

Determinantes sociales de la salud: el elefante en la habitación

Luis Andrés Gimeno Feliu, medicina familiar y comunitaria, Centro de Salud San Pablo, Zaragoza. Profesor asociado Universidad de Zaragoza. Miembro Grupo Inequidades en Salud – Salud Internacional de la semFYC

Sandra Robles Pellitero, medicina familiar y comunitaria, C. Auxiliar de Lucillo (CS Astorga II), León. Coordinadora Grupo Inequidades en Salud – Salud Internacional de la semFYC

La diferencia de esperanza de vida entre una persona del barrio de Lenzie Norte y otra de Calton en Glasgow (Escocia) es de unos 28 años. En España las diferencias también son importantes: de unos 7-8 años entre barrios tanto en Barcelona (Sant Gervasi y el Raval) como en Madrid (entre Alameda de Osuna y Sol)(1). Y esta situación es generalizada para la mayoría de los problemas de salud, tanto agudos como crónicos. El riesgo de padecer un accidente cerebrovascular es el doble en personas que viven en barrios de clase social baja(2). Lo mismo podemos decir de otras patologías como la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), la diabetes, el cáncer o más recientemente la COVID-19(3-6). Tras un diagnóstico de enfermedad crónica, en personas con un nivel socioeconómico bajo, el riesgo de que no inicien ningún tipo de actividad física se multiplica por más de cuatro. Asimismo, su riesgo de seguir fumando se duplica(7). Estas diferencias son enormes, mucho mayores que las que habitualmente se exponen por causas como la HTA u otras, desde un enfoque biomédico exclusivo. Sin embargo, pocas veces las tenemos en cuenta. Son el elefante (del que nadie habla) dentro de la habitación.

Estas desigualdades en resultados en salud entre diferentes poblaciones, que son injustas, socialmente producidas y evitables son lo que llamamos inequidades en salud. Dependen mayoritariamente de los determinantes sociales de la salud (DSS), es decir, de las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen(8).

Mirando a la calle desde las consultas es fácil ver cómo estos factores de vida condicionan la aparición de determinadas patologías, su evolución o su resolución de una u otra forma en función de lo favorables o desfavorables que sean para las personas. Pensemos por ejemplo en el caso de una rotura del manguito de los rotadores en una mujer migrante que trabaja como empleada del hogar con un horario maratoniano y sin contrato, que sostiene una familia *monomarental* con personas dependientes a cargo. Sobre ella pesan, al menos, condicionantes de género, origen, laborales, de cuidados, económicos y de accesibilidad al sistema sanitario (dificultad de horario, posible brecha digital en la solicitud de citas, posibilidad de tener problemas administrativos con la tarjeta sanitaria...), y ello se traduce en peores resultados en salud en relación a otras personas que jueguen con menos factores desfavorables en su recorrido vital.

En el año 2010 la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España elaboró un marco conceptual sobre los DSS (Figura 1)(9) donde se diferenciaba entre los determinantes estructurales, a la izquierda, que incluyen el contexto socioeconómico y político, y los ejes de

1 desigualdad; y los determinantes intermedios, a la derecha. El contexto socioeconómico y
2 político hace referencia a los factores que modifican la estructura social y la distribución de
3 poder y recursos en ella. Según esta configuración se deciden unas u otras políticas
4 económicas y del estado de bienestar (políticas educativas, sanitarias, sociales...). La
5 estructura social sigue una jerarquía de poder en función de los ejes de desigualdad (clase
6 social, género, edad, territorio, origen) condicionando las desigualdades en salud en función
7 de la exposición a los determinantes intermedios (recursos materiales, de vivienda, empleo...) que
8 a su vez influyen en procesos psicosociales y conductas y hábitos, con consecuencias
9 directas sobre la salud.
10

12 Las desigualdades en salud siguen un gradiente social y vital: existe un deterioro de la salud
13 de carácter progresivo en la escala social y un efecto acumulativo de desventaja durante el
14 ciclo vital que desemboca en mayor desigualdad en salud(10).
15

17 El sistema sanitario se incluye en este marco conceptual como determinante intermedio de la
18 salud. Aún sin tener un peso relevante en resultados en salud en un contexto de estado del
19 bienestar, sí que juega un papel en aumentar, neutralizar o disminuir la desigualdad en
20 salud(9). Los sistemas sanitarios de cobertura universal y financiación pública basados en la
21 Atención Primaria se orientan hacia la equidad y la solidaridad social, la sostenibilidad, la
22 calidad y la seguridad de la población y sus comunidades. De esta forma, una Atención
23 Primaria fuerte, con adecuados recursos económicos y humanos, es capaz de inclinar la
24 balanza hacia la población más vulnerable, reduciendo el efecto de la ley de cuidados
25 inversos y minimizando las inequidades en salud.
26

28 La inclusión del estudio de los DSS, consigue completar una visión sobre la salud de las
29 personas y las poblaciones que hasta entonces había sido reduccionista. Este enfoque de los
30 DSS señala que, más allá de los estilos de vida, el entorno social y político condicionan las
31 opciones de las personas, siendo difícil tomar decisiones saludables en entornos y códigos
32 postales que no lo son(11).
33

35 En el documento *Avanzando hacia la Equidad* de la Comisión para Reducir las Desigualdades
36 en Salud en España se realizaban una serie de recomendaciones para conseguir esa
37 reducción de la desigualdad en salud. Algunos ejemplos de estas recomendaciones del año
38 2010 y acciones locales, regionales y estatales relacionadas con ellas, se pueden ver en la
39 tabla 1(9).
40

42 Desde el año 2010 no solo se han incrementado el número de investigaciones y publicaciones
43 en relación a los DSS si no que, como se puede ver en la tabla 1, también han ido
44 acompañadas por acciones en todos los niveles con implicación de diferentes agentes. No
45 puede ser de otra manera y aun así es necesario seguir trabajando con el objetivo de mejorar
46 la salud de pacientes y poblaciones.
47

49 A nivel macro, el foco debe incidir en la mejora de las condiciones sociales de las
50 personas(12): aumentando su poder de decisión, mejorando salarios y pensiones en las
51 personas de bajos ingresos, mejorando las condiciones laborales, mejorando la accesibilidad
52 a viviendas de calidad... Recordando a Michael Marmot "Si los principales determinantes de
53 la salud son sociales, así deben ser las soluciones". Y en este apartado, desde la Medicina
54 Familiar y Comunitaria tenemos una labor fundamental de investigación, sensibilización y
55 abogacía(13). Además de eso, el siguiente nivel debe centrarse en la mejora de los servicios
56

públicos, que son de alguna manera un pago en especie. Y esto ha de hacerse sin perder la visión de universalismo proporcional(14): servicios públicos como la sanidad, la educación o los servicios sociales han de estar abiertos a toda la población, pero con un enfoque claro de mejorar las inequidades en salud, es decir, dando más cuidados a quien más los necesite. Esto puede conllevar mayor inversión y recursos en áreas más desfavorecidas. Por supuesto, la legislación ha de permitir la accesibilidad a todos los servicios públicos, sin restricciones, de forma universal y gratuita para toda la población.

Para conseguir esto, debemos saber qué ocurre realmente con nuestros pacientes y con nuestras comunidades. Necesitamos tener información accesible y útil al respecto(12). Es fundamental que nuestras historias clínicas y los sistemas de información sanitaria dispongan de indicadores sociales de forma simple y rigurosa. Deben poder completarse por parte de las y los profesionales (como un sencillo desplegable de máximo nivel educativo alcanzado o el de clase social ocupacional) o bien obtenerse directamente desde otras administraciones (como de hecho se hace desde el año 2012 con el nivel de renta para clasificar a los pacientes para el copago de farmacia). Esto nos ayudaría a conocer de una manera sencilla el nivel de salud de nuestra población según los distintos ejes de desigualdad y su difusión periódica fomentaría el desarrollo de políticas de equidad. Asimismo, nos permitiría evaluar nuestras actividades y resultados en salud en función de los distintos ejes de desigualdad. Desde el Ministerio de Sanidad se han dado pequeños avances en este sentido(15) instando a integrar estas variables en las historias clínicas electrónicas. Sin embargo, para que el despliegue de esta medida sea real y rápida, se necesita la presión y el apoyo desde las/os profesionales asistenciales para que los servicios de salud lo implementen.

En un nivel intermedio o meso es fundamental que se tengan en cuenta estas circunstancias a la hora de asignar recursos en función del riesgo socioeconómico de la población y estudiar su impacto en resultados en salud. Esto implica cambios claros y explícitos en la planificación, la reorganización de recursos y la priorización de las intervenciones para una atención sanitaria más eficiente y equitativa(16).

A nivel micro, desde nuestras consultas de Atención Primaria hay dos aspectos fundamentales a tener en cuenta. En primer lugar, intentar revertir la Ley de Cuidados Inversos(17) que dice que "El acceso a atención médica de calidad disminuye en proporción inversa a su necesidad en la población y ello se cumple más intensamente donde las fuerzas del mercado son más intensas". Aunque no seamos conscientes, múltiples estudios confirman que los sistemas sanitarios se comportan de esta manera. Dentro de la organización de cada Centro de Salud y de cada una de nuestras consultas tenemos la oportunidad para poner los medios para revertir esta situación. Lo primero, es aceptar que nos está ocurriendo.

En segundo lugar, conocer la comunidad de la que formamos parte es fundamental para mantener el enfoque biopsicosocial. Esta visión nos permite conocer las realidades de esa comunidad y ciertas claves simbólicas, expectativas y significados de las personas y de sus contextos que facilitarán entender los procesos de enfermedad y salud. Consiste en pasar consulta mirando a la calle. Este enfoque de DSS y de equidad ha de hacerse desde una perspectiva salutogénica, promoviendo capacidades y activos para la salud sin dejar a nadie fuera, interrumpiendo la reproducción de modelos generadores de exclusión y desigualdad(18).

Conclusiones.

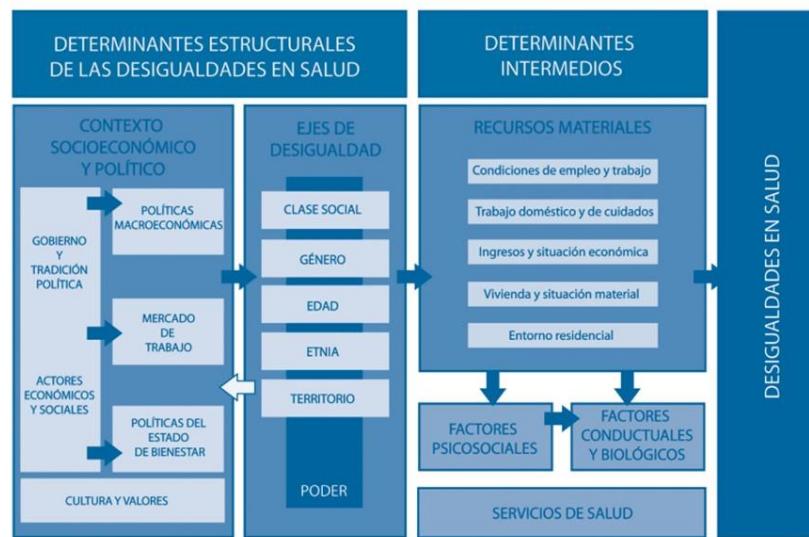
Los principales determinantes de la salud de pacientes, familias y comunidades son sociales. No podemos seguir ignorando el elefante en la habitación. Hay muchas cosas que podemos hacer en nuestro día a día para actuar sobre ellos y mejorar la atención que prestamos en nuestras consultas. Se trata, nada más y nada menos, de ejercer con profesionalismo, calidad y ética.

Bibliografía.

1. León Dominguez C, Gonzalez Ahedo MJ, Garcia Howlett M, Segura del Pozo J. Desigualdades en esperanza de vida entre barrios de Madrid 2015 [Internet]. Salud Pública y otras dudas. 2015 [consultado 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2015/11/01/desigualdades-en-esperanza-de-vida-entre-barrios-de-madrid/>
2. Bray BD, Paley L, Hoffman A, James M, Gompertz P, Wolfe CDA et al. Socioeconomic disparities in first stroke incidence, quality of care, and survival: a nationwide registry-based cohort study of 44 million adults in England. *Lancet Public Health*. 2018;3(4):E185-93.
3. Pérez Solís P. Determinantes sociales de la salud y enfermedades prevalentes. *Folia Humanística*. 2019;(13):1-18.
4. Blas, E, Sivasankara Kurup, A & World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes [Internet]. WHO; 2010 [consultado 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44289>
5. Cockerham WC, Hamby BW, Oates GR. The Social Determinants of Chronic Disease. *Am J Prev Med*. 2017;52(1):S5-S12.
6. WHO. COVID-19 and the social determinants of health and health equity: evidence brief [Internet]. WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038387>
7. Wang D, Dai X, Mishra SR, CW Lim C, Carrillo-Larco RM, Gakidou E et al. Association between socioeconomic status and health behaviour change before and after non-communicable disease diagnoses: a multicohort study. *The Lancet Public Health*. 2022;7(8):E670-82.
8. Ministerio de Sanidad. Acción Comunitaria para ganar salud... o cómo trabajar en común para mejorar las condiciones de vida [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf
9. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/home.htm>
10. Villalbí JR, Borrell C. Desigualdades sociales y salud. *FMC*. 2003;10(2):89-96.

- 1 11. Cofiño Fernández R. Tu código postal es más importante para tu salud que tu código
2 genético. Atención Primaria. 2013;45(3):127-8.
- 3
- 4 12. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants
5 of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social
6 determinants of health. The Lancet. 2008;9650(372):1661-9.
- 7
- 8 13. Comission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health
9 equity through action on the social determinants of health [Internet]. En: Final report of the
10 Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
11 Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- 12
- 13 14. Marmot M. Fair Society, healthy lives – The Marmot Review. London: The Marmot
15 Review;2010. Disponible en: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources->
16 reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-
17 pdf.pdf
- 18
- 19 15. Grupo de trabajo de vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud.
20 Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de equidad y determinantes sociales
21 de la salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en:
22 <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadY>
23 Desigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/DocTecnico_GTVigilanciaEquidadY
24 DeterminantesSocialesSalud_2021.pdf
- 25
- 26
- 27 16. Colls C, Mias M, García-Altés A. Un índice de privación para reformar el modelo de
28 financiación de la atención primaria en Cataluña. Gac Sanit. 2020;34(1):44-50.
- 29
- 30 17. Hart T. The Inverse Care Law. The Lancet. 1971;7696(297):405-12.
- 31
- 32 18. Hernán-García M, García Blanco D, Cubillo Llanes J, Cofiño R. Fundamentos del enfoque
33 de activos para la salud en atención primaria de salud. FMC. 2019;Extraordin 2(26):1-9.
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2010. Extraído del documento Avanzando hacia la equidad (9).



21 **Recomendaciones y acciones para la reducción de la desigualdad social en salud.**

22 **Sobre la distribución del poder, la riqueza y los recursos**

- 23 **1. Incrementar la financiación destinada a las acciones sobre los DSS:** establecer y garantizar salarios o ingresos mínimos suficientes para acceder a los
24 requisitos básicos para una vida con salud.

25 *Ej: [Real Decreto 99/2023, de 14 de febrero, por el que se fija el salario mínimo interprofesional para 2023.](#), [Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital](#)*

26 **Sobre las condiciones de vida y trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital.**

- 27 **1. Cobertura y accesibilidad económica de las escuelas infantiles** para niños y niñas de 0 a 3 años.

28 *Implantado de forma desigual entre las diferentes CCAA.*

- 29 **2. Fomento de la corresponsabilidad de padres y madres** en el cuidado y educación de sus hijos e hijas, y en el reparto de tareas domésticas, también con permisos
30 y licencias de paternidad intransferibles.

31 *Ej: [Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para la garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo](#) y la ocupación.* (Iguala los permisos maternal y paternal en 16 semanas).

- 32 **3. Fomento de la contratación fija con salarios dignos.**

33 *Ej: [Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores](#) (modificaciones ERTE, mecanismo RED, nueva reforma laboral...).*

- 34 **4. Aumentar la sensibilización social hacia la población mayor y su problemática** y crear redes de apoyo social que favorezcan la participación de los mayores
35 (por ejemplo, redes de detección y apoyo vecinal para mayores solos).

36 *Ej: [Promoción del buen trato. Prevención del edadismo del Ministerio de Sanidad. Solidaridad intergeneracional.](#)*

37 **Sobre entornos favorecedores de salud.**

- 38 **1. Planificación de los entornos con perspectiva de equidad en salud.** Planificación urbana saludable.

39 *Ej: [Red española de ciudades saludables, Logroño Calles Abiertas.](#)*

- 40 **2. Acciones para mejorar la calidad ambiental relacionada con el tráfico.**

41 *Ej: [Real Decreto 1052/2022, de 27 de diciembre, por el que se regulan las zonas de bajas emisiones, Proyecto de zona de bajas emisiones Madrid Central.](#)*

- 42 **3. Promover planes comunitarios de reducción de las desigualdades en salud** mediante la participación de la ciudadanía, profesionales sanitarios y sociales y otros posibles agentes, a través de un proceso participativo.

43 *Ej: [Observatorio de salud de Asturias.](#)*

44 **Sobre servicios sanitarios.**

- 45 **1. Promover estrategias de apoyo operativo y emocional para personas cuidadoras.**

46 *Ej: [Programas de apoyo a la persona cuidadora, escuelas de cuidadores como la Escuela de Cuidados de Salud Navarra, programa CuidArte de Aragón...](#)*

- 47 **2. Aumentar recursos y reorientar el sistema de salud hacia la Atención Primaria y ésta hacia la comunitaria.**

48 *Incorporación de la agenda de Atención Comunitaria en Atención Primaria. Implantación irregular entre territorios. Ejemplo de buena práctica: [Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón](#)*

- 49 **3. Promoción de la participación e inclusión de la opinión de las personas usuarias en las tomas de decisión del sistema de salud.**

50 *Consultas a la ciudadanía en materia de salud y servicios sanitarios. Promoción de los consejos de salud y las mesas por la salud. Implantación irregular, normalmente con poca capacidad de decisión por parte de la ciudadanía y escasa rendición de cuentas por parte de la Administración.*

- 15
16
17
18
19
20
21
- 22 **4. Fomento de la colaboración en materia sociosanitaria y coordinación entre servicios de salud, sociales y tercer sector.**
23 *Participación de entidades, sindicatos y ONG en formación dirigida a migrantes. Servicios de ayuda en la tramitación de servicios/prestaciones, información y recursos legales laborales...*
- 24 **5. Adaptar los servicios a la población** (competencia cultural, horarios, captación en la calle y los domicilios de personas que normalmente no son atendidas...),
25 servicios de reducción del daño.
26 *Implementación del servicio de traducción telefónica -ampliamente extendido. Ej: [Castilla-La Mancha](#)-, figura de mediadores culturales -ej: [Salud entre Culturas](#)-, enfoque biopsicosocial en las consultas...*
- 27 **6. Garantizar la plena universalización de la atención sanitaria** para todos los residentes en España, **con una cobertura del 100%.**
28 *RD 7/2018 sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Vino a mejorar el [RD 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones](#) sin llegar a la plena universalización a día de hoy.*
- 29 **7. Mejorar el acceso y reducir los costes para la población con menos recursos de prestaciones sanitarias preventivas y curativas ineludibles**, por ejemplo:
30 salud bucodental, rehabilitación, ayudas visuales y auditivas, fármacos, métodos anticonceptivos...
31 *Ej: [Ley 12/2020, de 13 de octubre, de la atención pública de la salud bucodental](#) de la Generalitat de Catalunya.*

32 **Sobre información, vigilancia, investigación y docencia.**

- 33 **1. Incorporar el conocimiento sobre los DSS como parte obligatoria de la formación** de pregrado y posgrado en las carreras de Ciencias de la Salud, y en la
34 formación continuada de los profesionales sanitarios, incluidos planificadores y gestores de los servicios.
35 *Incorporación de temas relacionados con los DSS en asignaturas de pregrado en carreras de Ciencias de la Salud a través de asignaturas como Medicina de Familia, Medicina Preventiva y Salud Pública... Implantación desigual entre diferentes Universidades.*
36 *Desarrollo del [RD 589/2022 de 19 de Julio](#) por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud. Ej. de formación en unidades docentes ([sufrimiento social: cómo mirar la salud no es trivial](#); [aprendiendo una práctica reflexiva y crítica desde el modelo de DSS](#); [equidad y determinantes sociales de la salud: programa de formación en competencias transversales ofrecido por la EASP para residentes en Andalucía](#)...).*
37 *Formación continuada para profesionales sanitarios: ejemplos como el [Curso de Inequidades sociales y salud de semFYC](#) o el de [Equidad en Salud, aprendiendo con el pueblo gitano](#) del Ministerio de Sanidad.*
- 38 **2. Red estatal de vigilancia de la equidad.**
39 *Documento técnico del Grupo de Trabajo de Vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud. Faltan por desarrollar los siguientes pasos.*

40
41
42
43
44
45
46
47
48
49 Tabla 1. Elaboración de los autores. Ejemplos de recomendaciones incluidas en el documento *Avanzando hacia la Equidad* (9) de la
50 Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España en 2010 y acciones locales, regionales y estatales relacionadas con
51 ellas.
52

53
54 CCAA: comunidades autónomas. DSS: determinantes sociales de la salud. Ej: ejemplo/s. ERTE: expediente de regulación temporal de
55 empleo. ONG: Organización No Gubernamental. RD: Real Decreto. RED no es un acrónimo ni una abreviatura si no el nombre que se le ha
56 dado a una de las medidas de flexibilización y estabilización del empleo incluido en el artículo 47 bis del Estatuto de los Trabajadores. Por lo
57 que no lo incluimos como abreviatura en el pie de la tabla.
58
59
60
61
62
63
64
65