

Políticas de salud

Medwave 2015 Oct;15(9):e689 doi: 10.5867/medwave.2015.09.6289

El desafío de los sistemas de salud en el siglo XXI: ¿cómo incorporar el enfoque de los determinantes sociales de la salud?

The challenge for healthcare systems in the XXI century: how to incorporate the focus of social determinants in healthcare?

Autor: Cristóbal Cuadrado[1]

Filiación:

[1] Programa de Políticas, Sistemas y Gestión en Salud, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, Chile

E-mail: cristobalcuadrado@med.uchile.cl

Citación: Cuadrado C. The challenge for healthcare systems in the XXI century: how to incorporate the focus of social determinants in healthcare?. *Medwave* 2015 Oct;15(9):e689 doi: 10.5867/medwave.2015.09.6289

Fecha de envío: 1/9/2015

Fecha de aceptación: 8/10/2015

Fecha de publicación: 20/10/2015

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por dos pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: social determinants of health, delivery of health care

Resumen

Durante el siglo XX una serie de discusiones sobre el rol de lo biomédico y lo social en los procesos de salud y enfermedad, sirvieron de necesario preámbulo para el desarrollo conceptual y empírico de lo que posteriormente se conocería como los determinantes sociales de la salud. En relación a esta perspectiva, surge la pregunta ¿cuál puede ser el rol de los sistemas de salud modernos desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud? El presente artículo plantea una mirada alternativa al rol de los sistemas de salud, desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud. Además, plantea su importancia e influencia a nivel estructural, sin dejar de abordar antes sus implicancias como determinante intermediario en las inequidades de la salud.

Abstract

During the 20th century, a series of reflections on the role of biomedicine and social factors in the concept of health and disease processes served as a necessary prelude to the conceptual and empirical development of what later became known as the social determinants of health. In relation to this perspective, the question arises: What is the role of modern health systems from the perspective of the social determinants of health? This article presents an alternative view of the role of health systems from the focus of the social determinants of health, raising its importance and influence on the structural level, while addressing its implications as an intermediary determinant of health inequalities.

Introducción

El desarrollo de la mirada de la salud durante el siglo XX, estuvo fuertemente marcada por un enfoque centrado en las intervenciones sectoriales y el desarrollo de los sistemas de salud, enfatizando la importancia de la prestación de atenciones. Esta orientación de las políticas de salud conlleva implícitamente una valoración sobre el qué es salud y cómo ésta se construye.

La visión de salud en las sociedades modernas, pese a la declaración de la Organización Mundial de la Salud, ha sido eminentemente biomédica. Esto implica la aceptación de un marco conceptual en el cual el nivel de salud de las sociedades se construye fundamentalmente a través de las intervenciones médicas, basadas en los avances tecnológicos y del conocimiento, aplicados al ámbito de la terapéutica médica, no obstante lo limitado de estas premisas [1].

Pese a que desde hace ya varios siglos el pensamiento teórico y el desarrollo de la práctica ha presentado pruebas claras de la importancia de una consideración más amplia en la construcción del concepto de salud y sus determinantes, dichos argumentos y antecedentes han palidecido al lado del impetuoso desarrollo de la medicina como ciencia natural. Esta perspectiva fue cultivando una hegemonía en el discurso y en el imaginario colectivo, como la portadora de las fuerzas de progreso en el nivel de salud de las poblaciones humanas. En este sentido, es posible argumentar que la construcción de un concepto de salud no puede entenderse al margen de la idea del poder, en tanto las dinámicas de poder en la sociedad donde éste se concentra, determinan qué es lo que se entiende por salud y enfermedad [2]. La (bio)medicina constituyó el poder hegemónico en este sentido.

No se puede dejar de mencionar a quienes presentaron visiones críticas a esta tendencia reduccionista. Por una parte, en los albores del desarrollo de los sistemas de seguridad social en el mundo, en el siglo XIX el médico alemán Rudolf Virchow entregaría una visión que hasta hoy refleja profundamente la mirada social aplicada a la salud al decir que "la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala" [3].

Tal vez el aporte más importante al pensamiento crítico de la hegemonía del paradigma biomédico en la salud durante el siglo XX, provino del británico Thomas McKeown quien planteó que los grandes progresos observados en el ámbito de la salud (menores tasas de mortalidad y un considerable crecimiento poblacional durante los siglos XIX y XX en Reino Unido), se debían mayoritariamente a la mejoría de las condiciones sociales, más que a las intervenciones e intervenciones biomédicas [4]. Dichos argumentos forjaron un amplio debate conceptual y metodológico que se prolonga hasta hoy [5],[6],[7],[8],[9],[10]. Sin embargo, más allá de lo cierto o equivocado de sus tesis, probablemente lo más relevante de la obra de McKeown es el impacto en la difusión de un nuevo significado de la construcción de los fenómenos de salud, lo que entrega

diferentes elementos a la reflexión sobre la importancia y el rol de los sistemas de salud.

En las décadas siguientes, un nuevo hito en esta corriente de pensamiento lo planteó Lalonde en 1974. El entonces ministro de salud de Canadá comisionó y publicó un reporte que sería histórico al postular que apenas entre un 10 y un 15% del nivel de salud de las poblaciones sería derivado de las intervenciones de los sistemas de salud, planteando la existencia de lo que denominaría el "campo de la salud" [11],[12]. Con ello se refiere al espacio virtual que configura todos aquellos elementos que influyen la salud de las poblaciones, entre ellos el contexto social. Por otra parte, en 1980 el *Black Report* en Reino Unido sistematizó lo que desde hace varias décadas, incluso siglos, era ya conocido: la clase social representaba una gran influencia en la salud de las personas, documentándose gradientes del nivel de salud entre las distintas clases sociales, incluso ajustadas por otros factores sociodemográficos [13].

Fundamentado, al menos en parte, en estos antecedentes surge lo que en las décadas siguientes daría origen a una amplia mirada donde convergen los saberes de las ciencias sociales y la epidemiología, enfocada en estudiar y dilucidar la importancia de los elementos más allá del sector que influyen sobre las dinámicas de salud y enfermedad en las poblaciones. Esta línea de desarrollo es la que durante la primera década del siglo XXI lleva a la Organización Mundial de la Salud a convocar a un esfuerzo global enmarcado en sistematizar la evidencia en esta área, buscando plantear estrategias concretas de acción para el mundo, estableciendo un movimiento hacia el futuro que busca aunar los esfuerzos existentes hasta la fecha [14],[15]. Esto constituye el establecimiento formal de lo que hoy reconocemos inequívocamente como los determinantes sociales de la salud. Bajo esta evidencia, los sistemas de salud no podrían seguir funcionando desde los mismos paradigmas sobre los que se había sustentado hasta entonces. Al menos esto es lo que habría sido esperable.

En este escenario, los sistemas de salud y el sector salud se encuentran en una paradoja y en un dilema. La paradoja se produce porque, pese a la gran evidencia disponible, los sistemas sanitarios se han mantenido prácticamente impermeables a la mirada de lo social en salud, en tanto su organización y orientación persiste siendo esencialmente biomédica. Esto se refleja en su enfoque eminentemente basado en intervenciones médicas curativas y recuperativas, volviéndose cada vez más complejos y costosos, sin responder a la complejidad de una mirada más amplia de la salud. Por otra parte, el dilema consiste en que al aceptar el paradigma de los determinantes sociales de la salud como válido, se vuelve apremiante reinventar la lógica de los sistemas de salud a través de la búsqueda de estrategias, desde las cuales se pueda dar respuesta a la complejidad planteada por lo social.

Dicho esto, cabe preguntarse ¿es realmente posible repensar los sistemas de salud incorporando esta mirada? ¿Cuál puede ser el rol de los sistemas de salud modernos desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud?

Parte de la red de investigadores que colaboraron con la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud buscó abordar estas materias, enfocándose en el impacto de los sistemas de salud en disminuir (o aumentar) las inequidades del nivel de salud en las poblaciones [16],[17].

Llama la atención que sobre la base de estos trabajos, la Comisión de Determinantes Sociales tomó la decisión de considerar en su marco conceptual al sistema de salud como un determinante intermediario, sin capacidad de influir sobre la estratificación social o el contexto político y socioeconómico [18]. Al respecto, no puede dejar de remarcarse que la comisión buscó dar un mensaje contundente en oposición a la excesiva tendencia que daba importancia a los sistemas de salud en la construcción del tipo de salud que había prevalecido hasta la época. Entonces se entiende que se haya buscado reducir, dentro de su marco conceptual, la importancia relativa de los sistemas de salud, lo cual responde a una declaración política de la comisión. A juicio del autor, la decisión de utilizar la palabra "determinación" de la salud, lo que implica una consideración determinística de los fenómenos, surge de una definición política de la comisión en la que se busca romper con la idea de los factores de riesgo y la responsabilidad de los individuos en la construcción de la salud.

Buscaremos plantear una mirada alternativa al rol de los sistemas de salud desde este enfoque, planteando su importancia e influencia a nivel estructural, sin dejar antes de abordar sus implicancias como determinante intermediario en las inequidades de la salud.

Sistemas de salud como determinante intermediario

Desde la mirada de la estratificación social como fuerza generadora de las inequidades en salud, si bien no es claro a primera vista que los sistemas de salud puedan influenciar directamente sobre los procesos de estratificación dados por posición socioeconómica, género y raza; existen elementos que los relacionan y que vale la pena considerar.

Los determinantes intermediarios son aquellos a través de los cuales fluye la estratificación social hacia el nivel individual, determinando diferencias de exposición y vulnerabilidad [19]. Desde el punto de vista del sistema de salud como determinante intermediario, el énfasis se ha puesto en la importancia del acceso a los sistemas [19], al reconocerse como un aspecto crítico a la hora de definir las inequidades en resultados de salud. Este es el punto de vista que ha prevalecido en la discusión actual sobre el rol de los sistemas de salud, razón por la cual el énfasis en los últimos años ha estado en avanzar hacia la cobertura universal en salud como herramienta para combatir las desigualdades [20]. Ello está fundamentado evidentemente en la preponderancia de la idea de acceso. Importantes autores en el área, consideran que esta perspectiva puede ser una amenaza para la lógica de los determinantes sociales de la salud al volver a centrar el tema en la importancia del sistema de salud [21]. Esto refleja una

mirada estratégica del discurso que se espera que encarne la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, reconociendo en los sistemas de salud un resabio de la hegemonía biomédica que se busca combatir.

En sistemas de salud mixtos, como el caso chileno, la pertenencia a un tipo de arreglo de seguro de salud (público o privado) representa un *proxy* de posición socioeconómica, determinado a su vez por elementos de nivel educacional, ingreso y género. Asimismo, estos sistemas llevan a distintos niveles de acceso, utilización, protección financiera y calidad de los servicios entregados, lo cual al estar condicionado por la estratificación social dada por los determinantes estructurales, puede aumentar las brechas de nivel de salud entre los grupos. Estas consecuencias diferenciales debidas al desempeño de los sistemas de salud, pueden actuar a su vez profundizando o disminuyendo los fenómenos de estratificación social y sus efectos expresados en inequidades en el nivel de salud de los distintos grupos. Es por eso que los gobiernos han sido llamados a realizar esfuerzos evidentes para avanzar en la lógica de equidad en los sistemas sanitarios. La estrategia de las Garantías Explícitas en Salud (GES) en Chile, recoge aspectos de esta perspectiva de equidad en el sistema de salud, aplicado a un subgrupo de enfermedades priorizadas. Esta experiencia ha demostrado que es posible disminuir las inequidades en salud desde una estrategia sectorial focalizada [22].

En el mismo sentido, resulta clave el medir sistemáticamente las brechas existentes a partir de lo cual es posible tomar medidas específicas, asociadas a un monitoreo en el tiempo que permita evaluar el impacto de las intervenciones con miras a su perfeccionamiento. Todo ello está en línea con las recomendaciones de la Comisión [18].

Desde esta perspectiva un desafío para los sistemas de salud como determinantes intermediarios, no suficientemente explicitado, es la capacidad de acoger a poblaciones e individuos "socialmente determinados". El tener un sistema consciente de estos procesos de causalidad social es particularmente complejo dado que sus equipos de salud, en particular los médicos, cuentan con escasos conocimientos en el tema. Esto también ocurre con frecuencia a nivel de los tomadores de decisiones y gestores de las redes de atención de salud. La incorporación de lentes de género, etnia y clase social, por ejemplo, son requisitos fundamentales para que los sistemas de salud puedan dar cuenta de la complejidad social a la cual sabemos responden los procesos de salud y enfermedad. ¿Cuán preparados y desde dónde es posible incorporar cambios en esta dirección? Estos son elementos que no han sido suficientemente aclarados, relacionándose con los modelos de atención de los sistemas de salud que abordaremos más adelante en este artículo.

Sistemas de salud como espacio de incidencia en el nivel estructural

El marco conceptual de la Comisión de Determinantes Sociales plantea que las inequidades se generan desde el nivel del contexto socio-económico y político de la sociedad,

los cuales determinan estructuralmente a la salud a través de procesos de estratificación social [19]. Como hemos mencionado previamente, bajo este marco, los sistemas de salud son considerados como un determinante intermediario, sin influencia directa sobre los factores contextuales localizados “río arriba”.

Planteamos que surge, a lo menos, una duda razonable ante la afirmación de que los sistemas de salud no tienen capacidad de incidencia sobre los factores estructurales. Existe un rol relevante de los sistemas de salud relacionado con su ámbito de influencia en las agendas políticas nacionales, al ser los representantes institucionales de un sector de alta estima para la ciudadanía y que es un riesgo desconocer. Es posible comprender la decisión de la comisión de no reconocer la influencia del sistema de salud sobre el macro-contexto, dado que salud históricamente ha sido considerado un sector de segundo orden dentro de las estructuras y dinámicas de los Estados Nacionales, ocupando un lugar de subordinación frente a otros sectores poderosos como Hacienda, Economía, Defensa o las Relaciones Internacionales. Esto se puede comprender en la lógica de salud como poder blando desde la perspectiva de Nye [23], en tanto su influencia se da a través de la cooperación o persuasión con otros sectores, mas no por coerción ni por el potencial uso de la fuerza.

Sin embargo, la importancia relativa del sector salud debiera ser evidente. Por ejemplo, desde un punto de vista netamente económico, al constatar que en el sector salud corresponde hasta el 17% del producto interno bruto de un país, como en el caso de Estados Unidos, se observa que se vuelve un actor gravitante en las economías nacionales e internacionales. Desde una perspectiva social, la frecuentemente alta prioridad en la agenda pública que la salud ocupa para los ciudadanos, posiciona al sector en un lugar de preponderancia política obvia. Estos ejemplos ilustran la importancia multidimensional del sector salud en las sociedades modernas. Esta relevancia es la que nos debe hacer pensar que la institucionalidad de los sistemas de salud en sí misma, puede constituir un espacio de incidencia sobre el contexto socioeconómico y político, influyendo por tanto sobre las dinámicas de estratificación social descritas.

Para caracterizar esto, uno puede considerar las implicancias en las condiciones sociopolíticas y económicas de un país que tiene que organizar un sistema de salud fundado en lógicas de mercado, como fue impulsado fuertemente por las políticas del Banco Mundial durante las décadas de los ochenta y noventa en Latinoamérica. Esto contrasta con las lógicas de la seguridad social basada en el rol estatal, como ocurrió en los casos de Costa Rica, Cuba y Uruguay, quienes se resistieron, al menos en parte, a las tendencias geopolíticas de la época. En estos ejemplos, es evidente que el contexto político y económico influencia a la organización de los sistemas de salud. Sin embargo desde un punto de vista del imaginario colectivo, del espacio público, el que un sistema de salud resista o no ante las influencias privatizadoras, es en sí mismo un elemento que puede profundizar o contrarrestar las tendencias preponderantes en un determinado momento

en el ámbito económico y político de un país. El que el *National Health Service* (NHS) inglés tenga una alta consideración dentro de la ciudadanía, puede entenderse como un elemento que tendió a aminorar las consecuencias de las políticas neoliberales impulsadas en los tiempos de Thatcher en Reino Unido.

Por ende, las determinaciones de los tomadores de decisiones en el ámbito de salud no pueden considerarse neutras, ni menos inocuas sobre el nivel estructural. Estas decisiones tienen implicancias en el clima y contexto social imperante. La conciencia de ello por parte de la ciudadanía, el personal sanitario y los niveles técnicos y políticos de la gestión del sector sanitario resulta de alta relevancia, dado que posiciona a los sistemas de salud en un lugar capaz de ejercer un poder relevante dentro de la sociedad, permitiendo el posicionar y priorizar arreglos sociales que privilegien la reducción de las inequidades en salud. Un ejemplo actual en Chile se presenta en la discusión sobre la modificación de la estructura y lógica de sistema de aseguramiento en salud, lo cual actuaría como una importante influencia en el contexto socioeconómico y político del país. La salud no sólo está influenciada por el macro-contexto. También es, por sí misma, un elemento constructor de la realidad. Es un lugar donde reside un poder específico a ser explorado y explotado, desafiando el rol secundario que se le ha pretendido atribuir de forma histórica. Los sistemas de salud son un lugar en disputa, desde donde es posible construir la realidad social.

En este sentido, se hace necesario recurrir a la perspectiva de las relaciones de poder de V. Navarro como el gran motor de las inequidades en salud [24], lo que es reafirmado por otros autores [25]. Dado que es a través de las dinámicas de poder entre los distintos grupos sociales que se configura la estratificación social, el reconocimiento de los sistemas de salud como estructuras institucionales para el ejercicio del poder, así como un espacio de incidencia para y por los grupos socialmente marginados (los menos poderosos), se vuelve un desafío esencial a ser explicitado. Este tipo de declaraciones y consideraciones son parte de lo que Navarro crítica como ausente en el Reporte de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud [24].

La importancia de los modelos de atención

Los sistemas de salud, en particular su componente de atención primaria basada en el nivel local, representan un espacio esencial para la participación y construcción social. Considerar los sistemas de salud como espacio de poder en disputa, abre un elemento constructor de fenómenos sociales capaz de influenciar el contexto estructural. Esto se ve reflejado en la idea de atención primaria desde la histórica declaración de Alma-Ata[26], en la que se plantea que las personas tienen el derecho y el deber de participar, individual y colectivamente, en sus sistemas de salud (artículo IV); así como que la atención primaria debe ser hecha accesible a través de la participación plena de la comunidad en un espíritu de autodeterminación (artículo VI). En estos dichos hay una afirmación del rol político que la organización del sistema de salud puede tomar en la

generación de espacios de participación institucional por parte de la ciudadanía articulada.

En este sentido, la reflexión durante los últimos años ha destacado el rol de la atención primaria como espacio de participación y empoderamiento [27],[28], lo que implícitamente conlleva las nociones de poder institucional que mencionamos como camino fundamental para reconocer la influencia de los sistemas de salud sobre el macro-contexto.

Dicho todo esto, no se puede dejar de mencionar la relevancia que tienen las decisiones sobre los modelos a través del cual se articula un sistema de salud y de la forma en que interacciona con las personas. Incorporar una mirada de determinantes sociales implica, a lo menos, dos consecuencias en los modelos de atención. En primer lugar, debe argumentarse que el sistema de salud debe ser sensible a reconocer la determinación social de los procesos de salud-enfermedad, considerando esta causalidad en las estrategias de promoción de salud, así como en la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades. Esto es lo que desde el discurso de la atención primaria llama a adoptar un paradigma biopsicosocial de la salud. Desde este punto de vista, se aborda la perspectiva del sistema de salud como determinante intermediario.

Un segundo elemento tiene que ver con lo que hemos argumentado sobre los sistemas de salud como espacios de incidencia y modificadores del macro-contexto. Los modelos de atención de salud pueden incorporar o no, la participación y empoderamiento de la población como objetivo de su actividad y elemento de su práctica. Esta sería una fortaleza relativa de los sistemas de salud basados en la atención primaria, quienes ponen a las comunidades como sujetos activos, aceptando por ende un rol político que puede ser potenciado como elemento transformador social. Otro aspecto relevante de la atención primaria es el reflejo de la idea de inter-sectorialidad, desde la cual es posible articular el trabajo mancomunado de múltiples sectores y actores, lo cual es fundamental desde una mirada de determinantes sociales.

Sobre este último punto, cabe mencionar que se abre el desafío para los sistemas de salud de avanzar hacia una lógica orientada hacia el desarrollo de las capacidades de las personas y las comunidades, en concordancia con el enfoque de las capacidades de Amartya Sen aplicado a la salud [29]. Este punto de vista presenta aportes significativos a la reflexión de los modelos de atención en cuanto ponen el énfasis de las políticas públicas y arreglos sociales, en términos de las capacidades o libertades que cada persona es capaz de ejercer [30]. Bajo esta perspectiva, un modelo de salud que verdaderamente considere una perspectiva de determinantes sociales deberá procurar ampliar las capacidades de las personas, dentro de las cuales podemos destacar la capacidad de participar e incidir políticamente, en cuanto esto configura un elemento central de la construcción de salud desde una mirada de las categorías de poder en la sociedad. Esto implica trascender desde una discusión centrada meramente en el acceso a los sistemas sanitarios, hacia

una donde se incluya una dimensión amplia con respecto al rol del sistema de salud en las dinámicas de poder en la sociedad y cómo su modelo de atención puede ser un espacio promotor de capacidades, entre ellas, las políticas.

Como vemos, el desafío de superar el reduccionismo biomédico en los sistemas de salud sigue tan vigente como en el siglo pasado.

Conclusiones

Podemos concluir que el proceso de conformación de un discurso que posiciona la salud como un fenómeno de carácter eminentemente social, se ha caracterizado por sucesivos autores que han contribuido desde la crítica a la mirada de la hegemonía biomédica en salud. Durante los últimos años, dichas líneas argumentativas han tendido a converger bajo del alero de lo que conocemos bajo el concepto de determinantes sociales de la salud, configurando un desafío profundo para los sistemas de salud modernos.

Un elemento crítico al respecto, es comprender los sistemas de salud como un espacio de poder, el cual puede ocupar un lugar de influencia en el macro-contexto social, económico y político. Por tanto, constituyen un espacio de incidencia que debe ser explícitamente abordado, incorporando como un objetivo de los sistemas de salud modernos el actuar como contrapeso a favor de los menos poderosos dentro de las dinámicas de poder de las sociedades. Ello daría cuenta de su carácter de espacio de poder.

La vía a través de la cual puede llevarse a la práctica dicha colonización de la estructura de poder es el empoderamiento y la participación social, cuyo elemento esencial debe ubicarse en el nivel local. Por esta razón, la atención primaria representa el nivel del sistema de salud que encarna este ideal por excelencia. Esto conlleva desafíos en la configuración de los modelos de atención y práctica clínica instaurados en la atención primaria. Sólo refrendando la vocación de construcción colectiva de la salud y la autodeterminación por parte de la población de la atención primaria, resguardando especialmente la voluntad de los sin voz, podrán configurarse los sistemas de salud, de forma real y efectiva, como elementos de construcción e incidencia del contexto social; y no como meros modificadores de los efectos de la estratificación social, tal como han sido reconocidos hasta ahora al ser referidos como determinantes intermediarios de la salud de las poblaciones.

Una perspectiva del desarrollo de capacidades en el sector salud, puede ser un aporte en la construcción de modelos de atención que acojan la mirada de los determinantes sociales, en cuanto pone el énfasis de las políticas públicas para orientarse hacia el desarrollo de libertades. Entre éstas destaca la participación política, entendida como un elemento esencial del nivel de salud de los individuos y las comunidades.

Notas

Conflictos de intereses

El autor ha completado el formulario en inglés de declaración de potenciales conflictos de intereses del ICMJE y declara no tener conflictos de intereses potenciales ni actuales con respecto de la materia de este artículo.

Financiamiento

El autor declara no haber recibido ningún tipo de financiamiento para el desarrollo de este artículo.

Referencias

1. Wilson HJ. The myth of objectivity: is medicine moving towards a social constructivist medical paradigm? *Fam Pract.* 2000 Apr;17(2):203-9. | [PubMed](#) |
2. Navarro V. Concepto actual de la salud pública. In: Martínez F, Antó JM, Castellanos P, Gili M, Marset P, Navarro V, editors. *Salud Pública*. Madrid: Mc Graw Hil; 1998: 49-54. | [Link](#) |
3. Mackenbach JP. Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health's biggest idea. *J Epidemiol Community Health.* 2009 Mar;63(3):181-4. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. McKeown T. Medical issues in historical demography. *Int J Epidemiol.* 2005 Jun;34(3):515-20. | [PubMed](#) |
5. Szreter S. The Importance of Social Intervention in Britain's Mortality Decline c. 1850-1914: a re-interpretation of the role of public health. *Soc Hist Med.* 1988;(1):1-23 | [Link](#) |
6. Harris B. Public health, nutrition, and the decline of mortality: the McKeown thesis revisited. *Soc Hist Med.* 2004;17(3):379-407. | [Link](#) |
7. Grundy E. Commentary: The McKeown debate: time for burial. *Int J Epidemiol.* 2005 Jun 34(3):529-33. | [PubMed](#) |
8. Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. *Am J Public Health.* 2002 May;92(5):725-9. | [PubMed](#) |
9. Link BG, Phelan JC. McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. *Am J Public Health.* 2002 May;92(5):730-2. | [PubMed](#) |
10. McKinlay JB, McKinlay SM. The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1977 Summer;55(3):405-28. | [PubMed](#) |
11. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians - A working document. Ottawa, Canada; 1974:1-77.
12. Lalonde M. New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Rev Panam Salud Publica.* 2002 Sep;12(3):149-52. | [PubMed](#) |
13. Gray AM. Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *Int J Health Serv.* 1982;12(3):349-80. | [PubMed](#) |
14. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet.* 2005 Mar 19-25;365(9464):1099-104 | [PubMed](#) |
15. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. *PLoS Med.* 2006 May;3(6):e106. | [PubMed](#) |
16. Lee J, Sadana R. Improving equity in health by addressing social determinants [Internet]. Geneva: World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2011. | [Link](#) |
17. Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V. Challenging inequity through health systems - final report. Knowledge network on health systems. 2007: 1-146. | [Link](#) |
18. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008:1-256. | [Link](#) |
19. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Production. Geneva: WHO; 2010: 1-79. | [Link](#) |
20. Frenz P, Vega J. Universal health coverage with equity: what we know, don't know and need to know. accelerate universal health coverage. Montreux, Switzerland:WHO; 2010:1-56. | [Link](#) |
21. Marmot M. Universal health coverage and social determinants of health. *Lancet.* 2013 Oct 12;382(9900):1227-8. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
22. Frenz P, Delgado I, Kaufman JS, Harper S. Achieving effective universal health coverage with equity: evidence from Chile. *Health Policy Plan.* 2014 Sep;29(6):717-31. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
23. Nye J. Soft power. *Foreign Policy.* 1990;80:153-71. | [Link](#) |
24. Navarro V. What we mean by social determinants of health. *Glob Health Promot.* 2009 Mar;16(1):5-16. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
25. Gopinathan U, Cuadrado C, Watts N, Guinto RR, Hougendobler D, Wanjaw W, et al. The political origins of health inequity: the perspective of the Youth Commission on Global Governance for Health. *Lancet.* 2014 Feb 15;383(9917):e12-3. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
26. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva:WHO; 1978:1-77. | [Link](#) |
27. Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *J Epidemiol Community Health.* 2011 Aug;65(8):656-60. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
28. Maeseneer M, Willems S, De Sutter M, Van de Geuchte I, Billings M. Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. 2007:1-42. [on line]. | [Link](#) |
29. Law I, Widdows H. Health Care Anal. Conceptualising health: insights from the capability approach. 2008 Dec;16(4):303-14. | [PubMed](#) |
30. Entwistle VA, Watt IS. Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. *Am J Bioeth.* 2013;13(8):29-39. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

Correspondencia a:
[1] Avenida Independencia 939
Santiago
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.