

# Equidad en salud: concepciones e implicaciones

---

[Cómo citar este artículo: Tarupi, W. Equidad en salud: concepciones e implicaciones. *Práctica Familiar Rural*. 2019 noviembre; 4(3).]

**Wilmer Tarupi[a]**

a.Universidad UTE. DOI: <https://doi.org/10.23936/pfr.v4i3.111>

Recibido: 04/10/2019 Aprobado: 29/11/2019

## RESUMEN

El contexto global de creciente desigualdad social con serias repercusiones en la salud, vuelve urgente y necesaria la reflexión sobre lo justo en salud. A partir de una revisión sobre las diferentes concepciones de equidad en salud, en el marco de la discusión ético-política de la justicia social, se busca discutir elementos que aporten a la construcción de metodologías plurales para comprender la equidad en salud. La revisión se realiza con base a dos principios esenciales de la vida social humana que fundamentan las concepciones de justicia social, la libertad y la igualdad.

**Palabras Clave:** equidad en salud; salud pública; justicia social

**Equity in health: conceptions and implications**

## ABSTRACT

The global context of growing social inequality with serious repercussions on health, makes reflection on health equity urgent and necessary. Based on a review of the different conceptions of equity in health, in the framework of the ethical-political discussion of social justice, we seek to discuss elements that contribute to the construction of plural methodologies to understand health equity. The review is carried out based on two essential principles of human social life that underpin the conceptions of social justice, freedom and equality.

**Key words:** health equity; public health; social justice

## Introducción

En el marco de la agenda de equidad global, impulsada por la comisión de los determinantes sociales de la salud (CDSS) (1), varios estudios han documentado la existencia de desigualdades sustanciales en el poder, la riqueza y los ingresos, que se expresan en las diferencias en salud entre países y entre grupos sociales dentro de los países (2). La constatación de la persistencia de enfermedad y muerte evitable en grandes grupos de la población, situación que afecta principalmente a los más pobres, las minorías étnicas y los subalternos afectando la posibilidad de disfrutar del más alto nivel posible de salud (3); ha permitido retomar a nivel mundial el tema de equidad en salud, es decir, la valoración de las desigualdades sociales que determinan la salud.

Existen, sin embargo, varios tipos de concepciones de equidad en salud que conviven al interior de las sociedades enfocándose en aspectos específicos de la vida de los individuos. Estas concepciones tienen implicaciones tanto en la forma de valoración de las desigualdades, como en las opciones de transformación de esas desigualdades (1, 4) para la construcción de una sociedad equitativa. En general, las concepciones de equidad conllevan una valoración sobre lo que es justo y esto, a su vez, depende de las posiciones ético-políticas de cada persona. En ese sentido, para sociedades multiculturales y plurinacionales como la ecuatoriana, la reflexión sobre estas posturas que permita la construcción de alternativas plurales resulta necesaria.

Desde el año 2008, Ecuador reconoce a la salud como un derecho garantizado por el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. Con este contexto, el presente documento pretende aportar elementos a la construcción de metodologías plurales de comprensión de equidad en salud, a partir de la revisión de las diferentes concepciones de equidad en salud, en el marco de la discusión ético-política de la justicia social.

## La justicia social

La forma como se entiende una sociedad justa varía con las condiciones históricas, socioculturales, económicas y políticas. Lo que entendemos como justo está cruzado por nuestros valores y, por lo tanto, es un asunto ético, moral y político (3, 5-8), con serias repercusiones sobre la vida en sociedad. Para Aristóteles, por ejemplo, la

justicia es la virtud social por excelencia que implica dar a cada uno lo que le corresponde, responder sobre qué es lo que le corresponde a cada uno se ha convertido, por tanto, en parte de las reflexiones que fundamentan las concepciones de justicia.

Las diferentes concepciones de justicia social se han mantenido en conflicto a lo largo de la historia, permitiendo dar cabida a diversas concepciones de equidad en salud (5, 9). La revisión conceptual de la equidad en salud permitirá visibilizar las implicaciones prácticas y proponer elementos para su comprensión en el contexto latinoamericano. La contraposición se realiza con base a dos principios esenciales de la vida social humana que fundamentan las concepciones de justicia, la libertad y la igualdad.

## Equidad en salud desde la libertad como principio individual

Los enfoques desde esta postura, van desde aquellos que fundamentan la equidad en salud en la libertad con énfasis en la libertad negativa, hasta aquellos que priorizan la libertad positiva. La libertad negativa y la libertad positiva corresponden a dos dimensiones de la libertad, la primera consiste en la inexistencia de coacción en las acciones de un individuo, es decir un individuo es libre en la medida en que nada o nadie -el Estado por ejemplo- restrinja su acción y, la segunda, se refiere a la posibilidad de elegir la naturaleza de la vida que se tiene razón para atesorar (10).

Aunque la libertad sea el eje de la concepción de equidad en salud, las perspectivas que se configuran a partir de allí son múltiples. En primer lugar tenemos la concepción de justicia desde la perspectiva liberal y neoliberal, ésta se sustenta en las propuestas contractualistas de John Locke del siglo XVII y posteriormente reinterpretadas por Robert Nozick en el año 1974, para quienes la vida, la libertad y la posesión de bienes y recursos materiales son los derechos naturales o “dones” asignados por Dios a la especie humana. La justicia, en este sentido, implica un contrato entre seres humanos libres e iguales que ceden su poder al Estado como garante de esos tres derechos (11). Se trata, en síntesis, de una visión de justicia de tipo individualista, ligada a la propiedad (12). Desde esta perspectiva, la salud pertenece al ámbito de la vida privada, por lo que la elección y distribución de los cuidados médicos debe hacerse prioritariamente a través del intercambio en el mercado, sobre la base de la libre elección, reduciendo la intervención del Estado a programas básicos para la atención de los más pobres (9). Esto implica que las desigualdades de salud en sí mismas no son intrínsecamente problemáticas, las desigualdades que son el resultado de elecciones libres de una persona serían

aceptables y justas (13). Las desigualdades en salud tienden a ser naturalizadas y sin la necesidad de ser transformadas o revertidas, sino únicamente mitigadas mediante actividades filantrópicas.

La perspectiva utilitarista, planteada en el siglo XIX por Jeremy Bentham y desarrollada en la Economía del Bienestar durante el siglo XX, dio a la felicidad el estatuto de importancia única en la evaluación del bienestar y la ventaja, considerando de esta manera que el bienestar individual está representado por la utilidad individual (identificada típicamente como la felicidad). Así, la equidad no es más que el mayor grado de bienestar posible para el mayor número de individuos (7, 9). Argumentar en contra de la felicidad como elemento fundamental en la vida humana no resulta práctico, sin embargo el utilitarismo propone a la felicidad como único elemento evaluatorio sin importar otros aspectos como la fraternidad, la igualdad o la solidaridad y, por otro lado, tiende a ignorar los problemas de desigualdad en la distribución del bienestar y de la utilidad entre las personas.

Para algunos críticos, esta postura puede conducir a extremar las desigualdades ya que las diferencias de los resultados de salud entre los grupos sociales importan solo secundariamente; lo importante son los resultados sanitarios finales y la gravedad de la enfermedad y no quién está enfermo y a través de qué caminos adquirió la enfermedad (14). Bajo esta perspectiva, por ejemplo, podemos citar las propuestas metodológicas sobre el cálculo de costo-beneficio y la identificación de prioridades a partir de una valoración de las pérdidas, denominada “carga de la enfermedad” o “años de vida potencialmente perdidos” o “años de vida ajustados a la discapacidad” (5).

Desde la perspectiva del liberalismo social, la equidad se fundamenta en la posición liberal neokantiana de John Rawls, quien propone una teoría de la justicia distributiva como aquel acuerdo social que permite establecer cómo organizar instituciones justas y legítimas que, a su vez, permitan concebir una sociedad equitativa basada en la dignidad humana, y que procura gestar acuerdos para una distribución desigual que favorezca a los menos favorecidos (5, 9, 11, 15). La justicia se basa en una combinación especial entre la dimensión negativa de la libertad y el principio de igualdad. Por un lado el papel atribuido a las instituciones y, por otro, el énfasis que hace en la necesidad de condiciones y medios para que las personas tengan las mismas oportunidades de ejercer su libertad.

Dentro de las posturas derivadas del enfoque rawlsiano se encuentra el planteamiento de Margareth Whitehead, retomado por la Organización Mundial de

la Salud (16) y la Organización Panamericana de la Salud (17) en la década de los noventa (9, 18); que refiere a la equidad como la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible (19). En sintonía con estas propuestas de equidad, surge el planteamiento de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (1). Esta postura reconoce y reivindica la relevancia de lo social en la etiología de los problemas de salud. Consideran que lo social no es una condición natural ni depende de la voluntad individual, sino que es construido por las relaciones y la interacción humana (1). La evidencia desde esta concepción ha sido ampliamente difundida y, como lo afirma Oliva López Arellano, ha permitido dar visibilidad e importancia a lo social en la producción de las condiciones de enfermedad, muerte y atención a la salud en las últimas dos décadas a nivel global (20). Sin embargo, esta postura no cuestiona las bases estructurales de las inequidades en salud que están relacionadas con el modelo de acumulación capitalista (13), su postura ante las desigualdades, más bien, propende por el logro de igualdad mediante acciones de justicia distributiva con subsidios cruzados, beneficencia y cooperación (13).

A partir de la crítica a Rawls y Bentham, Amartya Sen y Martha Nussbaum elaboran una propuesta de justicia enfocándose en la libertad de ser, hacer y decidir de una persona, y no en la felicidad o en los bienes materiales. Sen busca, a partir de la teoría de las capacidades y funcionamientos, evaluar el bienestar y la libertad real para hacer las cosas que le resulta valioso hacer a una persona. Esta postura significa un cambio en la forma de pensar la sociedad, en la medida que implica demandas diferentes que debe emprender la sociedad para mejorar la calidad de vida de sus miembros. Sen reconoce que su planteamiento se asienta sobre la idea de que una vida buena es también una vida de libertad, énfasis que lo sitúa dentro de una tradición liberal. Sin embargo, mientras que es un rasgo característico de esta tradición el valorar la libertad negativa, en Sen predomina el valor a la libertad positiva. Esta característica vuelve colectivo al enfoque en el sentido de que la libertad positiva -la posibilidad de elegir la naturaleza de la vida que se tiene razón para atesorar- posibilita la articulación con las obligaciones correlativas para promover y proteger esa libertad en sociedad, vinculándose por tanto con la plausibilidad de los Derechos Humanos (21- 23).

Sen plantea que “la equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales” (22). En su teoría establece que el bienestar debe estar vinculado a los funcionamientos valiosos que una persona logra. Los funcionamientos son modos de hacer y ser o estar, tales como “estar bien

nutrido”, “no sufrir enfermedades”, “estar alfabetizado” o “poder participar en la vida de la comunidad”. Pero además, el concepto de bienestar debe extenderse de los funcionamientos reales a la capacidad de funcionar, o sea, a la libertad de la que goza una persona para elegir entre diferentes funcionamientos. El conjunto de capacidades de una persona es el conjunto de vectores de funcionamiento que le son accesibles. Estas capacidades reflejan la libertad real que una persona tiene para llevar adelante la vida que tiene razones para valorar (23). Se identifica además una faceta del sujeto que es importante mencionarla, la faceta de agencia. Esta consiste en la libertad de perseguir como agente responsable cualquier meta o valor que la persona considere importante en su vida, dentro de los cuales el bienestar sería uno (24).

Por su parte, Martha Nussbaum construyó un índice de capacidades humanas básicas que sirva de guía en el diseño y evaluación de políticas globales de desarrollo. Nussbaum, contrario a Sen, considera que si es posible recoger una autocomprensión histórica sobre las necesidades y funciones básicas que hombres y mujeres de cualquier lugar y tiempo consideramos fundamentales para llevar adelante una buena vida humana (15). En ese sentido, propone una lista de diez capacidades funcionales humanas básicas que las sociedades deberían alcanzar para sus ciudadanos (25, 26). Este enfoque ha sido acogido por la “Human Development and Capability Association”, como aquel que permite expandir las capacidades de las personas y su libertad para promover y lograr aquellos “seres” y “quehaceres” que consideran valiosos (15).

Las perspectivas revisadas utilizan como eje de valoración de equidad a los bienes materiales, la felicidad y las capacidades. La revisión de las diferentes posiciones permite mostrar las diferentes maneras de entender y asumir la equidad en salud, visiones que se mantienen vigentes en el análisis de la salud pero con predominio de unas sobre otras.

### Equidad en salud desde la igualdad como principio colectivo

Las posturas sobre equidad en salud que basan sus planteamientos en la igualdad como fundamento de justicia, sostienen que la generación de acuerdos entre seres humanos libres no es posible, pues la condición de lo humano en el marco de una sociedad capitalista y liberal es la relación asimétrica de poder que genera la dominación de un grupo humano sobre otro, ya sea por su condición socio-económica, de género o de etnia, y por la apropiación indebida de los medios de

realización de la vida de las personas. Por tanto, las desigualdades sociales fruto de esa asimetría son necesariamente injustas (11, 13, 27).

Bajo esta perspectiva se encuentran los planteamientos de la Medicina Social y Salud Colectiva latinoamericanas (MSSC), que aparece, en la segunda mitad del siglo XX, como corriente de pensamiento crítico. El movimiento no es homogéneo pues se alimenta intelectualmente tanto de posturas como el materialismo histórico, de las teorías del conflicto en las ciencias sociales, de la antropología crítica, así como de corrientes neo-marxistas (13, 28). En común, las diferentes versiones, tienen una postura explícitamente contra-hegemónica al modelo civilizatorio actual basado en una sociedad de mercado (11). Los planteamientos más reconocidos dentro de esta corriente de pensamiento son el de Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell y Naomar Almeida-Filho.

Breilh en el debate conceptual sobre equidad, centra su análisis a partir de un enfoque que da cuenta de las relaciones de poder en las poblaciones. Plantea que son las relaciones de poder, las que producen los grandes contrastes entre los modos y estilos de vida de los grupos sociales; así como, la capacidad de producción y negociación que los grupos tienen para la reproducción de su vida en condiciones determinadas. Argumenta que el problema esencial es la inequidad y que ésta copa todos los sitios de trabajo y la esfera del mercado donde se consiguen los bienes para la vida, afecta la cotidianidad, las relaciones entre los grupos e incluso el ámbito de las culturas (29, 30).

Laurell por su parte propone a la equidad en salud desde una perspectiva clásica marxista de la producción y el mundo del trabajo, donde se resaltan las categorías proceso de producción y proceso de desgaste-reproducción (31, 23). Una vasta producción, teórica y empírica, sobre el carácter social e histórico del proceso salud-enfermedad (PSE), le permite proponer la simultaneidad y la relación entre el PSE colectivo y el individual. Según Laurell, el PSE está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, por medio del proceso de trabajo basado en un específico desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción. Empíricamente, a través del estudio sobre la industria siderúrgica en México (33), esclarece la determinación compleja de las cargas laborales en su relación con el proceso de desgaste de la colectividad obrera.

Almeida-Filho, por su parte, contrapone la antropología crítica y la sociología de Bourdieu para construir, no sólo desde el análisis de inequidades sociales estructurales que configuran cuadros de dominación, sino desde el reconocimiento

del sujeto, su capacidad de agencia y de las posibles relaciones de solidaridad, cooperación y comunicación; una propuesta plural y participativa de equidad en salud (34). Almeida comparte la postura de Bibeau y Turner al considerar la forma en que las personas construyen sus propios modelos de salud y enfermedad, "los grupos sociales humanos tienden a encontrar su apertura al futuro en la variedad de sus metáforas para lo que puede ser la buena vida y en el contexto de sus paradigmas", por lo que sugiere que las teorías deben estar integradas en las respuestas que las sociedades desarrollan para producir "la buena vida" (35).

Almeida, apoyado en el concepto de Perelman de equidad y en algunos de los argumentos de Heller sobre la justicia y, por otro lado, en la sociología de las prácticas de Bourdieu, sostiene que las diferencias de ocurrencia de enfermedades y eventos relativos a la salud son mediadas social y simbólicamente. Reflejan, de este modo, las interacciones entre diferencias biológicas y distinciones sociales por un lado e iniquidades sociales por otra, teniendo como expresión empírica las desigualdades en salud. Por este motivo, tratar teóricamente el problema de la equidad en salud toma como imperativo examinar las prácticas humanas, su determinación e intencionalidad en lo que se refiere específicamente a situaciones concretas de interacción entre los sujetos sociales (36).

Desde estas posturas, al ser la inequidad producto de la desigualdad en las relaciones de poder, su estudio y análisis implica identificar las inequidades en las relaciones de producción y de reproducción social y en el ejercicio de poder social en los ámbitos local, regional y global (13, 37). Por ello, la participación política de los sujetos en las relaciones de poder es esencial para identificar los procesos de transformación social y para construir efectivos procesos de emancipación (13).

Las perspectivas revisadas, que nacen en el seno de la medicina Social y Salud Colectivas Latinoamericanas en los años 60, han sido invisibilizadas (38), por lo que la difusión de análisis empíricos de esta racionalidad aún es limitada. Sin embargo, ha logrado contextualizar el debate sobre equidad en salud evidenciando que no solo se trata de diferencias conceptuales, sino esencialmente diferencias ético políticas que definen la forma en que se entienden las inequidades y sus alternativas de transformación.

### **A manera de cierre: claves de una propuesta plural**

Una vez expuestas las dos amplias líneas de concebir la equidad en salud, que se contraponen en función de la libertad y la igualdad como principios rectores de

enfoques eticopolíticos de justicia, considero que la confrontación entre el aporte del enfoque de las capacidades de Amartya Sen con el enfoque de Naomar Almeida podría ser muy productivo en la generación de espacios de reflexión para una nueva forma de pensar la equidad en salud en América Latina. Comparando ambos planteamientos, podemos ver que Almeida ofrece el desarrollo de una teoría del sujeto que dialoga con la categoría agencia del enfoque de Sen. Es clave, en este punto, pensar en la información que aporta el sujeto en la comprensión de sus estrategias para tener una vida sana.

En el análisis de equidad en salud Almeida sugiere la combinación de una dimensión socioantropológica con consideraciones lingüísticas, semánticas y epistemológicas, que permita incorporar los sistemas de creencias y la respuesta científica a la que recurren los humanos donde sea y cuando se enfrenten a desgracias, enfermedades y otros tipos de problemas. Sen por su parte, reflexiona sobre la necesidad de una base informacional amplia, que incluya la voz del sujeto, en la comprensión de la equidad en salud. Esta característica posibilita la articulación con las obligaciones correlativas que tiene una persona para promover y proteger su libertad y la de los demás, vinculándose por tanto al ejercicio de los Derechos Humanos.

De la misma forma, Almeida habla sobre un sujeto político capaz de transformar su realidad, con capacidades y prácticas emancipadoras orientadas a superar las múltiples enajenaciones que resultan de las relaciones de poder existentes. Nos menciona la autonomía y empoderamiento del sujeto y la garantía de derechos. Al respecto Sen, en su enfoque de capacidades, nos recuerda que las garantías institucionales no siempre se traducen en libertad real, por lo que debemos considerar qué es lo que los sujetos son realmente capaces de hacer. Por ello, las capacidades podrían ayudar como criterios para dicha evaluación, como indicadores de autonomía más tangibles que dieran la especificidad que el planteo de Almeida necesita. Combinar las perspectivas de los observadores "externos", como los expertos en salud pública y epidemiología, con las perspectivas "internas" de los afligidos por la enfermedad y la discapacidad, tal y como lo propone Sen, permitiría garantizar un conocimiento plural y democrático sobre el cual se pueda establecer las valoraciones de la equidad en salud.

Desde esta perspectiva conjunta, la equidad en salud requerirá la valoración de las libertades reales de las cuales gozan los sujetos –capacidades–, enmarcadas en un contexto construido históricamente. Aunar ambos enfoques no solo ayudará a construir un marco interpretativo de las situaciones de inequidad en procesos salud enfermedad específicos, sino también, a diseñar políticas públicas incluyentes para

expandir la autonomía de los sujetos afectados. Tanto Sen como Almeida reconocen la falta de visibilización del sujeto de investigación en la construcción de conocimiento, por eso creemos que su diálogo permitiría contar con una perspectiva de equidad en salud plural, construida desde, en y con las cotidianidades de los individuos.

#### Nota de descargo

Este artículo es un avance de la tesis doctoral titulada: "Cáncer gástrico en Quito: análisis de las inequidades sociales" realizada en la Universidad Nacional de Colombia.

De manera especial se agradece a Carol Guarnizo, Rafael Malagón y Carolina Morales de la Universidad Nacional de Colombia y, Fernando Peñaranda de la Universidad de Antioquia por sus comentarios durante la construcción de este documento

#### Referencias bibliográficas

1. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Final report: Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf)
2. Barreto M. Health inequalities: a global perspective. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22(7): 2097-2108. DOI: 10.1590/1413-812320172227.02742017
3. Spinelli H, Urquía M, Bargalló ML, Alazraqui M. Equidad en salud: teoría y praxis. In: Spinelli H, organizador. *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad*. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
4. Almeida Filho N. Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida: análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe y bibliografía anotada. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; 1999.
5. Hernández-Alvarez M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Rev salud pública* 2008; 10 (1) 72-82. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10s1/v10s1a07.pdf>

6. Vega-Romero R. Health Care and Social Justice Evaluation: a critical and pluralist approach. [PhD Thesis] The University of Hull, England; 1999. Disponible en: <https://hydra.hull.ac.uk/resources/hull:7955>
7. Vega-Romero R. Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social. *Rev. Salud pública* 2001; 3 (2): 97-126.
8. Peñaranda F. Salud pública, justicia social e investigación cualitativa: hacia una investigación por principios. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2005; 33(supl 1): S103-S111. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33s1a18
9. Linares-Pérez N, Lopez-Arellano O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social* 2008; 3 (3) 247-259. Disponible en: <https://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/226/484>
10. Serrano Gómez E. ¿Libertad negativa vs libertad positiva? *Andamios* 2014. 11 (25): 217-41. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/628/62836852009.pdf>
11. Arias-Valencia A. Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2017; 35(2): 186-196. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v35n2a03
12. Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: Eibenschutz C, Tamez S, González R, editores. ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? [Internet]. México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>.
13. Morales C, Borde E, Eslava JC, Concha-Sanchez, S. Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. Salud Pública* 2013. 15 (6): 797-808. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>
14. Evans y colb, editores. *Desafío a la falta de equidad en salud*. Washington DC: Fundación Rockefeller/Organización Panamericana de la Salud; 2002. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/718>
15. Moreno M. *Infancia, políticas y discapacidad*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; 2010. Disponible en: [http://www.bdigital.unal.edu.co/3597/4/Libro\\_Infancia\\_Politiclas\\_Discapacidad.pdf](http://www.bdigital.unal.edu.co/3597/4/Libro_Infancia_Politiclas_Discapacidad.pdf)
16. Organización Mundial de la Salud. *Equity in Health Care*. Geneva: WHO; 1996. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63119>
17. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Equidad en la situación de salud desde la perspectiva de género*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999. Disponible en:



- <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf?ua=1>
18. Popay J, Williams G, Thomas C, and Gatrell A. Theorising inequalities in health: the play of lay knowledge. *Sociology of Health and Illness* 1998, 20 (5). pp. 619-644. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-9566.00122>
  19. Whitehead M. The Concept and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services* 1992; 22: 429-45. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.196.7167&rep=rep1&type=pdf>
  20. López-Arellano O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social* 2008; 3 (4): 323-35. Disponible en: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>
  21. Sen A. *Bienestar, justicia y mercado*. Barcelona: Paidós; 1998.
  22. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11 (5/6):302-09. Disponible en: [http://www.cualtos.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/25\\_por\\_que\\_la\\_equidad\\_en\\_salud\\_0.pdf](http://www.cualtos.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/25_por_que_la_equidad_en_salud_0.pdf)
  23. Sen A. *La idea de la Justicia*. Taurus, Buenos Aires; 2011.
  24. Sen A. Health Achievement and Equity: External and internal perspectives. In Sudhir Anand, Fabienne Peter & Amartya Sen (eds.), *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford University Press; 2004.
  25. Nussbaum M. *Women and human Development*, Cambridge: Cambridge University Press; 2001. pp. 78-80.
  26. Nussbaum MC. *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós; 2012.
  27. González R. La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Medicina Social* 2009; 4 (2): 135-43. Disponible en: <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/315/652&a=bi&pagenumber=1&w=100>
  28. Morales C, Eslava JC. Análisis y discusiones en torno a la obra de Jaime Breilh. En: *Tras las huellas de la determinación social. Memorias del seminario interuniversitario de determinación social de la salud*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; 2015.
  29. Breilh J. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: Construcción de lo social y del género. En: Breilh J. *Cuerpos, Diferencias y Desigualdades*. Bogotá: Utópica Ediciones; 1998.
  30. Breilh J. De la epidemiología lineal a la epidemiología dialéctica: determinación epidemiológica e inequidad En: Breilh J. *Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003. p. 214-24.
  31. Laurell AC. La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuad Méd Soc* 1982; (19):1-11. Disponible en: <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>
  32. Laurell C. Reducción de la exclusión en salud, removiendo el obstáculo económico. La experiencia del Gobierno del Distrito Federal. México: Organización Panamericana de la Salud, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo; 2004. Disponen: [https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=683-reduccion-de-la-exclusion-en-salud-removiendo-el-obstaculo-economico-la-experiencia-del-gobierno-del-distrito-federal-1&category\\_slug=ops-oms-mexico&Itemid=493](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=683-reduccion-de-la-exclusion-en-salud-removiendo-el-obstaculo-economico-la-experiencia-del-gobierno-del-distrito-federal-1&category_slug=ops-oms-mexico&Itemid=493)
  33. Laurell AC, Noriega M. La salud en la fábrica Estudio sobre la industria siderúrgica en México. México D.F.: Colección problemas de México. Ediciones Era; 1989.
  34. Almeida-Filho N. *Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
  35. Almeida-Filho N. For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(4):753-799. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400002>
  36. Vieira da Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25 (Sup 2): S217-S226 - S217. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/04.pdf>
  37. Eslava –Castañeda JC. Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Rev. salud pública* 2017; 19 (3): 396-403. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467>
  38. Borde E, Hernández M. Revisiting the social determinants of health agenda from the global South, *Global Public Health* 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1551913>