social constituyó una especialización interna de esta disciplina, que por tanto heredó sus métodos, orientaciones, y la distancia entre la investigación epidemiológica y la teoría sociológica.



La primera teoría formulada por la epidemiología social para explicar la relación causal entre biología y medioambiente social –como le denominó John Cassel en 1976- fue la teoría psicosocial, que sostiene que estresores psicosociales como la desorganización social, la marginación y el aislamiento alteran la susceptibilidad de los individuos a las enfermedades porque afectan funciones neuroendocrinas. Posteriores ampliaciones de la teoría proponen la carga alostática como mecanismo que explica por qué los estresores psicosociales pueden ser directamente patogénicos y no solo alteradores de la susceptibilidad a las enfermedades. Esta teoría conecta directamente procesos biológicos y sociales, sin embargo, generalmente no aborda la distribución de los factores estresantes como producto de procesos sociopolíticos y económicos

Un segundo conjunto de propuestas se ha abocado a la investigación de los procesos que la teoría psicosocial no elabora. Estos se agrupan bajo dos denominaciones: teorías de la producción social de la enfermedad y de la economía política de la salud. Estas formulaciones emergieron en el clima político de las décadas de los 60 y 70 tanto en Europa como en Estados Unidos. En América Latina emergió la epidemiología crítica, respaldada por la fuerte presencia del marxismo en las universidades públicas. Su impronta ha sido muy importante en los programas de medicina social de la región, y su énfasis en las dimensiones macro ha conducido a sus defensores a prestar especial atención a los sistemas de salud y a las políticas sanitarias del subcontinente.

En la tradición anglosajona se incluye en este conjunto la investigación sobre los determinantes sociales de la salud. Este constituye un campo diverso en el que existe una amplia variedad de formas de definir y analizar los determinantes. Sin embargo, el campo se caracteriza por dos elementos: la constante tematización de las inequidades en la salud, y el uso de herramientas sociológicas.

En este segundo conjunto de teorías la atención recae en las estructuras económicas y políticas que producen y reproducen las inequidades en salud sin “buscar de forma sistemática integrar los conceptos biológicos en la explicación de la modelación social de la salud”

Hacia finales del siglo pasado surgió una tercera corriente de teorías de epidemiología social: aquellas que proponen la creación de modelos ecológicos, que abarcan múltiples niveles de organización –biológico, psicológico, social- de manera dinámica, con la intención de superar la causalidad lineal característica de la epidemiología tradicional: “el paradigma ecoepidemiológico... firmemente enraizado en los postulados de la salud



pública...considera que los diferentes niveles de organización aportan elementos causales y patogénicos disímiles al proceso de salud/enfermedad, por lo que la elaboración de teorías explicativas en los diferentes niveles permite entender específicamente la enfermedad y su prevención”

Este rápido esbozo del desarrollo de la epidemiología social permite vislumbrar su complejidad, dada la diversidad de programas de investigación que alberga, lo que dificulta enormemente hacer generalizaciones sobre el conocimiento producido en el área. Aquí interesa destacar la contraposición que se ha producido entre la investigación sobre los determinantes sociales de la salud y aquella sobre la determinación social desarrollada por la epidemiología crítica latinoamericana. Ambas comparten la preocupación por las inequidades en salud; la incorporación a la epidemiología social de la consideración de las condiciones macroestructurales como causa de las enfermedades y la reflexión sobre las consecuencias prácticas del conocimiento producido. A pesar de coincidir en estos importantes puntos de partida, las posiciones ideológicas, epistemológicas y teóricas de las que parten dichas propuestas son distintas, y la crítica de la epidemiología latinoamericana al enfoque de los determinantes se centra en dos cuestiones que la primera ha elaborado desde su surgimiento en la década de los setenta: la causalidad y la explicación.

Riesgo, determinantes, determinación. Causalidad y explicación

Como ya se señaló, la epidemiología crítica latinoamericana surgió como contrapropuesta de la epidemiología tradicional, su biologicismo e individualismo. En palabras de Jaime Breilh, uno de sus principales representantes:

“Bajo el influjo social de los 70 se crearon las condiciones para que varios núcleos de la medicina social de América Latina se enfocaran en la relación entre el orden social capitalista y la salud, escenario en el que fue posible proponer de manera directa y pormenorizada el uso de la noción de determinación social de la salud en la epidemiología...herramienta teórica...forjada en el debate y la ruptura con el canon de la epidemiología clásica y su multicausalismo lineal, luego frente al modelo empírico-funcionalista de la epidemiología ecológica y ahora, frente a la epidemiología de los determinantes sociales de la salud”

En este proceso de simultánea crítica y producción, dos cuestiones han constituido focos de atención permanente de la epidemiología crítica: las nociones de causalidad



en uso en los modelos que critican y falta de teorías que fundamenten la interpretación de la evidencia.

Como afirma Breilh, el primer momento de desarrollo de la escuela latinoamericana lo constituyó la confrontación con el canon de la epidemiología tradicional, es decir, la epidemiología de los factores de riesgo. Destaca a este respecto la crítica a su reduccionismo y linealidad. El reduccionismo se refiere a la explicación de la realidad social en términos de sus componentes, que se consideran ontológicamente precedentes, y la linealidad se asocia a que la investigación se mantiene en un solo nivel de análisis. Estas características se ilustran en la siguiente cita, de un texto sobre la inferencia causal en epidemiología:

“...a diferencia de lo clínicos, para los epidemiólogos (y salubristas) nuestro objeto de estudio son las poblaciones. Las poblaciones son conjuntos de individuos y por tanto podemos estimar un efecto causal agregado: el efecto causal promedio en una población de individuos. A nivel poblacional podemos establecer efectos causales promedio bajo una u otra condición”.

Para la epidemiología crítica esta concepción de las poblaciones como agregación de individuos resulta inaceptable, y frente a ella propone el colectivo que “implica un grupo humano que es social e histórico”, inserto en relaciones sociales que no pueden reducirse a nivel de los individuos, sino que los precede. Asimismo, para esta escuela, anclada en una concepción teórica totalizadora de la sociedad y dinámica de los procesos, la estimación de causalidad a partir del análisis estadístico de asociaciones fragmenta la realidad y cosifica las relaciones causa-efecto. En este sentido es que se critica la concepción humeana de causalidad que guía a esta clase de investigación epidemiológica, una concepción que no se pregunta por los mecanismos que subyacen a las asociaciones observadas.

Habría que decir que algunas de las limitaciones de la epidemiología de los factores de riesgo han sido objeto de reflexión al interior mismo de esta tradición. No sólo porque los mecanismos que producen las enfermedades permanecen como cajas negras inexploradas cuando solamente se observan asociaciones entre exposiciones y enfermedades, sino porque la teoría contrafactual que sustenta desde hace casi un siglo la inferencia de efectos causales es poco adecuada para la investigación de dimensiones sociales resistentes al control, la eliminación de sesgos y la cuantificación.



A pesar de que las críticas al interior de la epidemiología tradicional condujeron a la disciplina a refinamientos metodológicos y técnicos que han posibilitado la incorporación de dimensiones sociales a la investigación, a decir de los críticos latinoamericanos esta ampliación no ha alterado sus presupuestos ontológicos y epistemológicos centrales. En ese sentido, por ejemplo, Naomar De Almeida, uno de los representantes salientes de la tradición latinoamericana afirma que, al otorgarse el mismo peso a los diversos factores en los modelos multicausales, se desvirtúa el carácter social de la enfermedad

En el contexto anglosajón, desde los últimos años del siglo pasado las críticas a la epidemiología multicausal también han conducido a la propuesta de modelos alternativos, como los ya mencionados modelos eco-sociales. Por ejemplo, en un texto de 1998, el prominente epidemiólogo Mervin Susser, uno de sus proponentes afirmaba:

...la moderna epidemiología de los factores de riesgo... no aprovecha ni la profundidad y precisión de los microniveles, ni la amplitud de los macro niveles. No caricaturizo al decir que la epidemiología de los factores de riesgo, aunque se describe como una ciencia poblacional, tiende a concebir su objetivo en un solo nivel de análisis y una agregación de individuos desconectados”

Los modelos eco-epidemiológicos reconocen la causación de múltiples niveles de organización –celular, individual, comunitario, poblacional-, así como la necesidad de desarrollar métodos adecuados (cualitativos y cuantitativos) para investigarlos. Con este propósito manifiestan la necesidad de evitar tanto la falacia ecológica –consistente en inferir causalidad a nivel individual a partir de comparaciones de nivel poblacional- como la falacia atomística –consistente en inferir causalidad a nivel de la población a partir de comparaciones de nivel individual- y evitar asimismo otorgarles el mismo peso a factores que por sus propiedades deben ponderarse de manera diferenciada, como suelen hacerlo los modelos multicausales.

Algunos modelos de la epidemiología ecológica aspiran a una epidemiología integrativa en la que la investigación de factores de riesgo se complementaría con estudios de otros niveles; otros, al desarrollo de una teoría ecológica comprehensiva

Si bien los modelos eco-epidemiológicos y la epidemiología latinoamericana coinciden en la crítica al “aplanamiento” causal de los modelos tradicionales, los primeros contrastan con la concepción explícita de la epidemiología crítica como una epidemiología de la desigualdad que considera que la determinación de los procesos de



salud/enfermedad se encuentra en las condiciones socioeconómicas de los colectivos y que la investigación de este proceso define su objeto.

El interés en las inequidades en salud y su relación con las condiciones sociales macroestructurales es compartido por la epidemiología crítica y el campo de los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, desde hace un poco más de una década, estas últimas se han contrapuesto a la determinación social de la salud. Esta contraposición constituye, como afirma Breilh, el último giro en el desarrollo de la tradición latinoamericana.

Si bien no existe una definición unívoca de los determinantes sociales, la concepción de la Organización Mundial de la Salud ha adquirido una gran influencia después de que en 2008 la comisión organizada para abordarlos publicara un informe producto de tres años de trabajo. En este documento se afirma:

La comisión tiene una visión global de los determinantes sociales de la salud. La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población...los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país” (cursivas añadidas).

Llama la atención en esta cita la coincidencia con la epidemiología crítica en términos del interés por las inequidades, la atención en el nivel estructural de los procesos y la postura normativa, es decir, la afirmación de que las inequidades son evitables, y por tanto, injustas. Surge entonces la pregunta por las razones de la crítica de la tradición latinoamericana al marco de los determinantes.

En 2008, después de que la comisión de la OMS publicara su informe, se organizó en el contexto de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social un taller para analizarlo, el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. La discusión que generó este encuentro evidenció las principales diferencias entre ambas posturas. La más importante la constituye el posicionamiento teórico que se deriva de concepciones ontológicas distintas.



Desde su origen, la epidemiología latinoamericana ha concebido los procesos de salud/enfermedad como resultado de las contradicciones de las sociedades capitalistas: “En las formaciones capitalistas, estos procesos esenciales de la reproducción social expresan la contradicción histórica entre: propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza que deviene en las relaciones económicas de explotación y exclusión, en relaciones de poder profundamente asimétricas y opresivas. Esta toma de posición ontológica sobre la naturaleza de la sociedad, se opone a la posición de la OMS, que, afirman los académicos latinoamericanos, carece de una elaboración explícita sobre la sociedad.

Si bien efectivamente la literatura sobre los determinantes sociales (es decir, no solo la producida por la OMS, sino la del campo más amplio de la producción anglosajona) carece de una teoría de la sociedad, se infiere de la lectura que su marco de observación lo constituyen las sociedades liberales de derecho, y por ende las diferencias ontológicas con la epidemiología latinoamericana son irreductibles, y de éstas se derivan diferencias teóricas importantes: en la investigación el lugar de las clases sociales de la producción latinoamericana es ocupado por el estatus socioeconómico y es éste el que se relaciona con los procesos de salud/enfermedad. Esta diferencia resulta central, dado “la clase social es lógicamente anterior a su expresión en la distribución de las ocupaciones y sus ingresos, la riqueza, la educación y el estatus social”.

En relación directa con esta diferencia central, otra crítica la constituye que en el marco de los determinantes sociales las estructuras sociales se desagregan en variables cuantificables, y a esta desagregación de los determinantes en factores causales, la epidemiología latinoamericana opone la determinación social, “que implica la integralidad del sujeto en relación con su realidad, a sus contextos significativos, a su cultura, a su salud enfermedad, a su ubicación en el proceso productivo...”

Este rápido recorrido por de las críticas de la epidemiología latinoamericana a la investigación sobre los determinantes sociales de la salud evidencia que las diferencias encuentran sus raíces en supuestos ontológicos que a su vez conducen a concepciones diferentes sobre cómo acercarse al conocimiento de la realidad, y en esta crítica la causalidad constituye una constante en la producción de esta escuela. Sin embargo, habría que decir que tanto en la práctica científica como en la filosofía de la ciencia la discusión sobre la causalidad y la explicación causal han avanzado en sentidos que la epidemiología latinoamericana no ha elaborado. Rechazar la causalidad empirista no



tiene por qué derivar en un rechazo de la causalidad en sí misma; la superación de la causalidad empirista no conduce a la “superación del causalismo”, como afirma Jaime Breilh.

Las causas fundamentales y los mecanismos que subyacen a las inequidades en salud

La crítica de la epidemiología latinoamericana en relación con la causalidad se ha centrado en la concepción humeana que subyace a los modelos epidemiológicos tradicionales, es decir, a la causalidad reducida a conjunciones constantemente observadas. Esta concepción, como argumentan los epidemiólogos latinoamericanos, está inextricablemente ligada al empirismo, y sus limitaciones han sido ampliamente elaboradas y reconocidas. En ese contexto es que durante las últimas décadas se ha producido un resurgimiento de los debates sobre la causalidad tanto en las ciencias como en la filosofía, y el retorno de una concepción realista de la causalidad que se opone a principios empiristas básicos. El realismo sobre las causas tiene dimensiones ontológicas y epistemológicas: frente al escepticismo respecto de nuestra capacidad de acceder a la realidad del mundo -una tesis central de la concepción humeana de causalidad-, afirma la posibilidad de que nuestro mejor conocimiento científico lo haga.

En la epidemiología esta discusión ha conducido a dos posturas: por un lado, a la reivindicación de la concepción tradicional criticada por la escuela latinoamericana: la epidemiología de las cajas negras, cuyo objetivo se limita al análisis estadístico de asociaciones. Por otro, a la afirmación de que la inferencia causal en epidemiología implica descubrir mecanismos, y que éstos constituyen la vía para establecer hipótesis causales plausibles.

Como afirma el filósofo de la epidemiología Alex Broadbent, para quienes trabajan con determinantes sociales de la salud, la identificación de mecanismos por medio de los que los primeros producen sus efectos resulta crucial, porque es a través de su elucidación que los determinantes sociales como causas de la salud/enfermedad adquieren plausibilidad. El sociólogo Daniel Little lo ilustra de la siguiente manera: “la raza en sí misma no es un mecanismo causal, sino más bien un factor social que juega en una variedad de mecanismos...la raza está asociada con resultados diferenciales en salud...La tarea del sociólogo es descubrir alguno de los mecanismos o caminos a través de lo que la raza ejerce influencia en la salud”



Siguiendo este razonamiento, ni el nivel socioeconómico, ni el género, ni la clase social constituyen en sí mismos los mecanismos que producen las ventajas/desventajas en salud de las que existe amplia evidencia. Estos son factores sociales que ejercen sus efectos a través de mecanismos que se postulan teóricamente, porque no se pueden inferir de las asociaciones observadas.

En este último sentido, la búsqueda de mecanismos causales implica otra diferencia crucial con el empirismo y con la epidemiología de las cajas negras: postularlos requiere de teorías sustantivas del ámbito de la realidad del que se trate. Sin embargo, a este respecto también surge una diferencia importante con la epidemiología latinoamericana: la búsqueda de los mecanismos que explican las inequidades en salud no compromete una teoría de la sociedad omniabarcativa.

Como se expuso antes, la determinación defendida por la epidemiología latinoamericana se fundamenta en una teoría de la sociedad y se critica a la investigación sobre los determinantes porque carece de ella. Pero esta es una crítica que corre el riesgo de caer en la falacia de la regresión del porqué, que consiste en “la resistencia a aceptar una explicación sobre la base de que la explicación misma no ha sido explicada. Como regla general, esto es una falacia porque una explicación puede ser buena, aunque no provea la explicación completa del explanandum”

En el caso que nos ocupa, buscar los mecanismos mediante los que los factores sociales producen inequidades en salud constituye un ámbito de investigación legítimo, capaz de producir explicaciones plausibles, que no necesariamente se tiene que fundamentar en una teoría de la sociedad como aquella de la que parte la epidemiología latinoamericana. Por el contrario, “el descubrimiento de mecanismos sociales requiere la formulación de teorías de nivel medio de estos mecanismos y procesos... explicaciones de los procesos sociales reales que tienen lugar a nivel más alto que los de la acción individual pero más bajo que la teoría de los sistemas sociales” En ese sentido, los mecanismos que se proponen son mecanismos locales, que operan el ámbito de investigación del que se trata.

Enmarcada en esta lógica, durante la última década del siglo pasado en el ámbito de la sociología médica se propuso la teoría de las causas sociales como causas fundamentales como una manera de acercarse al problema, “que se puede afirmar, es el más importante en la intersección entre sociología y epidemiología... cómo



comprender la generalizada relación positiva entre diversos indicadores de posición social...y la salud”

Las causas sociales son causas fundamentales porque: 1) mantienen una relación persistente con los resultados en salud con los que se asocian causalmente; 2) se relacionan con múltiples resultados de salud; 3) no se pueden reducir a explicaciones de otro nivel (por ejemplo, de conductas individuales)

Partiendo de esta concepción, la elaboración primera de Link y Phelan propuso el uso de recursos flexibles diferencialmente distribuidos –materiales, de poder, de conocimiento y relaciones sociales- como los mecanismos a través de los que las causas sociales producen inequidades en la salud. Esta concepción tiene la ventaja teórica de introducir la agencia de los actores sociales sin reducirla al voluntarismo que subyace a la individualización de los factores de riesgo: los agentes toman decisiones, pero lo hacen con acceso a recursos diferencialmente distribuidos. Posteriores refinamientos de la teoría proponen mecanismos adicionales como el habitus, las redes sociales y la agencia institucional para comprender los procesos sociales que subyacen a los patrones inequitativos en salud.

La teoría de las causas sociales como causas fundamentales supera la causalidad criticada por la epidemiología latinoamericana, pero a diferencia de ésta, propone una serie de mecanismos locales que posibilitan la investigación cuantitativa y cualitativamente de cómo se producen las disparidades en salud en contextos concretos, en los que los actores sociales usan los recursos a los que tienen acceso – materiales, sociales, epistémicos- de maneras que explican cómo se producen las vías causales por las que se producen las disparidades e injusticias en salud tan ampliamente documentadas. Constituye una teoría que abre un camino para la producción teórica, pero también para una investigación empírica que, como afirman sus proponentes, aborda la pregunta central en el cruce la epidemiología con la sociología médica.

Notas

¹ Universidad Nacional Autónoma de México