

Etnicidad, Migración y la Agenda de “los Determinantes Sociales de la Salud”

David Ingleby, University of Amsterdam, The Netherlands

Ésta es un versión traducida al español del original en inglés Ethnicity, Migration and the ‘Social Determinants of Health’ Agenda.

Para referenciar, citar el original como: David Ingleby (2012). Ethnicity, Migration and the ‘Social Determinants of Health’ Agenda. *Psychosocial Intervention*, 21, 331-341. <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a29>

Resumen. Uno de los avances recientes más prometedores en política sanitaria ha sido la aparición de un movimiento global por la “igualdad sanitaria” que aborda los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, en la investigación y legislación europeas hay una fuerte tendencia a reducir los “determinantes sociales” a “determinantes socioeconómicos” pasando por alto de esta forma el papel que juegan la etnicidad, la migración y otros factores que contribuyen a la aparición de desigualdades. Este hecho supone una amenaza para el desarrollo de estudios sobre etnicidad y migración, perpetuándose de esta manera las desigualdades asociadas a estos factores. El presente artículo tiene como objetivo describir esta tendencia y analizar las razones subyacentes. Las justificaciones que con frecuencia se aducen por este descuido de la etnicidad y la inmigración han demostrado ser erróneas. Un enfoque integrado que tenga en cuenta simultáneamente el nivel socioeconómico, la migración y la identidad étnica, así como otros factores determinantes de desigualdad, es esencial si se pretende avanzar en la investigación sobre los factores determinantes de salud. La igualdad es indivisible; los investigadores que estudian distintos aspectos de la estratificación social no deberían considerarse mutuamente como rivales, sino como aliados indispensables. Un enfoque integrado, intersectorial, multivariado y multi-nivel ampliará nuestros conocimientos sobre las desigualdades sanitarias y posibilitará que se empleen más recursos para abordarlas.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud, equidad sanitaria, estatus socioeconómico, etnicidad.

La desatención de la migración y la etnicidad en el programa “determinantes sociales de la salud”

En los últimos diez años se ha producido un notable aumento del interés de los investigadores y legisladores de todo el mundo por los determinantes sociales de la salud (DSS). En esto ha jugado un papel crucial la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, presidida por Sir Michael Marmot, especialmente tras la presentación de su impactante informe *Closing the gap in a generation* (CSDH, 2008).

La idea de que la salud posee unos determinantes sociales es, por supuesto, muy antigua. Es el axioma sobre el que se asentaron las disciplinas de medicina social y atención sanitaria pública durante el siglo XIX, cuando los pioneros en el campo médico realizaban campañas de acción para abordar las terribles condiciones de vida y los problemas sanitarios de la nueva clase trabajadora industrial. Rudolf Virchow es famoso por haber pronunciado la siguiente frase (Virchow, 1848): “La Medicina es una ciencia social y la Política no es nada más que Medicina a gran escala”. Sin embargo, durante el siglo XX, el nexo de unión entre los problemas sanitarios y las desigualdades sociales continuó siendo un tema descuidado tanto por la ciencia como por la legislación. Esto era especialmente cierto en los EEUU (Guralnik & Leveille, 1997). Sin embargo, el Movimiento Norteamericano por los Derechos Civiles puso el foco de atención en las desigualdades sanitarias raciales o étnicas (Dittmer, 2009), al tiempo que en Europa la salud de inmigrantes y minorías étnicas ha sido cada vez más el tema central de iniciativas legislativas y científicas durante las últimas 3-4 décadas. La relación entre salud y clase, usualmente denominada hoy en día ‘nivel socioeconómico’ (NSE) o ‘posición socioeconómica’ (PSE), fue puesta de relieve en informes realizados por Black (DHSS, 1980), Marmot et al.

(1991) y Acheson (DHSS, 1998). Sin embargo, en el siglo XXI, este tema ha adquirido una relevancia mundial.

En los años 90, entre los investigadores comenzó a cobrar fuerza un ‘movimiento por la igualdad sanitaria’, pero fue principalmente la OMS la responsable de traducir este interés teórico en un impulso político global al crear la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en 2005. Al hacerlo, la OMS pareció recobrar su voz política. Desde su fundación en 1947, se ha visto forzada a mantener un equilibrio entre los intereses comerciales de los países ricos (los cuales luchan constantemente por abrir el mercado global a sus medicamentos, tecnología y experiencia profesional) y su función normativa de promover la sanidad, especialmente en los países más pobres (Chorev, 2012). Tras los años que siguieron a la sorprendentemente radical *Declaración de Alma-Ata* (OMS, 1978), el foco de atención de la organización sobre la atención primaria y prevención sanitaria se ha ido quedando desdibujado y, con frecuencia, se ha acusado a la organización de perder de vista sus principales funciones globales (Ruger y Yach, 2008). El nuevo compromiso con los DSS y la igualdad sanitaria reflejan una vuelta a la misión normativa de la OMS, que se ha visto todavía más reforzada por la adopción del principio de ‘salud en todas las políticas’ (OMS, Government of South Australia, 2010).

La agenda de DSS liderada por la OMS ha sido largamente esperada y muy bien recibida, sobre todo tras tres décadas en las que la implementación dogmática de las políticas económicas neoliberales ha provocado el aumento de las desigualdades entre los países y dentro de ellos. Estas políticas ahora parecen haber sumido al mundo en un largo periodo de desaceleración económica, en el que los grupos sociales más vulnerables se enfrentan a un crecimiento del desempleo y una drástica merma en la protección social.

Sin embargo, cuando se examina la letra pequeña del programa de DSS, surgen algunas dudas. Ciertamente, las diferencias socioeconómicas son un factor primordial que subyace en las desigualdades sanitarias, pero también se deben considerar otros factores. El propio informe de la Comisión sobre DSS (op. cit., p. 18) menciona por ejemplo ‘el género, la edad, la etnicidad, discapacidades y la geografía’. Sin embargo, en el informe y en muchos de los estudios que este ha propiciado, estos otros factores son relegados a un segundo plano: se sacrifica un enfoque coherente con la compleja génesis de las desigualdades sociales por el objetivo de enfatizar la correlación entre salud y una sola variable, el ESE.

Por ejemplo, sabemos que los inmigrantes y las minorías étnicas constituyen, con frecuencia, los grupos más marginales en cualquier país (OMS, 2010) – pero en el informe de 200 páginas de la Comisión sobre DSS las palabras ‘inmigrante’ o ‘migración’ tan sólo aparecen en 40 ocasiones. La mitad de estas referencias son a la migración del campo a la ciudad, 7 son a la migración de los profesionales sanitarios y sólo 14 a la migración internacional. La etnicidad es mencionada en 16 ocasiones. Y lo que es más importante, no se establece ningún debate serio sobre los efectos del estatus inmigrante y la etnicidad en la salud. Estos temas sólo son mencionados de pasada, como si los autores del informe se sintieran obligados a incluirlos pero no tuvieran ningún interés en analizarlos en profundidad.

Quizás no totalmente casual, este enfoque unidimensional también caracteriza gran parte de la investigación europea sobre desigualdades sanitarias. En esta literatura, el término ‘determinantes sociales’ casi siempre se restringe a ‘determinantes socioeconómicos’: para muchos investigadores los dos términos parecen ser sinónimos. La demostración más clara de esto es el informe EUROTHINE (Erasmus Medical Centre, 2007), titulado *Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach (Abordando las desigualdades sanitarias en Europa: Un enfoque integrado)*. En 646 páginas, las palabras ‘inmigrante’, ‘migración’, ‘étnico’ o ‘eticidad’ no aparecen ni una sola vez. Este proyecto surgió como resultado de la amplia colaboración entre los epidemiólogos europeos, así que se podría suponer que esta interpretación parcial del término ‘desigualdad sanitaria’ es ampliamente compartida.

Un enfoque un poco más equilibrado es el que ofrece el Comunicado de la CE *Solidarity in Health: Reducing health inequalities in the EU* (EC, 2009). Esta breve declaración (de once páginas) menciona tres veces a ‘inmigrantes y minorías étnicas’ y una vez a ‘inmigrantes’ a solas: en el informe se recomienda que se preste una atención especial a estos ‘grupos vulnerables’. Sin embargo, no se señala ningún nexo entre el estatus inmigrante, la etnicidad y el tema central del informe: la estratificación social. La migración y la etnicidad no son excluidas del campo de visión del informe pero, como ocurre con el informe de la Comisión sobre DSS, sólo se mencionan de pasada. También aquí da la impresión de que han sido incluidos simplemente

te porque hubiera sido políticamente incorrecto omitirlos. Como ocurre con la marginalidad social, estos grupos son así sometidos a la marginalidad *científica*, en una nueva agenda de investigación simplificada que, de entrada, ya está socavando el trabajo realizado sobre la migración y la etnicidad en la UE.

Casualmente, el uso del término ‘gradiente sanitario’ refuerza sutilmente esta fijación con el ESE. No se puede hablar de un *gradiente* entre dos categorías como las de ‘nativo e inmigrante’, ‘Blanco y Negro’ o ‘varón y mujer’: entre categorías, sólo pueden existir *fracturas*. Por supuesto, el programa de DSS posee ciertas razones legítimas al reforzar el gradiente socioeconómico: se desea enfatizar la importancia de analizar toda la gama de diferencias sanitarias en cada nivel social, en lugar de comparar simplemente ‘ricos’ y ‘pobres’. En sí mismo, este es un objetivo encomiable y original. Sin embargo, si los ‘*gradientes* sanitarios’ son el único foco de atención – ignorando las ‘*fracturas* sanitarias’ – las diferencias entre las variables categóricas, tales como las de grupo étnico, estatus inmigrante y género quedan totalmente olvidadas.

La migración y la etnicidad también fueron sorprendentemente ignoradas en el *Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010*, conocido también como el “Informe Marmot” (Marmot et al., 2010). Existe una corriente de estudios sobre las diferencias étnicas con un fuerte arraigo en el Reino Unido que ha sido fomentada por las políticas y la legislación del gobierno: por lo tanto, era de esperar la crítica al informe por parte de relevantes investigadores sobre la etnicidad (Salway et al., 2010). Tras describir este olvido de la etnicidad como ‘sorprendente’, estos autores comentan: “Aunque el informe incluye algunas referencias pasajeras a la desventaja social y sanitaria experimentada por grupos étnicos concretos en una serie de lugares, no llega a prestar una atención significativa a esta dimensión clave de la identidad y división de la sociedad británica moderna”. Otros resultados del programa de DSS adolecen de este mismo ángulo muerto: por ejemplo, al examinar la página Web del UCL Institute of Health Equity (<http://www.instituteofhealthequity.org/>) se aprecia una escasez de materiales sobre migración y etnicidad.

Lo mismo ocurre con la página Web lanzada por la OMS en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud celebrada en octubre de 2011. ACCIÓN: DSS es una nueva herramienta diseñada para proporcionar a la comunidad de la sanidad pública un ‘portal único’ sobre DSS (<http://www.actionsdh.org/>). Sin embargo, cuando se realiza una búsqueda del término ‘etnicidad’ este tan sólo se menciona de pasada en la URL, y el término ‘migración’ casi nunca es mencionado (resulta significativo que la única excepción sea un informe realizado por el gobierno del sur de Australia).

Esperamos haber aportado los suficientes ejemplos para demostrar que el programa de DSS presenta una fuerte tendencia a priorizar los determinantes socioeconómicos de salud frente a otros factores, y que esta tendencia es compartida por muchos epidemiólogos europeos. Es interesante señalar que no detectamos esta tendencia en los estudios norteamericanos o australianos. En los EEUU (donde el término ‘disparidades’ es tradicionalmente más habitual que el término ‘desigualdades’), la mayor parte de la investigación de DSS sitúa el nivel socioeconómico y la etnicidad o raza a la par en cuanto a su importancia (Exworthy et al., 2006); lo mismo ocurre en Canadá y en Australia. En estos países, los investigadores parecen reconocer que la estratificación social está íntimamente relacionada con la diversidad étnica debido a la inmigración a gran escala, así como de la opresión de los grupos indígenas por los colonos. En los EEUU, la esclavitud es otro determinante histórico de la estratificación que es imposible ignorar. Los investigadores en estos países reconocen que las desigualdades sociales están relacionadas con el legado del colonialismo y el racismo, y pocos son tan ilusos para pensar que estas influencias históricas ya han desaparecido.

Muchos europeos, por el contrario, tienen en cuenta el impacto del legado de colonialismo y esclavitud en el resto del mundo... pero no en sus propios territorios. Hay una cierta tendencia a admitir que el ‘hombre blanco’ infligió grandes injusticias al resto del mundo, pero las propias sociedades europeas democráticas modernas parecen ser consideradas como meritocracias o tierra de igualdad de oportunidades. En Europa, se piensa, no necesitamos comprobar el origen étnico de las personas para entender su nivel socioeconómico y sanitario. Bajo el dominio de los nazis, por supuesto, las cosas eran distintas... pero este periodo tiende a ser considerado simplemente como un incidente aislado, un lamentable abandono de los valores ‘europeos’. Sin embargo, como argumentaremos más abajo, este punto de vista contradice las realidades históricas, políticas y económicas y, en concreto, la manera en la que las relaciones coloniales han reaparecido y se han reconstruido en la Europa moderna a través de la estratificación social en función de la etnicidad y el estatus inmigrante.

El efecto negativo del programa de DSS en estudios de migración y etnicidad

Dado que tanto la precariedad económica como la vulnerabilidad de los inmigrantes y las minorías étnicas probablemente aumenten durante la actual crisis económica, es profundamente preocupante que el programa de DSS omita la contribución de la etnicidad y la migración a las desigualdades sanitarias. Y lo que es peor, existen pruebas de que esta visión parcial está minando el trabajo que se realiza actualmente sobre la migración y la etnicidad, particularmente en los programas de investigación subvencionados por la UE.

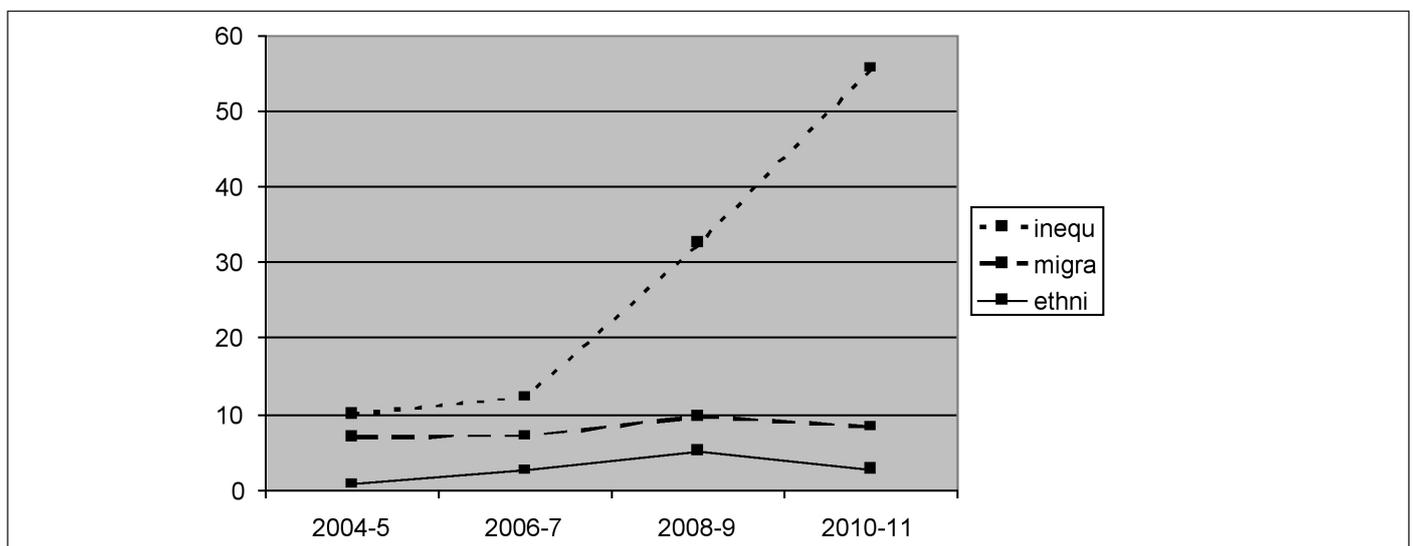
Para sustentar esta afirmación, presentamos aquí un análisis de las cantidades relativas invertidas en subvenciones para proyectos, conferencias y becas concedidas por la Agencia Ejecutiva de Sanidad y Consumo de la Comisión Europea (EAHC) durante el periodo 2004-2011. Distinguimos tres categorías: proyectos que incluyen los grupos de letras “migra”, “ethni” y “inequ” en sus títulos, acrónimos, resúmenes o palabras clave. Esta categorización identifica proyectos que incluyen palabras como inmigrantes o migración, etnicidad o grupos étnicos, y desigualdades o injusticias. La información fue extraída del banco de datos DG SANCO en <http://ec.europa.eu/eahc/projects/database.html> el 30 de julio de 2012. En el gráfico de la Figura 1, se han sumado pares de años para mostrar las tendencias de forma más clara.

El sentido común nos permite concluir que el porcentaje de proyectos financiados en cada una de las categorías refleja (a) el contenido de las Solicitudes de Propuestas publicadas, (b) el número y la calidad de las propuestas presentadas, y (c) las preferencias de la Agencia y sus asesores. El gráfico de la Figura 1 muestra que el porcentaje de subsidios para estudios sobre “desigualdades”, “injusticias” y otros términos relacionados se incrementó drásticamente a partir de 2007. Este aumento probablemente se deba a la incorporación en las Solicitudes de Propuestas del creciente interés de la política comunitaria durante este periodo por atajar las desigualdades sanitarias.

Tomando el periodo de 2006 hasta 2011, la correlación entre el porcentaje de subsidios en la categoría “inequ” y el año en el que el subsidio fue concedido es $r = .93$ ($p < .005$ de una cola). Las correspondientes correlaciones para las categorías “migra” y “ethni” son $r = .30$ y $.29$ (n.s.). Al aplicar la transformación Z de Fisher, se descubre que la correlación para la categoría “inequ” es significativamente más alta que la de las otros dos categorías ($z = 1.67$ y 1.65 , $p < .05$ de una cola). Es decir, el porcentaje de subsidios para proyectos que contengan las palabras clave relacionadas con ‘injusticias’ o ‘desigualdades’ ha aumentado de forma significativa más rápidamente que el porcentaje para cualquiera de los otros dos tipos de proyecto (durante todos los años estudiados, el porcentaje de proyectos exitosos que mencionan la migración fue más alto que el de los proyectos que mencionan la etnicidad).

Por supuesto, es posible que en algunos de los proyectos relacionados con la migración y/o etnicidad también se mencionen términos como el de “desigualdad”. Pero al observar el gráfico podemos ver que ha habido un drástico aumento del porcentaje de proyectos que mencionan la desigualdad, pero que *no* mencionan la migración o la etnicidad.

Figura 1. Porcentaje de subsidios concedidos por EAHC en distintas áreas (2004-2011)



Así pues, el creciente interés por los estudios sobre las desigualdades sanitarias ha propiciado la creación de un corpus de investigación que a un mismo tiempo omiten la migración y la etnicidad. Debido a que la subvención a la investigación es limitada, parece inevitable que esta tendencia conlleve una reducción de los estudios sobre estos temas. Algunos investigadores ya han llegado a la conclusión que tienen mayores opciones de conseguir una subvención si *no* se menciona la migración o la etnicidad.

Esta cruda conclusión queda apoyada por los resultados presentados por Karl-Trummer (2010) a partir de un análisis llevado a cabo para DG RESEARCH sobre proyectos financiados en 2009 dentro del Marco de Programas FP5, FP6 y FP7. Se sometió a un exhaustivo análisis la metodología, colaboraciones, grupos meta, variables estudiadas, etc. de veintiséis proyectos identificados como altamente relevantes para el campo de las desigualdades sociales sanitarias. Los únicos ‘grupos vulnerables’ identificados en estos proyectos eran los niños, los ancianos y las personas que padecen obesidad y discapacidades físicas o mentales. *Ninguno de los proyectos analizaban a los inmigrantes o a las minorías étnicas.* En otras palabras, todos ellos adoptaron la perspectiva “daltónica” de la sociedad europea que ya hemos identificado como característica común en muchos de los estudios de este campo.

Razones por el abandono de la migración y la etnicidad

La siguiente cuestión que examinaremos es: ¿qué argumentos se emplean para justificar el énfasis unilateral que se otorga actualmente al NSE? Por supuesto, algunos investigadores podrían estar reaccionando ante una creciente hostilidad hacia los inmigrantes y minorías étnicas en sus propios países eligiendo temas políticamente ‘más seguros’; sin embargo, no es probable que reconozcan abiertamente este motivo de su elección. En esta sección consideraremos sólo los argumentos científicos que han sido presentados.

Argumentos en términos numéricos

Algunos argumentan que hay tan pocos inmigrantes y miembros de minorías étnicas en Europa que su aportación a las desigualdades sanitarias es muy pequeña. La atención sobre estos grupos es considerada, por lo tanto, una distracción de la principal labor dirigida a reducir las diferencias socioeconómicas. Este es el argumento empleado, por ejemplo, por el epidemiólogo Mackenbach en una entrevista (Dahhan, 2007, p. 73). Pero, aunque los números pueden variar considerablemente de un país a otro, no existen muchos lugares en Europa donde este punto de vista pueda ser sostenido. Durante los últimos 60 años la población inmigrante ha aumentado hasta el punto en que, en muchos países, los inmigrantes y sus descendientes suponen más del 20% de la población total – y con frecuencia se encuentran entre los más desfavorecidos. En Holanda, los inmigrantes ‘no-occidentales’ y sus descendientes constituyen el 16.5% de la población menor de 25 años (CBS Statline, 2012), mientras que el desempleo en este subgrupo es tres veces más alto que entre los jóvenes nativos holandeses (FORUM, 2012). En países con una gran población romaní, este grupo podría ser la principal fuente de desigualdades sanitarias, porque sus desventajas sanitarias son frecuentemente extremas.

Argumentos en términos de necesidad

Un segundo argumento es que muchos inmigrantes o miembros de minorías étnicas no están, en realidad, en desventaja, al menos en términos de salud: en efecto, pueden estar en realidad más sanos que la mayor parte de la población. Esta ventaja (el “efecto del inmigrante sano”) podría deberse al hecho de que aquellos que emigran tienden a ser sujetos jóvenes y sanos y han estado expuestos durante un periodo relativamente breve a los factores de la vida occidental que suponen una amenaza a la salud. Podría ser debido a las tradiciones culturales (por ejemplo, una moral sexual más estricta y la no ingesta de alcohol), que promueven en realidad hábitos saludables.

Por lo tanto, el análisis de las diferencias sanitarias en función del estatus inmigrante o la pertenencia a un

grupo étnico es criticada frecuentemente alegando que en realidad puede aportar escasos resultados significativos y causar innecesarios efectos de estigmatización. El peligro de aglutinar a los miembros de grupos étnicos o inmigrantes es que da pie a la creación de estereotipos, a pesar de que con frecuencia las diferencias dentro de esos propios grupos son mucho mayores que la diferencia media entre estos y la población mayoritaria.

Este argumento debe ser tomado muy en serio por parte de los investigadores, si es que pretenden formar parte de la solución de la desigualdad, en lugar de ser parte del problema. En este tema se pueden identificar dos enfoques radicales: uno que prioriza la importancia de evitar los estereotipos y que prefiere eliminar toda investigación que se base en tales categorías (un punto de vista extendido en Francia), y otro que argumenta que los grupos desfavorecidos no pueden recibir asistencia sin una recolección específica de datos e intervenciones (“sin datos – no hay progreso”, por ejemplo, OSF, 2010). Parece claro que se hace necesario encontrar el punto medio óptimo entre estos dos extremos. Al hacerlo, deberíamos guiarnos por el mayor o menor peso de la evidencia existente sobre las graves desventajas que sufre un grupo determinado. Cuando esto ocurre, el grupo en cuestión es mucho más proclive a mostrarse receptivo cuando el foco de atención es puesto en sus problemas que cuando estas desventajas son menos graves o discutibles.

Objeciones a las explicaciones en términos de etnicidad y estatus inmigrante

Otra razón por la que muchas personas prefieren explicar las desigualdades sanitarias en función del NSE en lugar de la etnicidad o el estatus inmigrante es la idea de que estas dos últimas explicaciones sitúan la causa de los problemas en las propias minorías y que, por lo tanto, son una forma de “culpabilizar a la víctima”. Esta idea presupone que la única forma en la que la etnicidad o el estatus inmigrante pueden afectar a la salud es a través de las diferencias culturales o, lo que supone un mayor estigma, a través de diferencias genéticas. Kaufman et al. (1997) analizan en detalle los riesgos del ‘control en función del NSE’, para demostrar que muchos estudios que afirman realizar este control se hallan mermados por una “desviación residual” y, de esta forma, dan a entender diferencias étnicas que podrían no existir en realidad. De este estudio se desprende claramente que esta crítica está dirigida a los investigadores que creen que los efectos de la etnicidad se deben únicamente a diferencias genéticas o culturales. La tendencia de algunos epidemiólogos de explicar diferencias étnicas por cuestión del NSE podrían, así pues, estar motivada por un deseo a evitar “culpabilizar a la víctima”.

Sin embargo, los efectos de pertenecer a un grupo podrían no tener nada que ver con las características de sus miembros: por el contrario, podrían reflejar principalmente la *reacción social* hacia el grupo. Los refugiados políticos, por ejemplo, podrían no tener nada en común entre sí aparte del hecho de que han buscado refugio político y, sin embargo, el sistema legal y la opinión pública los tratan de forma muy diferente a otros grupos. Así pues, explicar los problemas en función del estatus inmigrante o la etnicidad no sitúa necesariamente la causa de los problemas en los propios grupos.

Este tema recuerda las controversias que surgieron durante la última mitad del siglo XX sobre los factores responsables de las desventajas educativas de los niños procedentes de minorías étnicas. Ya en los años 70 del pasado siglo se produjo una fuerte polarización entre dos escuelas de pensamiento sobre este tema. Una atribuía la desventaja educativa a un “déficit cognitivo”, “privación cultural” o “genes inferiores”, mientras que la otra adoptaba un punto de vista “estructural” o “sociológico” que intentaba explicar las diferencias por la posición social de la familia del niño. Esta oposición ha probado ser improductiva tanto científicamente como en la práctica. Debido a que no se consideraron las *interacciones* entre factores individuales, sociales y culturales, no se logró una visión coherente y útil sobre las desventajas educativas (Pels y Veenman, 1996).

De hecho, la preocupación por evitar “culpabilizar a la víctima” no debería hacernos olvidar que algunos factores que afectan a la salud podrían estar conectados con diferencias culturales o genéticas. Ya hemos mencionado las ventajas sanitarias de ciertas prácticas religiosas... y, por supuesto, también hay desventajas. Los tipos genéticos de la población podrían demostrar ser un factor a tener en cuenta cuando se investiga la vulnerabilidad a una enfermedad o cierta respuesta a un tratamiento, aunque las categorías raciales tradicionales poseen poca relevancia en los estudios actuales de genética.

Si aquellos que investigan el NSE no han prestado la suficiente atención a la etnicidad, lo contrario probablemente también sea cierto: aquellos dedicados al campo de la migración y la etnicidad en ocasiones no han

tomado en cuenta las condiciones materiales de vida y han puesto un énfasis excesivo en la “cultura”. La historia de la investigación sobre la desventaja educativa muestra que sólo un enfoque multidisciplinario, multivariado y multinivel, que tome en consideración la interacción de *todos* los factores, puede resultar efectivo.

Argumentos estadísticos

Quizás el argumento que se emplea más habitualmente para priorizar el NSE sea un argumento estadístico: la afirmación de que muchos efectos del estatus inmigrante o de la etnicidad desaparecen o se reducen hasta niveles insignificantes cuando el NSE es controlado. Existen dos cuestiones aquí: en primer lugar, ¿con qué frecuencia es esto cierto?, en segundo lugar, ¿cuáles son las implicaciones si esto es cierto? Discutiremos estas cuestiones en relación a la etnicidad, aunque las implicaciones para el estatus inmigrante son las mismas.

Ciertamente, muchas diferencias étnicas desaparecen o se reducen cuando el NSE se mantiene constante. Para lograr esto, se pueden utilizar métodos multivariados (controlando el efecto del NSE estadísticamente), o comparar grupos en diferentes niveles de NSE. Sin embargo, existen muchas diferencias que no desaparecen cuando se hace esto (véase por ejemplo Bhopal, 2007; Karl-Trummer y Sardadvar, 2012; Nazroo, 1998;).

Existen además graves problemas metodológicos a la hora de “controlar el NSE”, ya sea uno u otro el método de los arriba mencionados que se emplee. Algunos de estos problemas son:

Las diferencias del NSE pueden ser tan extremas que haya muy poco o ningún solapamiento (coincidencia) entre grupos: grupos concretos de minorías étnicas o de inmigrantes pueden estar tan profundamente desfavorecidos que no exista prácticamente ningún solapamiento entre ellos y la población mayoritaria.

Pueden existir también problemas de validez: los mismos indicadores del NSE no siempre pueden ser usados con distintos grupos sociales. Un refugiado iraní en el Reino Unido puede ser un neurocirujano o médico cualificado, pero ser incapaz de encontrar a un empleador que reconozca su cualificación. Las formas de medir los ingresos o la riqueza también deben ser adaptados en el caso de grupos que tienden a organizar sus economías de forma distinta. Es cierto que en la mayoría de los casos, al incrementar la validez de las medidas del NSE se incrementa la cantidad de varianza que puede verse afectada potencialmente al controlar esta variable; sin embargo, también es posible que se dé el efecto contrario.

Kaufmann et al. (1997) analizan en detalle la dificultad que supone evitar la ‘desviación residual’ debido a problemas de medición y otros factores. La relación entre el NSE y la etnicidad como determinantes de la salud puede resultar compleja y aparentemente paradójica. La influencia del NSE puede diferir entre los distintos grupos étnicos (véase, por ejemplo, Agyemang et al., 2010); o, por el contrario, la influencia de la etnicidad puede ser diferente en los distintos niveles de NSE. Finalmente, el ‘control del NSE’ podría en realidad incrementar las diferencias en lugar de reducirlas.

Todas estas cuestiones ejemplifican los peligros de dar por sentado que las diferencias étnicas desaparecen de forma generalizada cuando se controla el NSE. Sin embargo, para ilustrar la siguiente fase del argumento, centrémonos en los casos en los que *sí* desaparecen. ¿Significa esto que la etnicidad no es la causa “real” de la diferencia y que sólo el NSE debe ser tenido en cuenta? Esta es la conclusión a la que los científicos parecen llegar... y, sin embargo, está basada en una falacia estadística elemental.

Para apreciar esto, supongamos que se encuentra una correlación entre etnicidad y alguna manifestación de mala salud. Podemos estar razonablemente seguros de la dirección de causalidad, porque hay pocas formas en las que una mala salud puede alterar la etnicidad (sin embargo, si la etnicidad es *auto-atribuida*, tal efecto no es imposible)

Ethnicity → ill-health

Estudios posteriores demuestran entonces que el NSE también está correlacionado con la mala salud:

Ethnicity → ill-health

SES ↗

Se descubre entonces que, cuando se controla el NSE, la correlación entre la mala salud y la etnicidad desaparece. ¿A qué conclusión podemos llegar?

La conclusión más habitual es que el NSE crea una falsa asociación entre etnicidad y mala salud, es decir, que es un elemento *desviador* en la relación entre estas dos variables y que esto ha ocurrido porque el NSE y la etnicidad (por alguna razón externa) se correlacionan. La influencia de la etnicidad entonces puede ser considerada como un artefacto e ignorada.

La asociación entre etnicidad y enfermedad es entonces considerada como la existente entre llevar un mechero y desarrollar cáncer de pulmón. La gente que lleva mecheros con frecuencia son fumadores, pero al neutralizar el hábito de fumar se muestra rápidamente que los mecheros por sí solos no causan cáncer. En este ejemplo, el hábito de fumar es el elemento desviador que produce la engañosa correlación entre llevar un mechero y desarrollar cáncer de pulmón.

Sin embargo, una regla básica en estadística es que un desviador no puede residir en la ruta causal entre una variable independiente y una dependiente. Este no es el caso en el ejemplo de los mecheros, pero bien podría serlo en el de la etnicidad o el estatus inmigrante. La analogía correcta se establece con un tipo distinto de ejemplos: consideremos una enfermedad que mata a las personas causándoles fiebres altas. Se encontrará una fuerte asociación entre contraer la enfermedad y la muerte. Sin embargo, si se controla la temperatura corporal (ya sea mediante la combinación de casos o neutralizando esta variable estadísticamente), la asociación entre contraer la enfermedad y morir se verá reducida pudiendo incluso desaparecer. Este resultado potencialmente engañoso ha sido obtenido porque la temperatura corporal está siendo erróneamente tratada como un desviador, cuando, de hecho, reside en la ruta causal entre contraer la enfermedad y morir.

Retomando nuestro tema, necesitamos reconsiderar la posibilidad de que la ruta causal sea algo como esto:

Ethnicity → SES → ill-health

– en otras palabras, ser inmigrante o miembro de una minoría étnica propicia una mala salud al reducir el nivel socioeconómico de la persona. Hay muchas formas en que esto puede ocurrir: la discriminación puede mermar las oportunidades de la persona de conseguir un empleo, de acceder a la educación o a una vivienda; las leyes pueden negar a un grupo concreto muchos derechos y privilegios (por ejemplo, si la persona es un inmigrante indocumentado); se pueden experimentar barreras lingüísticas y culturales, y el capital social de la persona puede verse reducido si se traslada a un nuevo país donde la ‘divisa’ de su capital social no posee ningún valor. El trabajo llevado a cabo por Nancy Krieger (por ejemplo, Krieger, 1999) explora las múltiples vías (tanto directas como indirectas) a través de las cuales la discriminación puede influir en la salud.

Si el NSE es una variable que interviene en la ruta causal entre la discriminación y la mala salud, eliminando estadísticamente su influencia se propicia que el efecto de la inmigración y la etnicidad quede oculto, al igual que el control de la temperatura corporal harán que la enfermedad de nuestro ejemplo hipotético parezca inofensiva. Pero cualquiera que piense que esto demuestra que el NSE (o la fiebre en el ejemplo) es el “origen” de la mala salud se estará engañando a sí mismo. Podemos aportar un estímulo artificial a los miembros de grupos minoritarios que les compense por las barreras sociales que experimentan, y esto puede que mejore su salud... al igual que probablemente ayude a nuestros hipotéticos pacientes que les apliquemos tratamientos para reducir la fiebre. Sin embargo, esto sería “tratar los síntomas” en lugar de eliminar las causas del problema. En el caso de la enfermedad, esta podría ser el tratamiento racional a seguir, porque bajar la fiebre puede permitir que los pacientes permanezcan con vida mientras sus cuerpos luchan contra la enfermedad. Igualmente, la asistencia a corto plazo de grupos marginales podría también salvar vidas. Sin embargo, ninguna de estas dos medidas es satisfactoria a largo plazo. Como se menciona frecuentemente en el propio programa de DSS, necesitamos abordar “las causas de las causas”. Y esto significa combatir los procesos de exclusión social que mantienen a los inmigrantes y a las minorías étnicas en su supuesto “sitio”.

Espejismos sobre la sociedad (europea)

Examinemos ahora con mayor detenimiento la idea que se mencionó brevemente más arriba: que la estra-

tificación étnica podría jugar un papel en las antiguas colonias y en sociedades basadas en castas como la hindú, pero que no es verdaderamente relevante en Europa. Muchos epidemiólogos parecen apoyar implícitamente este punto de vista. Puede que reconozcan y lamenten la existencia de discriminación y xenofobia, pero consideran que estos son problemas circunstanciales y no ven la etnicidad como un determinante *estructural* de desigualdades... al menos, no en Europa.

En su “teoría de la desigualdad perdurable”, el sociólogo norteamericano Charles Tilly (1998) nos presenta una perspectiva totalmente diferente del papel que juega la etnicidad, cuyas implicaciones para la sanidad pública han sido analizadas por Lorant y Bhopal (2011). La teoría de Tilly es compleja, pero una de sus nociones básicas es que el nexo entre la estratificación social y la etnicidad es estructural. La explicación que aporta este autor puede ser entendida por analogía con la teoría socio-psicológica de la formación de estereotipos desarrollada por Tajfel (1981). Según Tajfel, los estereotipos sobre grupos humanos, por muy lamentables que puedan ser, no son un indicio de personalidades perversas, sino el resultado de un mecanismo humano básico que nos permite mantener el rumbo a través de un mundo lleno de confusión e incertidumbre. En la cognición humana, la simplificación y generalización excesivas son más la regla que la excepción.

Tilly construye una explicación similar, pero a nivel social en lugar de individual. Las desigualdades de poder y riqueza son fáciles de mantener si pueden ser asociadas a características “externas” de los individuos. Así pues, la distinción entre “jefe” y “trabajador” será más fácil de gestionar y mantener si responde a una diferencia étnica: en ese caso, el diferencial de poder no tiene por qué ser justificado constantemente, sino que, por el contrario, se acepta porque “las cosas son así”. La estratificación étnica es una cuestión de conveniencia *organizativa*, al igual que el prejuicio individual, según Tajfel, es una cuestión de conveniencia *cognitiva* (Desrosiers, 2007). Por supuesto, se necesitarán otros modelos para explicar qué grupos son asignados a qué tipo de roles o estereotipos.

Por lo tanto, la inercia tanto a nivel social como individual es que la estratificación étnica y los estereotipos se fortalezcan en lugar de debilitarse... a menos que se contrarresten con una resistencia, campañas públicas y leyes efectivas. Los individuos que pertenecen a un grupo étnico determinado pueden ascender en la escala social, o bajar, pero sólo en circunstancias excepcionales. La opinión en ocasiones expresada de que las sociedades occidentales han entrado en una era “post-racial”, en la que cualquiera puede ser lo que quiera, es simplemente una versión modernizada del viejo Sueño Americano y su movilidad social infinita (Kaplan, 2011).

Tales teorías ofrecen distintas explicaciones sobre cómo la etnicidad y las características del grupo establecen un nexo con las desigualdades socioeconómicas. El gradiente de NSE no es el origen de las diferencias de salud, pero debe ser explicado en términos de factores y procesos más profundos (“las causas de las causas”). Por lo tanto, resulta todavía más sorprendente que se haya prestado tan poca atención en el programa de DSS a factores como la etnicidad y el estatus inmigrante (y, por esa misma cuestión, el sexo, la edad, la discapacidad, la religión y la orientación sexual). La idea de abordar el “gradiente” de NSE en primer lugar y luego tratar las otras variables es contraproducente y contradictorio en sí mismo, porque mientras estas otras formas de discriminación actúen, la equidad en NSE nunca podrá ser alcanzada.

La visión “daltónica” de las sociedades europeas como meritocracias democráticas enturbiadas sólo ocasionalmente por lapsus racistas necesita una revisión urgente. El siguiente - y extremadamente simplificado - esbozo histórico puede que sea de ayuda en este caso. A finales de la Segunda Guerra Mundial, la “distinción externa” (Tilly) que mantenía y justificaba las diferencias de NSE en Europa era principalmente la clase: en qué parte de las vías se había nacido. Sin embargo, gracias a la espectacular expansión económica durante los años 50 y 60 del pasado siglo, liderada por el *Wirtschaftswunder* alemán, una gran parte de la clase trabajadora europea mejoró su nivel académico y rompió los estereotipos que los habían mantenido “en su sitio”: ascendieron y se unieron a la clase media. Con el fin de poder llevar a cabo el trabajo que ahora consideraban por debajo de su condición, y así mantenerse en el momento álgido de la expansión económica, fue necesario importar grandes cantidades de “trabajadores invitados” sin experiencia ni preparación. Estos inmigrantes (muchos de los cuales no regresaron más tarde con sus familias, sino que sus familias se trasladaron para reunirse con ellos) llenaron un vacío que la movilidad social había creado. Hasta cierto punto, se convirtieron en el nuevo proletariado europeo, heredando también el agravio que la clase media siempre había dirigido hacia la “peligrosa” clase obrera. Algunos inmigrantes, por supuesto, evitaron este destino... pero en la mayo-

ría de casos, estos no eran lo suficientemente numerosos para lograr que su grupo al completo escapase de una posición desfavorecida. La inmigración y la etnicidad, por lo tanto, se han convertido en una poderosa fuente de estratificación en Europa.

El resultado más reciente de este proceso es que los estados miembros de la UE han aumentado las restricciones sobre la inmigración desde países no europeos a los niveles máximos permitidos sin quebrantar la legislación sobre derechos humanos, e incurriendo en ingentes gastos para el control y vigilancia de aduanas. Como resultado, los inmigrantes irregulares (los cuales, por cierto, normalmente no son inmigrantes clandestinos, sino personas que han sobrepasado su periodo de estancia legal o a las que se les ha denegado la solicitud de asilo político) llegan ya probablemente a los 3 millones aproximadamente en la UE-27 (Kovacheva y Vogel, 2009).

Los inmigrantes irregulares ocupan una posición en la escala social que es incluso más baja que la de los inmigrantes regularizados de países no occidentales. Para los empleadores, especialmente en países con una extensa economía subterránea, suponen una fuente ideal de mano de obra barata: apenas disfrutan de derechos y, debido a que se ven abocados a permanecer invisibles, es muy poco probable que reclamen los pocos derechos que les asisten. Están disponibles con poca antelación, exigen unos salarios muy bajos o ningún salario, y pueden ser despedidos sin consecuencias para su empleador. Junto a la población romaní, probablemente sea el grupo más desfavorecido que alberga Europa en la actualidad. Resulta alentador comprobar que el *Segundo informe provisional sobre determinantes sociales de la salud y la diferenciación sanitaria en la Región Europea de la OMS* (OMS EURO, 2011) presta una especial atención tanto a romaníes como a inmigrantes irregulares (ver también Marmot et al., 2012).

La necesidad de un enfoque combinado

Argumentos para aunar esfuerzos

Los datos analizados arriba demuestran que los investigadores de los DSS por un lado, y la inmigración y la etnicidad por otro, actualmente compiten entre sí para obtener subvenciones, en lugar de buscar formas de colaboración. La política europea de financiación para la investigación parece estar empeorando aún más esta brecha. Un enfoque tan competitivo es inútil, porque, como se explica más arriba, entender el papel que juegan tanto la inmigración como la etnicidad en la generación y el mantenimiento de la estratificación social es esencial para abordar las desigualdades socioeconómicas de la salud. Los distintos enfoques deben trabajar codo con codo, en lugar de considerarse rivales entre sí. Unos son cruciales para el éxito de los otros, como se explica en los siguientes argumentos.

En primer lugar, existe una larga tradición de estudios sobre etnicidad e inmigración (así como sobre sexo, discapacidad, edad, etc.) que constituyen una fuente valiosa para combatir las desigualdades sanitarias. Las tradiciones y métodos de investigación en los programas de intervención han sido desarrollados durante décadas, aunque nadie pueda todavía afirmar que ya han llegado a su punto de madurez. Gracias a estos trabajos, ahora sabemos cómo investigar mejor los problemas de los llamados grupos ‘de difícil acceso’ y cómo adaptar las intervenciones y servicios a sus necesidades (Rechel et al., 2011; Ingleby et al., 2012a, 2012b). La provisión de servicios a grupos sociales marginales precisa de enfoques especiales, tales como métodos adaptados de promoción de la salud (Netto et al., 2010). Se han desarrollado formas de involucrar a las comunidades inmigrantes en proyectos de mejora de la salud por parte de la Psicología Comunitaria (García-Ramírez et al., 2012). El proceso de abordar las desigualdades sociales de la salud sólo sufrirá retrasos si los investigadores de los DSS insisten en reinventar la rueda e ignorar estos recursos.

En segundo lugar, probablemente existe más apoyo social para abordar otras formas de desigualdades que el que hay para reducir el gradiente de NSE como tal. Para empezar, la legislación de la UE define nueve “características protegidas”, ilegalizando la discriminación (ya sea directa o indirecta, individual o institucional) por cuestión de raza, discapacidad, género, edad, reasignación de género, orientación sexual, embarazo y maternidad, religión o creencia, y matrimonio y uniones civiles. Existen las herramientas legales para combatir la discriminación por cuestión de estas características, y que pueden aportar legitimidad a los esfuerzos

realizados por reducir las desigualdades sanitarias. Sin embargo, la “clase” o el NSE *no* es una característica protegida (aunque el último gobierno laborista de Reino Unido llevó a cabo un breve intento de insertar el “deber socioeconómico” en las leyes sobre igualdad). Por lo tanto, resulta un tanto paradójico que la única forma de desigualdad que el programa de DSS haya elegido priorizar sea la que no está cubierta por la legislación. Existe también una tradición de activismo y cooperación social surgida y desarrollada en el marco de la lucha contra las distintas clases de discriminación y desigualdad. El programa de DSS podría acceder a estos movimientos como fuentes de energía y apoyo si se abriera y ampliara su visión sobre las “desigualdades sanitarias”.

En tercer lugar, se debe prestar mucha más atención a cómo las distintas formas de desigualdad interactúan entre sí. Las complejas dinámicas crean un nexo de unión (por ejemplo) entre la etnicidad, el NSE y el género, de manera que sólo cabe esperar unos resultados limitados a partir de enfoques que intenten abordar estos temas por separado. Defender que primero se debe abordar la forma más general de desigualdad, la relacionada con el NSE, y tratar otros temas más tarde, es negar el hecho probado de interconexión y refuerzo mutuo que efectivamente se da entre las distintas formas de desigualdad. En esta conexión no sólo debemos pensar en la etnicidad y la inmigración, sino también en el sexo, la edad, las discapacidades y otras diferencias.

Existe un interés cada vez mayor entre los científicos sociales por los fenómenos de “interseccionalidad” o “discriminación múltiple”, interés que el movimiento por la igualdad sanitaria haría bien en emular. Östlin et al. (2011, p. 3) afirma que “se precisa una acción coordinada y urgente para abandonar el análisis de un solo factor de riesgo y adoptar perspectivas más globales”. Estos autores se preguntan: “¿Cuáles son las interacciones entre los ejes de la diferenciación social y cómo estas contribuyen al modelo de desigualdad a nivel poblacional? ... Más concretamente, ¿cómo interactúan el nivel económico, la etnicidad y el género para conformar los riesgos y resultados de la salud?”

En efecto, este parece ser el único camino posible para el movimiento por la igualdad sanitaria. Lo que se necesita es un enfoque verdaderamente integrado de las desigualdades sanitarias, en el que se preste atención a un mismo tiempo a todos los factores relevantes, aunque esto resulte una tarea ardua desde un punto de vista metodológico. La igualdad sanitaria es indivisible, y no tiene sentido priorizar un tipo de desigualdad a expensas de otras. Si el programa de DSS está seriamente dirigido a abordar ‘las causas de las causas’, no puede negar la necesidad de un análisis explícito de estratificación social, utilizando los conocimientos de la sociología y otras ciencias sociales. Además, el tipo de análisis apropiado probablemente varía en función de los distintos momentos y lugares; no parece probable que las dinámicas de estratificación en Bogotá vayan a ser idénticas a las encontradas en Barnsley.

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a Raj Bhopal, Mark Johnson, Ursula Karl-Trummer, Vincent Lorant, Sarah Salway y Karien Stronks sus valiosos comentarios sobre el borrador del presente artículo. No son responsables de cualquier error u omisión que pudiera haber.

Referencias

- Agyemang, C., van Valkengoed, I., Hosper, K., Nicolaou, M., van den Born, B. J., & Stronks K. (2010). Educational inequalities in metabolic syndrome vary by ethnic group: evidence from the SUNSET study. *International Journal of Cardiology*, 141, 266-74.
- Bhopal, R. S. (2007). *Ethnicity, race, and health in multicultural societies; foundations for better epidemiology, public health, and health care*. Oxford: Oxford University Press.
- CBS Statline (2012) Online database. Heerlen: Centraal Bu-reau voor de Statistiek. Retrieved from <http://statline.cbs.nl/StatWeb/?LA=nl>
- Chorev, N. (2012). *The World Health Organization between North and South*. Ithaca, NY: Cornell University Press. Retrieved from <http://books.google.nl/books?id=OvdUF pp1oW4C&dq>

- CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on the Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://bit.ly/xqmJdD>
- Dahhan, N. (2007). *Gezondheidszorg & etnische diversiteit in Nederland: Naar een betere zorg voor iedereen*. Amsterdam: PaceMaker in Global Health.
- Desrosiers, M. (2007). *Framing strategies to play the communal card: Illustrations from the Sri Lankan and Bosnian cases*. Paper presented at the annual meeting of the International Studies Association 48th Annual Convention, Hilton Chicago, Chicago, IL, USA. Retrieved from <http://bit.ly/OySk0J>
- DHSS (1980). *Inequalities in health: report of a research working group (The Black report)*. London: Department of Health and Social Security.
- DHSS (1998). *Independent inquiry into inequalities in health (The Acheson Report)*. London: Department of Health and Social Security.
- Dittmer, J. (2009). *The good doctors: The medical committee for Human Rights and the struggle for social justice in health care*. New York: Bloomsbury Press.
- EC (2009). *Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU*. Brussels: European Commission. Retrieved from <http://bit.ly/yFK9Bw>
- Erasmus Medical Centre (2007). *Tackling health inequalities in Europe: An integrated approach EUROTHINE*. Rotterdam: University Medical Centre. Retrieved from <http://bit.ly/RiegwP>
- Exworthy, M., Bindman, A., Davies, H. T. O., & Washington, A. E. (2006). Evidence into policy and practice? Measuring the progress of U.S. and U.K. policies to tackle disparities and inequalities in U.S. and U.K. health and health care. *Milbank Quarterly*, 84, 75-109.
- FORUM (2012) *Allochtonen op de arbeidsmarkt 1e kwartaal 2012*. Utrecht: FORUM.
- García-Ramírez, M., Hernández-Plaza, S., Albar, M.-J., Luque-Ribelles, V. & Suárez-Balcázar, Y. (2012). Building healthcare stakeholder coalitions: a community psychology approach to user involvement for migrant populations. In: Ingleby, D., Chiarenza, A., Devillé, W., & Kotsioni, I. (Eds.) *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities. COST Series on Health and Diversity, Volume II*, pp. 188-204. Antwerp/Apeldoorn: Garant.
- Guralnik, J. M., & Leveille, S. G. (1997). Race, ethnicity, and health outcomes – unraveling the mediating role of socioeconomic status. *American Journal of Public Health*, 87, 728-730.
- Ingleby, D., Chiarenza, A., Devillé, W., & Kotsioni, I. (Eds.) (2012b). *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities. COST Series on Health and Diversity, Volume II*. Antwerp/Apeldoorn: Garant.
- Ingleby, D., Krasnik, A., Lorant, V., & Razum, O. (Eds.) (2012a). *Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities. COST Series on Health and Diversity, Volume I*. Antwerp/Apeldoorn: Garant.
- Kaplan, H. R. (2011). *The myth of post-racial America: Searching for equality in the age of materialism*. New York: Rowman & Littlefield.
- Karl-Trummer, U., & Sardadvar, S. (2012). The interplay of health, migrant status and socioeconomic status in eight EU countries. In D. Ingleby, A. Krasnik, V. Lorant & O. Razum (Eds.), *Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities. COST Series on Health and Diversity, Volume I* (pp. 79-92). Antwerp/ Apeldoorn: Garant.
- Karl-Trummer, U. (2010). *EC funded research projects tackling health inequalities in Europe in the 5th/6th/7th framework programs – Where are the migrants?* Presentation at meeting of COST Action IS0603, 'Health and social care for migrants and ethnic minorities in Europe', Brussels. Retrieved from [http:// bit.ly/MmqNDc](http://bit.ly/MmqNDc)
- Kaufman, J. S., Cooper, R. S., & McGee, D. L. (1997). Socioeconomic status and health in Blacks and Whites: The problem of residual confounding and the resiliency of race. *Epidemiology*, 8, 621-628.
- Kovacheva, V., & Vogel, D. (2009). *The size of the irregular foreign resident population in the European Union in 2002, 2005 and 2008: Aggregated estimates*. Hamburg Institute of International Economics. Database on Irregular Migration. Working Paper No.4/2009. Retrieved from <http://bit.ly/zYtDge>
- Krieger, N. (1999). Embodying inequality: A review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *International Journal of Health Services*, 29, 295–352.
- Lorant, V., & Bhopal, R.S. (2011). Ethnicity, socioeconomic status and health research: insights from and implications of Charles Tilly's theory of Durable Inequality. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, 671-675.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). *Fair Society, healthy*

- lives: strategic review of health inequalities in England post 2010*. London: UCL. Retrieved from <http://bit.ly/PpHFDk>
- Marmot, M. G., Stansfeld, S., Partel, C. North, F., Head, J., White, I., ... Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337, 1387–1393.
- Nazroo, J. Y. (1998). Genetic, cultural or socioeconomic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health and Illness*, 20, 710–730. Retrieved from <http://bit.ly/MfJ3rO>
- Netto, G., Bhopal, R., Lederle, N., Khatoon, J., & Jackson, A. (2010). How can health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guiding the development of behavioural interventions. *Health Promotion International*, 25, 248-57.
- OSF (2010). *No Data—No Progress. Country Findings. Data Collection in Countries Participating in the Decade of Roma Inclusion, 2005–2015*. New York: Open Society Foundations. Retrieved from <http://bit.ly/Ouiofy>
- Östlin, P., Schrecker, T., Sadana, R., Bonnefoy, J., Gilson, L., Hertzman, C., ... Vaghri, Z. (2011). Priorities for research on equity and health: Towards an equity-focused health research agenda. *PLoS Medicine*, 8: e1001115. doi: 10.1371/journal.pmed.1001115
- Pels, T.V.M., & Veenman, J. (1996). Onderwijsachterstanden bij allochtone kinderen: het ontbrekende onderzoek. *Sociologische Gids*, 63, 131-146.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R., & McKee, M. (Eds.) (2011). *Migration and health in the European Union*. Maidenhead: McGraw Hill / Open University Press. Retrieved from <http://bit.ly/JzLkmd>
- Ruger, J.P., & Yach, D. (2009). The global role of the World Health Organization. *Global Health Governance* 2. Retrieved from <http://bit.ly/Qkbha4>
- Salway, S., Nazroo, J., Mir, G., Craig, G., Johnson, M., & Gerrish, K. (2010). Fair society, healthy lives: a missed opportunity to address ethnic inequalities in health: rapid response, 12 April 2010. *British Medical Journal*. Retrieved from <http://bit.ly/ReymMN>
- Tajfel, H. (1981). *Human Groups and Social Categories*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tilly, C. (1998). *Durable Inequality*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Virchow, R. (1848). *Die medizinische Reform*, 2. In H.E. Sigerist (1941), *Medicine and Human Welfare*. New Haven, Yale University Press, p. 93.
- WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva, World Health Organization. Retrieved from <http://bit.ly/OLsd GY>
- WHO (2010). *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from <http://bit.ly/hKAe3T>
- WHO EURO (2011). *Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Retrieved from <http://bit.ly/P6o52r>
- WHO, Government of South Australia (2010). *Adelaide Statement on Health in All Policies*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://bit.ly/PEHu 7>