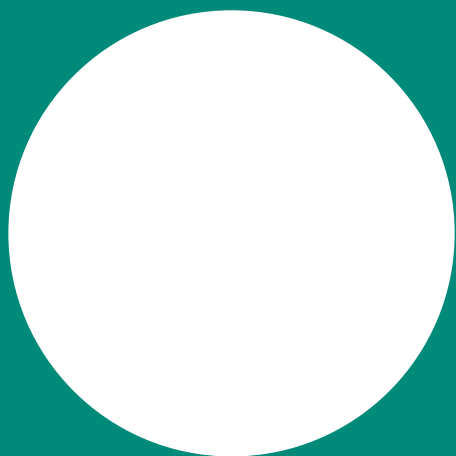


# POR UNA SALUD NO DETERMINADA

UNA HOJA DE RUTA HACIA LA EQUIDAD EN SALUD





**POR UNA SALUD  
NO DETERMINADA**

**UNA HOJA DE RUTA HACIA  
LA EQUIDAD EN SALUD**



POR UNA SALUD  
NO DETERMINADA

UNA HOJA DE RUTA HACIA  
LA EQUIDAD EN SALUD



**Por una salud no determinada. Una Hoja de Ruta hacia la equidad en salud  
MSD  
Fundación Gaspar Casal**

NP-ES-NA-BKLT-210001 (v1) 06/2021

ISBN: 978-84-7360-866-4

Depósito legal: M-16671-2022

Materias: Medicina, Matemáticas y Ciencia, Salud pública, Tecnología, Ingeniería,  
Computación e Informática.

Formato: 170 × 240 mm

Páginas: 148

Coordinadores: Alicia del Llano Núñez-Cortés, Roberto Nuño Solinís  
y Juan E. del Llano Señarís

© 2022 Fundación Gaspar Casal

[fundaciongasparcasal.org](http://fundaciongasparcasal.org)

C/ General Díaz Porlier 78, 8A

28006 Madrid

Con la colaboración de:



Edita: Libroacadémico, S.L.

Tel.: 91 550 02 60

[info@libroacademico.com](mailto:info@libroacademico.com)

[www.libroacademico.com](http://www.libroacademico.com)

# ÍNDICE

Autores .....	9
Prólogo .....	11
Resumen Ejecutivo .....	15
<b>Primera parte: Revisión de la literatura</b> .....	<b>19</b>
1 Introducción .....	19
2 Material y métodos .....	21
3 Resultados .....	23
3.1 Resultados de la búsqueda bibliográfica .....	23
3.2 Resumen de resultados por tipo de determinante .....	25
4 Conclusiones.....	32
<b>Segunda parte: Grupo Focal</b> .....	<b>37</b>
1 Análisis del discurso .....	37

Tercera parte: Hoja de ruta hacia la equidad .....	47
1 Formación y concienciación en determinantes sociales de salud .....	48
2 Análisis de la evidencia .....	49
3 Implementación de políticas efectivas .....	51
Bibliografía.....	55



# AUTORES

**Juan E. del Llano-Señarís**

Fundación Gaspar Casal

**Roberto Nuño-Solinís**

Fundación Gaspar Casal

**Diego Benavent-Núñez**

Hospital La Paz

**Miguel Ruiz-Álvarez**

Ministerio de Sanidad

**Adrián Hugo Aginagalde-Llorente**

Observatorio de Salud Pública de Cantabria

**Alicia del Llano Núñez-Cortés**

Fundación Gaspar Casal



# PRÓLOGO

En todos los Estados miembros de la Unión Europea (UE), las condiciones sociales determinan la existencia de desigualdades sociales en salud evitables. Existe un gradiente social en el estado de salud, donde las personas que han tenido un menor acceso a la educación, una clase ocupacional más baja o menores ingresos tienden a morir a una edad más temprana y tienen una mayor prevalencia de la mayoría de los tipos de problemas de salud, incluidas las condiciones crónicas y las situaciones de multimorbilidad.

Las desigualdades existen entre países y regiones, por ejemplo, los Estados miembros de la UE del Este tienen una esperanza de vida mucho más baja en comparación con el resto de la UE. Considerando los promedios 2008-2017, hubo una diferencia de casi 9 años entre los Estados miembros con la esperanza de vida más baja y más alta, que fue de 73,9 años en Letonia frente a 82,7 años en España (Eurostat, 2020).

Este excelente dato prepandemia de nuestro país no debe hacernos caer en la complacencia. Al contrario, sabemos que las desigualdades están presentes en los barrios, ciudades, provincias, y autonomías de España. También conocemos que las desigualdades en salud ocurren incluso en países donde el acceso a la atención sanitaria ha sido universal, gratuito y gratuito durante décadas. Afortunadamente, en España, la actuación de la sanidad pública tiene una

orientación pro-pobre y es un importante amortiguador de desenlaces negativos esperables por efecto de otros determinantes, como el desempleo, donde tenemos un enorme margen de mejora.

En cualquier caso, los servicios de salud, asistenciales y de salud pública, siempre necesitarán la acción complementaria de otros sectores para garantizar la equidad en salud. También, se hace imprescindible poner el foco en los más vulnerables. Prevenir la desigualdad antes de que se acumule con el tiempo: colocar las intervenciones en edades tempranas en la parte superior de la agenda política; promover un comienzo digno y no demorado en la vida laboral; romper vínculos bien conocidos entre las desventajas socioeconómicas y el estado de salud; mitigar las desigualdades arraigadas (por género, grupos de edad, minorías...).

Para todo ello, se necesita más información sobre los determinantes sociales de la salud, de tal forma que, permitan orientar las políticas hacia la equidad en salud y tomar mejores decisiones basadas en evidencia y no en estereotipos. Si bien es cierto que de desigualdades en salud sabemos más acerca de los elementos que inciden en las mismas que del modo en que pueden ser corregidas. El aprendizaje sobre los cómo de la implementación es esencial, así como contar con herramientas-guía que nos sitúen en el rumbo de la mejora de la equidad en salud, No queremos una “salud determinada” más allá de lo marcado por factores inmutables.

Dentro de ese propósito y siguiendo el lema de la **Fundación Gaspar Casal** de “transformar el conocimiento en acción” –este trabajo contiene una “**Hoja de Ruta hacia la Equidad**”. Sin duda es un propósito ambicioso, pero imprescindible, para el cual esta contribución aporta claves relevantes que confiamos sean de interés y utilidad para los decisores y formuladores de políticas de salud de nuestro país.

Concluimos este prólogo con un profundo **agradecimiento a MSD por impulsar esta investigación y a los panelistas** que han integrado el grupo focal por compartir de forma generosa su conocimiento con nosotros. A continuación, se detallan sus nombres y filiaciones (en la fecha de realización del *focus group*):

- **Manuel Arellano Armisen.** Vicepresidente, Plataforma de Organizaciones de Pacientes.
- **Maria Soledad Rodríguez Martínez,** Catedrática, Departamento de Economía, Universidad de Barcelona.
- **Itziar Larizgoitia Jauregui.** Directora de Salud Pública, Gobierno Vasco.
- **Guillem López Casanovas.** Catedrático, Departamento Economía, Universidad Pompeu Fabra.
- **Ildefonso Hernández Aguado,** Catedrático, Departamento Salud Pública, Universidad Miguel Hernández.
- **M<sup>a</sup> Luisa Carcedo Rocés.** Diputada, Grupo parlamentario PSOE, Ex Ministra de Sanidad.
- **Antonio Daponte Codina.** Profesor EASP, director OSMAN, y coordinador del programa de investigación sobre determinantes sociales y salud, CIBER de Epidemiología y Salud Pública, ISCIII.
- **Vicenç Martínez Ibáñez.** Director General de Ordenación Profesional, Ministerio de Sanidad.



# RESUMEN EJECUTIVO

Las inequidades en salud se definen como aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales caracterizados según variables de índole social, económica, demográfica o geográfica, entre otras. Estas diferencias están presentes en todos los países y sociedades del planeta.

El marco conceptual propuesto en 2007 por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS fue un hito en el reconocimiento del contexto socioeconómico, político y la posición socioeconómica como factores que condicionan la salud y las desigualdades en su distribución —los llamados determinantes estructurales—, y de las circunstancias materiales y los factores conductuales, biológicos y psicosociales, como determinantes intermedios. Debido a que las desigualdades sociales en salud resultan de la distribución injusta de los determinantes sociales de la salud, estudiar las diferencias en salud entre grupos sociales resulta relevante para monitorizar el grado de equidad en una sociedad

En España, la Estrategia Nacional de Equidad en Salud recogió entre sus líneas estratégicas *“incorporar las desigualdades sociales en salud como línea transversal en la investigación en salud y en servicios sanitarios”*. Dentro de ese marco, este trabajo de investigación revisa el conocimiento existente en la materia y genera nuevo conocimiento a partir de un destilado de los antecedentes

existentes, y, sobre todo, del análisis del discurso de un grupo focal constituido por expertos del primer nivel en la materia y a quienes citamos en el apartado de agradecimientos al final de este prólogo.

Esas dos investigaciones nos han permitido —siguiendo el lema de la Fundación Gaspar Casal de “transformar el conocimiento en acción”— formular una **“Hoja de Ruta hacia la Equidad”**. Sin duda es un propósito ambicioso, pero imprescindible, para el cual esta contribución aporta claves relevantes que confiamos sean de interés y utilidad para los decisores y formuladores de políticas de salud de nuestro país.

Sintetizamos las principales aportaciones de este trabajo, estructurado en tres partes:

- En su **primera parte**, la **revisión de la literatura**, centrada en las aportaciones realizadas en la investigación sobre el efecto de los Determinantes Sociales en la Salud (DSS) o sus factores intermedios en la población española desde el año 2010 hasta 2021, muestra que la mayoría de los estudios describieron peores resultados en salud (autopercebida, mental, calidad de vida, morbilidad, etc.) a mayor desventaja social, en casi todos los DSS. Aunque la investigación sobre los DSS en España aborda a menudo varios determinantes de forma simultánea, no siempre lo hace desde la necesaria perspectiva interseccional.
- La **segunda parte** contiene el **análisis del discurso del grupo focal**. Resulta difícil sintetizar las numerosas aportaciones, con toda su riqueza y profundidad, por lo cual nos permitimos usar la analogía utilizada por uno de los panelistas durante la fructífera discusión, “las desigualdades son como ‘ríos que van a dar al mar’”. Cuando uno se acerca al estuario del río y recoge muestras de sus aguas, la desigualdad observada confunde ya que recoge partículas muy diversas y no ofrece pistas de acción para la descontaminación. Conviene remontar el curso del río, acudiendo a las fuentes.” Por tanto, es fundamental estudiar esos orígenes, las causas de las causas, para plantear estrategias que permitan mejorar la salud de forma justa y equilibrada y atendiendo a la compleja diversidad de la sociedad.



- En la tercera parte, como culminación de este trabajo, se desarrolla una **Hoja de Ruta** con el propósito de plantear iniciativas orientadas a **mitigar las desigualdades sociales en relación con la salud**. Esa Hoja de Ruta incorpora tres dimensiones y nueve acciones prioritizadas que se muestran en la siguiente gráfica.



En definitiva, la investigación futura sobre los DSS, la Vigilancia en Salud Pública y el desarrollo de los sistemas de Vigilancia de la Equidad y DSS debe adoptar un enfoque intersectorial que permita una mejor comprensión de los ejes sobre los que actúan las desigualdades y abordar de forma sistemática las principales causas y factores de riesgo de la morbimortalidad, avanzando para ello a un modelo de investigación y vigilancia de los DSS que también integre la explotación de la información sociodemográfica de las Administraciones Públicas y la información sanitaria estructurada de los servicios de salud. Este enfoque enriquecido con estudios cualitativos de calidad nos ha de brindar los ejes para poder avanzar esta Agenda tan necesaria de abordaje de los DSS en las políticas de salud y en las estrategias sanitarias de tal forma que sirvan de impulso de iniciativas multidisciplinares y que, además, queden anidadas en las prácticas gestoras y clínicas.



# PRIMERA PARTE: REVISIÓN DE LA LITERATURA

## 1. INTRODUCCIÓN

En esta sección, se presentan a partir de una revisión sistemática de la literatura, los hallazgos más relevantes en materia de los determinantes sociales de la salud (en adelante DSS), en España, así como los antecedentes y marcos conceptuales que permiten acercarse de una forma estructurada a esta área de conocimiento. Esta revisión ha sido publicada en Revista Española de Salud Pública (Ruiz-Alvarez et al, 2022). En la citada publicación se detallan aspectos metodológicos que en este capítulo hemos resumido a fin de contribuir a una lectura más fluida.

Así, desde la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1946 se han propuesto distintos marcos conceptuales y definiciones, como los de Laframboise-Lalonde (1974), Tarlov (1999) o Whitehead y Dahlgren (2006) para explicar los determinantes que influyen en el continuo salud-enfermedad, adquiriendo especial relevancia el análisis de cómo el conjunto de circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades, condicionan la salud.

Esta visión se empezó a integrar en las políticas de salud de la mano del Informe del ministro canadiense Lalonde (1974) y adquirió especial relevancia con el

Informe Black (1980) del Departamento de Salud y Seguridad Social del Reino Unido. En él se mostró que, aunque la salud había mejorado desde la introducción del estado de bienestar, existían desigualdades de salud generalizadas, como por ejemplo en la tasa bruta de mortalidad, que era el doble en la clase social más baja al compararla con la más alta, y que la brecha entre las dos estaba aumentando y no reduciéndose como se esperaba. En la misma línea, años después, se publicó el informe Whitehall (1991), el de Acheson en 1998, el de la Comisión Marmot (2008) y el Marmot Review (2019).

El marco conceptual propuesto por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2007) fue un hito en el reconocimiento del contexto socioeconómico, político y la posición socioeconómica como factores que condicionan la salud y las desigualdades en su distribución (los llamados determinantes estructurales), y de las circunstancias materiales y los factores conductuales, biológicos y psicosociales, como determinantes intermedios.

Debido a que las desigualdades sociales en salud resultan de la distribución injusta de los DSS, estudiar las diferencias en salud entre grupos sociales resulta relevante para monitorizar el grado de equidad en una sociedad (Arcaya et al, 2015). Estas desigualdades sociales en salud no solo existen entre los grupos socioeconómicos más y menos favorecidos, sino que se establecen en un gradiente social, estando presente en todos los niveles.. Dentro de este marco teórico, las inequidades en salud se definen como aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

En España se han realizado diversos estudios importantes relacionados con las desigualdades sociales en salud. Uno de los primeros, con un significativo impacto fue el informe Navarro-Benach de 1996, seguido del relevante informe SESPAS del año 2010; así como los trabajos realizados de la Comisión para reducir las desigualdades en salud en España comisionados por la Dirección General de Salud Pública (2012).

En el año 2011 se aprobó la Ley 33/2011 General de Salud Pública que recogió entre sus principios rectores de la acción en salud pública el principio de equidad, es decir, la incorporación de acciones sobre condicionantes sociales y políticas, planes y programas que promuevan la disminución de las desigualdades sociales en salud.

El incremento de las desigualdades sociales fruto de la crisis económica se puso de manifiesto con un aumento de un 11,9% del coeficiente de Gini entre 2007 y 2012 (FUNCAS, 2019) y su impacto en salud marcó gran parte de la investigación en DSS los años siguientes teniendo reflejo institucional con informes como *“Crisis económica y salud en España”* (2018).

Posteriormente, la pandemia de COVID-19 ha puesto de relevancia el impacto desigual en salud de las enfermedades transmisibles, mostrando que, aunque la susceptibilidad al virus es universal, la vulnerabilidad y transmisibilidad están condicionadas por los DSS, causando un mayor impacto entre los grupos socioeconómicos más bajos y en minorías étnicas (Politi et al, 2021).

En este contexto, el objetivo de esta revisión es estudiar las aportaciones realizadas en la investigación sobre el efecto de los DSS en la salud o sus factores intermedios en la población española desde el año 2010 hasta 2021, es decir, desde la aprobación de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud que recogió entre sus líneas estratégicas *“incorporar las desigualdades sociales en salud como línea transversal en la investigación en salud y en servicios sanitarios”*. Para ello, se aborda desde una metodología de *scoping review* o revisión sistemática exploratoria, dirigida a explorar y sintetizar los principales estudios que analicen los DSS en la población española.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

La pregunta de investigación en formato PEO: Población: población residente en España; Exposición: estudios que analicen los DSS; Outcome: cualquier resultado en salud, incluyéndose aquellos determinantes intermedios relacionados con la salud tales como uso y acceso a los servicios sanitarios, cribados, estilos de vida (actividad física, alimentación...), información sobre la salud, etc.

Dado el amplio alcance de la pregunta e imposibilidad de realizar una revisión sistemática que abordase todos los DSS, así como cualquier desenlace relacionado con la salud, se optó por una revisión exploratoria de la literatura, cuyo objetivo es sintetizar la evidencia y evaluar el alcance de la literatura sobre un tema, siguiendo la adaptación de la herramienta Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) para *scoping reviews* (PRISMA-ScR, 2018).

En base a la formulación de la pregunta PEO se realizó la búsqueda bibliográfica entre julio y octubre de 2021, primero con una búsqueda sistematizada en tres bases de datos (PubMed, Embase y SciELO), que se completó con una búsqueda manual utilizando la técnica de búsqueda “en bola de nieve” o búsqueda inversa en las referencias de artículos.

Se incluyeron publicaciones de los últimos doce años (desde 1 de enero de 2010 a 1 de septiembre de 2021), utilizando los descriptores relacionados con los DSS en España: *social determinants, social determinants of health, inequity, health inequalities, determinantes sociales, determinantes sociales de la salud, inequidad, desigualdades en salud*. La estrategia de búsqueda empleada en Pubmed fue la siguiente: ((“*social determinants*”[All Fields] AND “*spain*”[All Fields]) OR (“*health inequalities*”[All Fields] AND “*spain*”[All Fields]) OR (“*inequity*”[All Fields] AND “*spain*”[All Fields])).

El diseño de la estrategia de búsqueda se dirigió a trabajos originales o revisiones (con datos desagregados) sobre población residente en España y sus DSS. Se incluyeron artículos originales, revisiones, revisiones sistemáticas y estudios descriptivos en inglés y español que reportaron resultados en salud (estado de salud, salud autopercebida o cualquier otro resultado de salud, tales como enfermedades crónicas, salud mental, etc.), así como otros determinantes intermedios relacionados en población española. Las editoriales y las cartas al director fueron descartadas.

Dos investigadores realizaron la búsqueda por duplicado y de forma independiente. Utilizando la herramienta Rayyan, herramienta de inteligencia artificial para apoyar las revisiones sistemáticas, una vez eliminados los elementos duplicados (28 artículos), dos revisores ciegos hicieron el *screening* de artículos mediante lectura de título y abstract para seleccionar aquellos que cumplieran criterios de inclusión y de la pregunta de investigación: artículos originales sometidos a revisión por pares contenidos en las bases de datos consultadas; estudios con metodología cuantitativa o cualitativa; publicación entre 2010 y 2021; con muestra española y datos desagregados para España en el caso de estudios internacionales; resultados en salud o de variables intermedias relacionados con la salud.

Se seleccionaron 234 artículos, y tras la fase de *screening*, a través de lectura de título y abstract, se obtuvieron 109 registros. El nivel de concordancia inicial

entre ambos investigadores en relación con la selección de la evidencia fue muy alto (coeficiente kappa de Cohen = 87,6%) y la inclusión o exclusión de los artículos en conflicto se resolvió por consenso entre los revisores. Finalmente, se realizó la lectura a texto completo, incluyendo en la revisión 50 artículos originales.

La información extraída se presenta en tablas resumen agrupando los artículos según el modelo de la herramienta PROGRESS-Plus, esto es: lugar de residencia; raza / etnia / origen; ocupación; sexo / género; religión; nivel educativo; estatus socioeconómico (ESE); capital social / apoyo social; diversidad afectivo-sexual y de género (DSG), que incluye tanto la identidad de género como la orientación sexual. De cada uno de los artículos incluidos se extrajo la siguiente información: primer autor, año de publicación, diseño del estudio, objetivo, población/muestra, resultados en salud y limitaciones y sesgos descritos por los autores.

Para procesar los registros bibliográficos se utilizaron Rayyan, Zotero y Excel y para sintetizar la información se realizaron análisis estadísticos descriptivos (frecuencias y medias).

## 3. RESULTADOS

### 3.1 RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

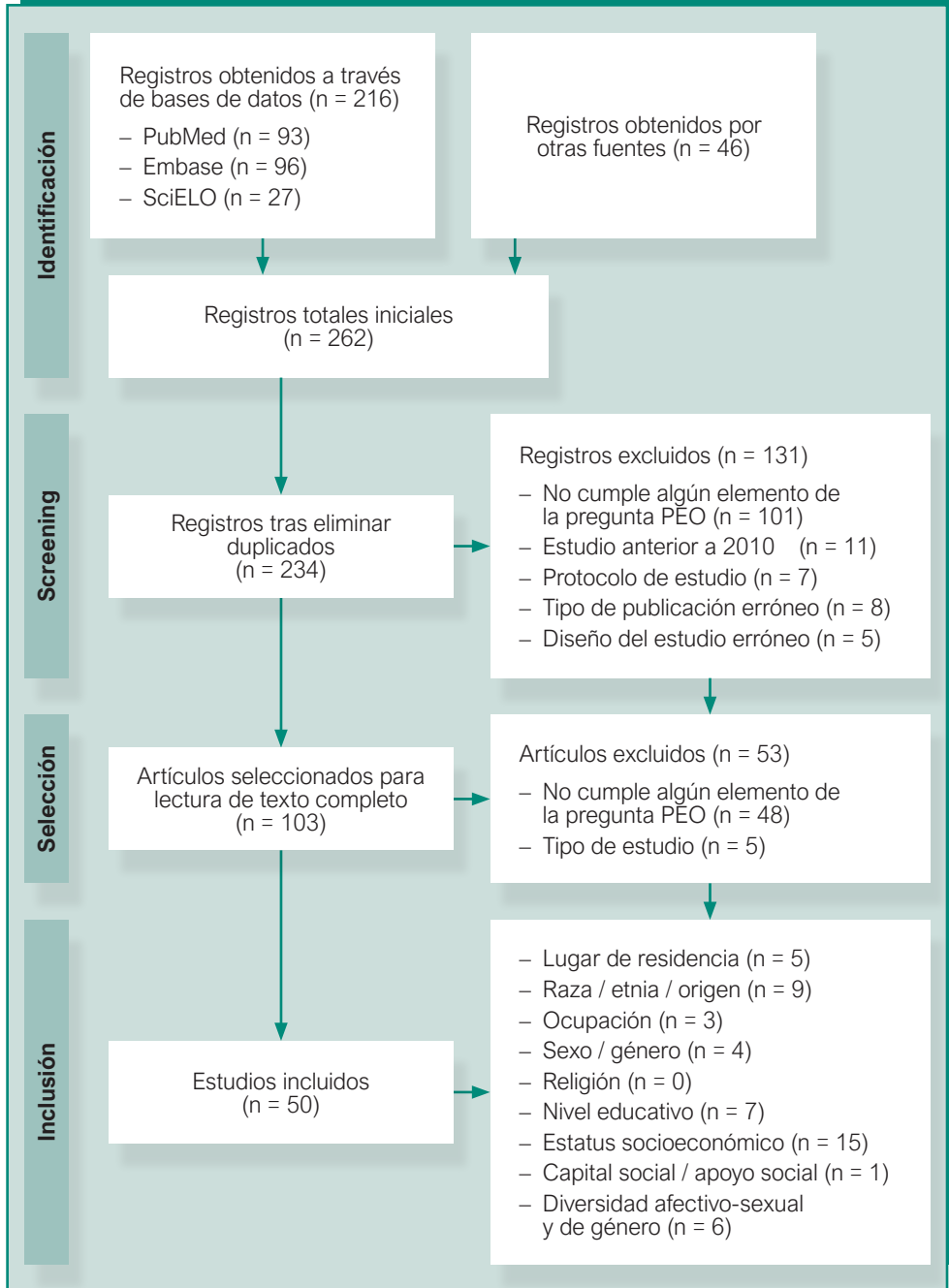
En la búsqueda bibliográfica se identificaron 262 artículos: 93 en PubMed, 96 en Embase, 27 en SciELO y 46 obtenidos de forma manual mediante la técnica “bola de nieve” (ver detalle en Figura 1).

Una vez realizado el *screening*, se excluyeron 131 artículos (las razones de exclusión se relacionan en la Figura 1) y 103 artículos fueron leídos a texto completo. De ellos, un total de 50 artículos cumplieron los criterios de inclusión y fueron finalmente analizados en la *scoping review*.

La mayoría de los artículos (72%) se publicaron a partir de 2016. Salvo un estudio realizado en el ámbito europeo y que proporcionaba datos de España, el resto de los estudios se llevaron a cabo en España.

La mayoría de los estudios fueron estudios transversales (70%), seguidos de revisiones —sistemáticas, exploratorias, bibliográficas— (12%).

**Figura 1:** Diagrama de flujo del proceso de revisión





A continuación, se presentan los principales resultados agrupados según los ámbitos de la herramienta PROGRESS-Plus:

## 3.2 RESUMEN DE RESULTADOS POR TIPO DE DETERMINANTE

### A) Lugar de residencia

Se incluyeron cinco artículos: dos estudios transversales, uno que comparó el uso de servicios de salud y salud visual de la población rural con población general (Latorre-Arteaga et al, 2018) y otro que estudió el conocimiento sobre el virus del papiloma humano (VPH) en población rural femenina (Fernández-Feito et al, 2020), un estudio de cohortes que estudió los efectos de los espacios verdes sobre la mortalidad (Pierangeli et al, 2020) y dos estudios sobre la COVID-19, uno ecológico que estudió la influencia de los DSS sobre la incidencia de la COVID-19 (Amengual-Moreno et al, 2020) y una serie retrospectiva de casos que estudió los factores asociados con el uso de servicios y la mortalidad por la COVID-19 (Martín-Sánchez et al, 2021).

La población rural presentó una peor salud visual: hizo un menor uso de la corrección óptica y tuvo un mayor riesgo de presentar dificultades graves relacionadas con la hipermetropía (Latorre-Arteaga et al, 2018). Además, la población rural femenina tuvo un menor conocimiento sobre la infección y vacuna frente al VPH que la población urbana al ajustar por edad y nivel educativo (Fernández-Feito et al, 2020). En cuanto a los espacios verdes, dentro de la zona urbana se encontró menor riesgo de mortalidad por todas las causas a medida que estos aumentan (Pierangeli et al, 2020). En cuanto a la COVID-19, los barrios del quintil de menor renta presentaron más de un 40% más de incidencia que aquellos con más renta (Amengual-Moreno et al, 2020). En esa misma línea, la residencia en áreas de bajos ingresos se asoció con mayores probabilidades de ser ingresado en una unidad de cuidados intensivos y de mortalidad intrahospitalaria, con la que también se asoció el percentil del ingreso per cápita promedio (Martín-Sánchez et al, 2021).

### B) Raza/etnia/origen

De los nueve artículos incluidos, siete fueron estudios transversales, y el resto una revisión bibliográfica y una *scoping review*. Tres estudios analizaron la salud y sus variables intermedias de la población gitana y los otros siete los

DSS en población migrante en España. En general la población gitana usó más los servicios de salud que la población general (La Parra-Casado et al, 2018; Fernández-Feito et al, 2019) aunque los análisis arrojaron diferencias notables en el uso de atención primaria, servicios de urgencia y hospitalización al desagregar por sexo, edad y ESE, y mostró un mayor consumo de analgésicos y antipiréticos. La población gitana también reportó mayor prevalencia de enfermedades crónicas (más en >35 años) e infecciosas (virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], tuberculosis, virus de la hepatitis C) y peor salud autopercebida que la población general, siendo esta más acentuada en mujeres, en mayores de 35 años y con menor nivel educativo, y una menor conciencia del nexo entre estilos de vida y salud. A este respecto, se encontró una menor adherencia a las pautas de alimentación recomendadas por el Ministerio de Sanidad (Arza-Porras et al, 2021). Altas tasas de obesidad y poca actividad física (más acentuado en mujeres), si bien se identificó un interés creciente en hábitos saludables en la clase media gitana. Además, se halló en población romaní un mayor riesgo cardiovascular, elevada tasa de problemas dentales y baja asistencia al dentista, así como una baja participación en cribados de cáncer de mama y de cérvix y una baja adscripción a programas de cuidados prenatales y de salud infanto-juvenil. En población infantil gitana destacaron peores tasas de inmunización, más ingresos, más patologías relacionadas con factores ambientales, más problemas nutricionales y obesidad que en población infantil general.

En cuanto a la población migrante en España, la revisión sistemática incluida (Malmusi et al, 2014) encontró que los individuos con peor estrato socioeconómico (ESE) mostraban peores indicadores en salud, incluso a pesar de un mayor nivel educativo que la población autóctona. En la mayoría de los casos, y especialmente en mujeres, tanto la salud autopercebida como la salud mental o la calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante fueron peor que en población general. Se identificó una menor tasa de tabaquismo y consumo de alcohol, pero mayores tasas de obesidad y sedentarismo (diferencias más consistentes en mujeres). Al contrario que en población gitana, se hallaron menores prevalencias para la mayoría de las enfermedades crónicas y menor consumo de fármacos. Asimismo, se identificó que tanto la mortalidad total como la cardiovascular y por cáncer fue inferior en el subgrupo mayoritario (población latinoamericana), si bien en otros subgrupos sí se detectó una desventaja en estos desenlaces.

En el resto de los estudios se analizaron los resultados en salud de subgrupos dentro de la población migrante en España. Así, en mujeres latinoamericanas que trabajan como cuidadoras en régimen de interna, la falta de contrato, las múltiples tareas, el estatus irregular y la edad más joven se relacionó con una peor calidad de vida relacionada con la salud (Bover et al, 2015).

En inmigrantes extracomunitarios de la cohorte Proyecto de Estudios Longitudinales de Familias Inmigradas (PELFI) (Ferrer et al, 2015) las mujeres declararon peor salud autopercebida. El tiempo de estancia en España y las cargas familiares, especialmente la doble jornada de trabajo, empeoró la salud autopercebida en estas mujeres. Ajustando por las variables demográficas y determinantes sociales, el capital social se asoció con la mejor calidad de vida en ambos sexos.

En población inmigrante marroquí, las mujeres tuvieron mejor estado de salud que los hombres, si bien estos tuvieron un perfil etario más elevado y llevaban viviendo más en España (Montoro-Gurich, 2018). Mientras que en las mujeres el factor que más se asoció con una buena salud fue tener un empleo remunerado, en los hombres fue el capital social (relaciones estrechas con otros inmigrantes marroquíes).

La población infantojuvenil descendiente de inmigrantes de países de renta baja (González-Rábago y Martín, 2019) reportó peor salud autopercebida que la descendiente de población nativa, incluso tras ajustar por el nivel educativo de los progenitores y el estrato socioeconómico (ESE) de la familia. Lo mismo ocurre con las dificultades económicas para llegar a fin de mes, mayores en hogares de inmigrantes incluso tras ajustar por las citadas variables. La prevalencia de obesidad fue el doble en población de origen inmigrante (siendo significativas las diferencias solo en niños) y también la prevalencia de sedentarismo fue mayor en este grupo (diferencias que se mantienen en niñas tras ajustar por las variables mencionadas). A mayor tiempo de residencia en España, peor fue la salud mental de los inmigrantes (Rivera et al, 2016).

### C) Ocupación

Los tres artículos incluidos sobre ocupación fueron estudios transversales. Dos de ellos encontraron una asociación positiva entre el empleo precario y la mala

salud mental (Benach et al, 2015; Robert et al, 2014) incluso tras ajustar por variables como edad, estatus de inmigrante o ESE (Vives et al, 2013). Esta asociación fue más pronunciada en mujeres. En la muestra catalana se identificó una alta precariedad laboral (42,6%), siendo mayor en mujeres, en jóvenes, en inmigrantes y en trabajadores manuales y con menor nivel educativo. En la muestra de trabajadores inmigrantes, se identificó un menor riesgo de salud mental entre aquellos que se habían afiliado a la Seguridad Social. El desempleo de larga duración incrementó el riesgo de reportar mala salud (López del Amo et al, 2018).

#### D) Sexo

Si bien solo se incluyeron cuatro artículos bajo este DSS, dos estudios transversales, uno ecológico y una revisión narrativa con estudio transversal, el sexo fue abordado como variable de desagregación o ajuste en la mayoría de los trabajos recogidos en la presente revisión. Las mujeres tuvieron peor salud autopercebida y esta se relacionó con otros DSS tales como el bajo nivel educativo o el ESE (Urbanos-Garrido, 2012; Coronado-Vázquez et al, 2019; Aguilar-Palacio et al, 2015; Urbanos-Garrido, 2016).

Las mujeres también tuvieron peor salud mental que los hombres, siendo esta última mayor en mujeres mayores, con menor nivel educativo y de ESE bajo (Arias de la Torre, 2016; Bacigalupe et al, 2020). Las mujeres tuvieron más del doble de probabilidad que los hombres de haber sido diagnosticadas de depresión o ansiedad y su consumo de psicofármacos fue casi dos veces superior. También tuvieron mayores prevalencias de obesidad y acumulación de grasa abdominal, así como menor frecuencia de envejecimiento activo (Coronado-Vázquez et al, 2019). En España, la equidad, medida por Fernández-Sáez et al (2016) con el índice de equidad de género modificado, es desfavorable a las mujeres de forma más preponderante en la actividad económica, siendo más favorable tan solo en la educación.

#### E) Nivel educativo

Sobre nivel educativo se han incluido siete estudios, seis transversales y una cohorte prospectiva. El nivel educativo es un predictor de la salud autopercebida, encontrándose una asociación entre un nivel bajo y una mala salud, y

está inversamente asociado con la mortalidad cardiovascular (Haeberer et al, 2020). Ambas desigualdades afectan más a las mujeres. Entre las personas de 65 años y años, tanto la esperanza de vida como los años de vida con buena salud aumentaron con el nivel educativo, esta última en mayor medida, y el bajo nivel educativo se asoció con fragilidad y discapacidad (Machón et al, 2020).

Existe un gradiente social entre el nivel educativo y la actividad física durante el tiempo libre (incluso tras ajustar por variables socioeconómicas, sexo y edad) (Maestre-Miquel et al, 2015), entre el nivel educativo de la madre y el riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer (Ruiz et al, 2015), entre el nivel educativo y los cribados de cáncer de cérvix y mama (Latasa et al, 2015) y entre el nivel educativo y el conocimiento sobre el VPH.

Durante el confinamiento por la pandemia de la COVID-19, la población infantil (3 a 12 años) española de familias con bajo nivel educativo vivía con más frecuencia en condiciones precarias y estaban más expuestos al humo del tabaco, al ruido, hacían menos ejercicio físico, consumían menos fruta y pasaban más tiempo frente a pantallas, existiendo un gradiente social en estas variables (González-Rábago et al, 2021).

## F) Estatus socioeconómico

El ESE fue el DSS más estudiado, con quince artículos incluidos: nueve estudios transversales, dos cohortes retrospectivas, dos estudios cualitativos y dos revisiones. Dentro de este apartado, se estudiaron el nivel o estatus socioeconómico (en función de la renta), la privación (menor salario familiar o privación material), la pobreza energética (incapacidad para asegurar niveles de energía doméstica requeridos social y materialmente) y las personas en proceso de desahucio.

En menores de 15 años, las enfermedades con mayores desigualdades según el ESE, aumentando su frecuencia a menor ESE, fueron: tuberculosis, obesidad, trastornos de adaptación y ansiedad, hipertensión esencial e intoxicaciones (Carrilero et al, 2020). En población de 6 a 15 años se observó un gradiente de riesgo de patología psiquiátrica por ESE, siendo mayor en población más desaventajada y aún más acentuado cuando el bajo ESE era el de la madre (OR: 1,42, en niños y OR: 1,48 en niñas) que el del padre (OR: 1,21 en niños y OR: 1,17 en niñas (Oliver-Parra et al, 2020). En adolescentes de 12 a 18 años,

la prevalencia de saltarse el desayuno se relacionó con el ESE de los estudiantes (Esquiús et al, 2021).

Se encontró un gradiente socioeconómico en el estado de salud (muy elevado en salud mental), el uso de los servicios sanitarios y el consumo de fármacos, el cual se mantuvo en todos los grupos de edad en ambos sexos: la morbilidad, el uso de centros de salud mental, las tasas de hospitalización y la probabilidad de consumo de fármacos entre los menores de 15 años fue de 3 a 7 veces mayor para los de bajo nivel socioeconómico que para los de mayor nivel (García-Altés et al, 2018). Por otro lado, a mayor ESE, mayor probabilidad de participar en controles mamográficos por parte de las mujeres (Serral et al, 2018) y menor riesgo de hospitalización en pacientes con insuficiencia cardiaca, sin encontrarse diferencias en cuanto a la mortalidad general según ESE (García et al, 2018).

Al comparar con población sin pobreza energética, la población con pobreza energética tuvo peores resultados en salud autopercebida (OR: 2,6 IC95%: 2,34-2,88 en mujeres y OR: 3,23 IC95%: 2,78-3,76 en hombres), depresión y/o ansiedad (OR: 3,23 IC95%: 2,85-3,68 en mujeres y OR: 4 IC95%: 3,29-4,86 en hombres), bronquitis crónica (OR: 4,94 IC95%: 3,68-6,63 en mujeres y OR: 5,43 IC95%: 3,79-7,78 en hombres) y asma (OR: 3,22 IC95%: 2,45-4,22 en mujeres y OR: 2,23 IC95%: 1,61-3,1 en hombres), siendo las personas más afectadas dentro de este grupo (alta pobreza energética) las que obtuvieron peores resultados en salud, independientemente del resto de factores sociodemográficos (Carrere et al, 2021).

Los estudios cualitativos encontraron un menor conocimiento sobre el cáncer colorrectal y la participación en su cribado a menor ESE (Molina-Barceló et al, 2011). Hay un mayor impacto de la crisis económica sobre la salud en la población con menor ESE (Alvarez-Gálvez et al, 2019).

En cuanto a la privación, en aquellos modelos que incluyeron la privación financiera, este fue el determinante más relevante de desigualdad, contribuyendo en más del 30% a la desigual distribución de mala salud que favoreció a la población más favorecida. La salud autopercebida se asoció con el nivel de ingresos y el NE y el aislamiento (bajo capital social) se concentró en gente de bajo ESE. La privación social (menor salario familiar o privación material) incrementó el riesgo de reportar mala salud (López del Amo et al, 2018).

Las personas en proceso de desahucio (Bolívar-Muñoz et al, 2016; Jiménez-Picón et al, 2020) tuvieron mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares —mayor en hombres—, tabaquismo—aumentando el consumo y la probabilidad de fumar mientras avanza el proceso de desahucio—, sedentarismo, así como una peor salud autopercebida, peor salud mental y peor calidad de vida, con una incidencia creciente según avanza el proceso. También aumentaron la discapacidad, las enfermedades crónicas y el consumo de psicofármacos.

El estudio de Gullón y colaboradores (2021) encontró desigualdades en la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular según la clase social ocupacional (variable proxy del ESE, calculado tras agrupar las ocupaciones en categorías), siendo las prevalencias de colesterol alto, hábito tabáquico, diabetes, hipertensión y obesidad mayores en la población más desfavorecida. Además, las desigualdades en las tres últimas variables fueron más marcadas en las mujeres, y el tabaquismo en los hombres.

Otro artículo, puso de manifiesto la presencia de desigualdades sociales en el acceso a las prestaciones sanitarias en España, identificando un gradiente social según el ESE, en que la población con menor renta, a igual necesidad, utiliza más las consultas de atención primaria y en menor medida las de especializada (Urbanos-Garrido, 2016).

### G) Capital social / apoyo social

El capital social, entendido como los recursos de las personas que se derivan de sus relaciones sociales y que pueden ser tanto actuales como potenciales, puede ser evaluado de varias formas. El único artículo incluido bajo el DSS capital social fue un estudio transversal realizado sobre población trabajadora que encontró una asociación significativa entre una mala salud mental y un bajo capital social en el lugar de trabajo, siendo este efecto más pronunciado en los hombres (Utzet et al, 2016).

### H) Diversidad afectivo-sexual y de género

Se incluyeron seis artículos sobre la DSG. Por un lado, un estudio transversal con datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) sobre identidad de género. Por otro lado, dos revisiones y tres estudios transversales sobre

orientación sexual, enfocadas sobre varones del colectivo LGBTiq+. Más de la mitad de los motivos de ingreso de la población transexual (Latasa-Zamalloa et al, 2019) estuvieron relacionados con su proceso de transición (59%), seguidos en frecuencia por el VIH (4%) y los trastornos de la personalidad (3%). Como comorbilidades más frecuentes se identificaron aquellas relacionadas con el proceso de transición (49%), enfermedades infecciosas (15%) y problemas de salud mental (40%), entre los que destacó especialmente el consumo de sustancias (30,2%), los trastornos de personalidad (6,9%), la ansiedad y la depresión (6,9%)

El resto de los artículos sobre DSG abordan el uso recreativo de drogas y el *chemsex* en varones LGBTiq+ (Folch et al, 2015; Fernández Dávila, 2016 Coll y Fumaz, 2016; Valencia et al, 2018; González-Baeza et al, 2018), definiéndolo como *un uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días)* resaltando la poca evidencia científica sobre su dimensión en nuestro medio. Esta práctica se ha asociado a mayor riesgo de transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como a otros problemas como adicción a sustancias, intoxicaciones, mala adherencia al tratamiento antirretroviral o interacciones farmacológicas. Estos trabajos coinciden en que el uso de drogas recreativas entre hombres LGBTiq+ y *chemsex* es mayor que en población general, siendo más frecuente en mayores de veinticinco años, en seropositivos, en hombres latinoamericanos, en desempleados y en trabajadores sexuales. En los estudios transversales incluidos, el uso recreativo de drogas se asoció con mayor probabilidad de comportamientos sexuales de riesgo, diagnóstico de alguna ITS, de hepatitis C y de VIH.

## 4. CONCLUSIONES

Como resultado de esta revisión, hemos podido comprobar que la investigación sobre DSS en España goza de buena salud, ya que ocupamos el décimo puesto de la producción científica mundial sobre desigualdades sociales en salud (Cash-Gibson et al, 2018) y la investigación en DSS se ha incrementado en términos bibliométricos, tanto en el periodo 1995-2008 (Borrell y Malmusi, 2010) (10 a 65 artículos) como en los dos sexenios del 2010-2021 (14 a 36). En esta revisión, la mayoría de los trabajos incluidos fueron estudios transversales



(35/50) que utilizaron como fuente de información las encuestas de salud, seguido de las revisiones de artículos originales (6/50).

En el periodo 2011-2021 los principales ejes de desigualdad fueron el ESE (15/50) y la raza/etnia/origen (9/50), mientras que los menos estudiados fueron el capital social (1/50) y la religión (0/50). Entre los desenlaces, la salud mental (20/50) y el estado de salud autopercebido (15/50) fueron los aspectos más estudiados.

En cuanto a ESE, los estudios incluidos encontraron peores resultados en salud mental, salud autopercebida y otras enfermedades al comparar los grupos menos aventajados con los grupos de mayor ESE de forma acorde y consistente con la literatura (Mackenbach et al, 2018).

Los grupos étnicos más estudiados fueron los migrantes marroquíes y latinoamericanos (6/50) y los romaníes (3/50). Esto coincide con la principal minoría étnica de España y la segunda nacionalidad más frecuente entre los residentes extranjeros en España, aunque destaca la ausencia de estudios sobre inmigrantes procedentes de la Unión Europea. La mayor utilización de los servicios de salud por parte de estos grupos que, al mismo tiempo reportan una peor salud que la población general en España, podría indicar que el sistema de salud podría estar ejerciendo un efecto redistributivo sobre las desigualdades en salud, tal y como han demostrado Orueta y colaboradores para el País Vasco (2013). Este grupo de investigación encontró, asimismo, que la mayoría de las enfermedades crónicas y la multimorbilidad se concentran de manera desproporcionada entre las personas que viven en áreas más desfavorecidas, pero el grado del desequilibrio varía según el tipo de enfermedad y el sexo. Estas desigualdades en la carga de morbilidad explican la mayor parte de las diferencias encontradas en el uso de los recursos de salud y solo existe un pequeño grado de inequidad horizontal (diferencia entre el uso y la necesidad de atención en salud), en la mayoría de los casos pro-pobre. Así, la mayor parte de la variación en la utilización de los servicios de salud se explicó por la carga de morbilidad. Sin embargo, incluso después de tener en cuenta las diferencias en la morbilidad, la inequidad horizontal a favor de los pobres estuvo presente en los costes de la atención ambulatoria especializada, de urgencias, las recetas y la atención primaria de salud, y este hecho fue más evidente en las mujeres que en los hombres; los costes de hospitalización exhibieron una distribución equitativa en ambos sexos.

Analizando individualmente las enfermedades crónicas, las mayores desigualdades se encuentran en las patologías relacionadas con las conductas de riesgo, siendo el HIV la que presenta un gradiente más acusado, el abuso de sustancias (tabaco, alcohol y otras sustancias) y el sedentarismo, y la exposición a factores ambientales y laborales. La prevalencia de la multimorbilidad es mayor en las zonas más deprimidas para todos los grupos de edad y sexo (Orueta et al, 2014). La privación socioeconómica se asoció con una mayor probabilidad de tener cualquier enfermedad reumática o musculoesquelética (Putrik et al, 2018), y en personas con diabetes la probabilidad de padecer depresión es mayor en la población de menor nivel socioeconómico (Alonso-Morán, 2014)

Si bien se incluyeron estudios sobre DSG (6/50), tan sólo se incluyó un estudio transversal sobre población trans, con sesgos importantes dada la ausencia de datos nacionales representativos sobre dicha población. Desde diversos foros se aboga por la inclusión de datos y sanitarios representativos de la población LGBTiq+ a nivel nacional que permitan el estudio de los problemas de salud de este colectivo, como la inclusión de la identidad de género y orientación sexual en la Encuesta Nacional de Salud.

En términos generales, los resultados obtenidos para cada DSS son similares a los hallazgos encontrados en el resto de la literatura, a mayor desventaja social en cualquiera de los DSS, peores resultados en salud, bien sea autopercebida, salud mental, y otras enfermedades. Las mujeres, la población infantojuvenil y las minorías son también más vulnerables.

De cara al futuro, la investigación de los DSS debe progresar desde la perspectiva de la intersectorialidad, que es una forma de entender las desigualdades sociales en torno al género, la raza, la clase y la sexualidad, que enfatiza su interdependencia y su abordaje conjunto. Estos ejes de inequidad, intrínsecamente entrelazados, probablemente se constituyen y refuerzan mutuamente, construyendo una “matriz de dominación” especialmente visible para las personas oprimidas en más de una dimensión. Así, en los estudios incluidos, la salud de las mujeres fue peor que la de los hombres, pero esta fue aún peor en mujeres mayores, con nivel educativo bajo y de ESE bajo.

Esta revisión puede haber incurrido en varios sesgos, siendo uno de ellos el sesgo de publicación, pues los estudios con resultados positivos, es decir, aquellos

que hallaron desigualdades en salud o efectos en salud de los DSS, tuvieron más probabilidad de ser publicados. Otro posible sesgo es el de selección, tanto debido a la amplitud de la pregunta como a las dificultades de las estrategias de búsqueda en la investigación en DSS. El incluir todos los DSS y cualquier resultado en salud o variable intermedia como desenlace, limitó los resultados a aquellos trabajos que mencionaron de forma expresa en título, abstract o términos MESH los DSS, la equidad o las desigualdades en salud. Esto ha podido sobre-simplificar el tema investigado. Restringir la pregunta de investigación a algún determinante social de la herramienta PROGRESS PLUS habría permitido búsquedas más amplias con relación a cada DSS. Por ejemplo, si solo se hubiese investigado el nivel socioeconómico en la búsqueda bibliográfica podrían además haberse utilizado términos como: pobreza, ingresos, privación, etc. Por otro lado, haber acotado los resultados en salud podría haber permitido buscar dicho resultado específico en salud para cada uno de los DSS. Otro posible sesgo pudo ser el del investigador, pues su subjetividad ha podido condicionar tanto selección final de artículos incluidos como las conclusiones. Al este respecto, todo el proceso de identificación, screening e inclusión se realizó por duplicado, minimizando la probabilidad de incurrir en dicho sesgo. Además, los estudios incluidos también presentan sus propias limitaciones.



# SEGUNDA PARTE: GRUPO FOCAL

## 1 ANÁLISIS DEL DISCURSO

El 3 de marzo de 2022 se realizó en Madrid el Grupo Focal con la participación de los panelistas cuyos nombres y filiaciones se relacionan en el Prólogo de este trabajo. Como preparación a la discusión, se compartieron los resultados de la revisión de la literatura presentada en la primera parte de esta investigación y cuyo foco prioritario era rastrear y sintetizar las aportaciones realizadas sobre el efecto de los determinantes sociales de salud (DSS) o sus factores intermedios en la salud de la población española durante los últimos 10 años. Como hemos podido ver en la revisión, los DSS engloban factores socioeconómicos, políticos, biológicos, ambientales, conductuales, laborales, o culturales que tienen impacto en la salud. Así, más allá de la etiología de las enfermedades, las circunstancias en las que los individuos nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, condicionan la salud de la población. Se destaca que los DSS más estudiados en nuestro país fueron los relacionados con las variables sociodemográficas, mientras que los fenómenos de salud más estudiados fueron los relativos a la salud mental. Se concluye que hay peores resultados en salud, medida en diversos dominios, a mayor desventaja en los diversos DSS estudiados.

Con esos antecedentes sobre la mesa, la realización del Grupo Focal se articuló en base a las respuestas a las siguientes preguntas:

1. **¿Cómo podemos conocer la efectividad la Estrategia Nacional de Equidad en Salud? ¿Contamos con un marco analítico e indicadores actualizados?**
2. **¿Se ha avanzado ya por parte del Ministerio aspectos como la Vigilancia de la Equidad en Salud o la Evaluación de Impacto?**
3. **¿Disponemos de órganos intersectoriales para trabajar salud y equidad en todas las políticas? ¿Cómo podemos avanzar en esta cuestión?**
4. **¿Se están incluyendo objetivos sobre DSS en los planes de salud y contratos de gestión? ¿y en los planes y estrategias del ministerio?**
5. **¿Cómo se está evaluando el despliegue de la Estrategia en las CCAA? ¿Y de las 27 recomendaciones principales de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España?**
6. **¿Monitorizan adecuadamente nuestras Encuestas de Salud las desigualdades en salud, por ejemplo, en relación la diversidad afectivo-sexual o de género? las competencias de salud pública de titularidad autonómica, ¿cómo deberían organizarse estas y coordinarse a su vez con el Ministerio para vigilar, prevenir y actuar sobre las desigualdades sociales en salud? ¿qué reformas son necesarias para progresar en la vigilancia de la equidad?**

**La primera pregunta** del panel explora la opinión de los participantes en cuanto al modo de conocer la efectividad de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud y si consideran que se dispone de un marco analítico y con indicadores plenamente actualizados. Existe un cierto consenso entre los panelistas sobre el hecho de que ya hay disponibles indicadores para valorar la equidad en salud. No obstante, se señalan algunos aspectos que dificultan su utilización para promover un adecuado análisis de las desigualdades en salud. Un ejemplo de ello es la falta de integración de indicadores sociales o socioeconómicos con variables de morbimortalidad a nivel individual. También se indican oportunidades para la optimización del aprovechamiento de estos. A nivel de análisis, se remarca el potencial de los indicadores ya disponibles mediante el empleo de

técnicas estadísticas avanzadas, como análisis multinivel, que permiten segmentar el conocimiento en distintas zonas geográficas o estratos poblacionales. Dichos análisis permiten tener en cuenta simultáneamente las varianzas dentro de un grupo y entre distintos grupos.

Por otro lado, se hace referencia a la Encuesta Nacional de Salud como herramienta para recoger información sanitaria relativa a la población, para la evaluación de políticas sanitarias y toma de decisiones. Se señala la utilidad de esta para conocer el estado de salud de los españoles y los determinantes de la salud, incluyendo el acceso a los servicios sanitarios. Como sugerencia de mejora, se comenta la posibilidad de disminuir el intervalo de su realización (actualmente cada 5 años), con el objetivo de obtener información más granular de los individuos. Se hace alusión a la reciente convocatoria por parte del Ministerio de Sanidad de una jornada para hablar de la vigilancia de la equidad en salud en el Consejo Interterritorial.

Son varios los panelistas que señalan que la evaluación de los DSS no debe ser un área en la que se deba trabajar exclusivamente desde el sistema sanitario si no desde todos los departamentos sectoriales que puedan influir en ello; así, las políticas fiscales, laborales o sociales, deben contribuir a la equidad de los DSS. Además, se remarca la importancia de transformar las conclusiones extraídas del análisis de indicadores en un plan de acción focalizado y una estrategia en los planes de salud, señalando programas como el cribado o la vacunación en los que hay espacio para la mejora en la reducción de las desigualdades sociales en salud.

La **segunda pregunta** interrogó a los panelistas sobre el avance por parte del Ministerio en Vigilancia de la Equidad en Salud mediante la herramienta de Evaluación de Impacto en la Salud. Dicha herramienta combina procedimientos, métodos e instrumentos que permiten juzgar los posibles efectos de una intervención en la salud de la población y la distribución de los potenciales efectos en la misma, teniendo en cuenta el impacto de la intervención sobre los DSS. Las respuestas de los panelistas exponen puntos de vista variados, si bien son varios los que mencionan un insuficiente desarrollo en cuestión de evaluación del impacto en relación con la equidad en salud. Uno de los panelistas señala que, no habiendo avanzado en otras áreas relevantes dentro de la Salud Pública, como la vigilancia en enfermedades de declaración obligatoria,

el desarrollo de la vigilancia de equidad en salud ha sido aún más escaso. Una de las causas a las que se atribuye este insuficiente desarrollo es que, a pesar de que la Ley General de Salud Pública fue publicada en 2011, no se empieza a implementar hasta 2018; por ello, el periodo de vigencia de esta ha sido corto, viendo además frenado su impulso con la pandemia por COVID-19. Por ello, a pesar de que dicha ley incorpora los principios de equidad y salud en todas las políticas, la falta de resultados tangibles se relaciona con que su implementación aún no ha alcanzado la madurez.

Por otro lado, se comenta la importancia de aplicar las disposiciones de la ley en términos de salud comunitaria y determinantes de salud por parte de Atención Primaria, más allá de únicamente hacerlo por profesionales de la salud pública. En ese sentido, se hace referencia a que la salud pública tiene un componente médico, pero que el espectro de esta se extiende a áreas que trascienden la propia medicina. Así, comenta una de las panelistas que la salud pública puede considerarse *“una especialidad profesional a la se llegue desde diferentes canales de entrada formativos y no solo desde la vía médica y desde la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública”*. También, se hace referencia a la importancia de tomar en consideración el componente social en la valoración integral del paciente, más allá del componente médico. Para ello, se remarca la participación de los pacientes en la evaluación de las necesidades de la población. Un ejemplo de avance en este sentido es la implicación de pacientes en comités de evaluación de tecnologías sanitarias.

La **tercera pregunta** cuestiona sobre la existencia de órganos intersectoriales para trabajar salud y equidad en todas las políticas y sobre cómo promover su avance. Los panelistas inicialmente se refieren a colaboraciones en salud en todas las políticas a nivel de órganos de comunidades autónomas. Así, se pone como ejemplo el buen funcionamiento del PINSAP (*Plan Interdepartamental de Salud Pública de Cataluña*), que tiene como objetivo reunir y potenciar las actuaciones en salud desde un enfoque global. Dicho plan propone 30 actuaciones de carácter intersectorial centradas en determinantes de salud, haciendo especial énfasis en la lucha frente a las desigualdades y la evaluación del impacto en salud; se trata así de potenciar la actuación intersectorial sobre los determinantes de la salud. También se sugieren buenos resultados por parte de la comisión establecida en la Comunidad Valenciana para favorecer las evaluaciones del impacto en salud y se ofrecen ejemplos del País Vasco que evidencian



el desarrollo en esa línea. Uno de ellos es la colaboración del departamento de Salud Pública con el sector de Deporte y Juventud, con el planteamiento de una política para potenciar la actividad física en escolares en busca de una mejora de la equidad. Por otro lado, se destacan los planes locales de salud en Andalucía, que trata de incorporar las respuestas a los principales problemas y retos a nivel local mediante acciones concretas.

Respecto del nivel nacional, inicialmente la mayoría de los panelistas muestran dudas de que existan dichos órganos intersectoriales de forma establecida. Se atribuye un bloqueo de iniciativas a este respecto a la llegada de la pandemia. No obstante, algunos panelistas sí que ofrecen su visión de algunos ejemplos. Uno de ellos es la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, que participa en políticas de equidad mediante acuerdos de fijación de precios de medicamentos que puede afectar a determinada población de riesgo. En dicha comisión hay representantes del Ministerio de Hacienda, del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital y del Ministerio de Industria, Comercio y Turismo. También se hace referencia al Plan Estratégico Salud y Medio Ambiente (PESMA), presentado por el Gobierno en 2021, y que está destinado a proteger a la población de los riesgos medioambientales. Dicho plan, que busca promover entornos saludables para la población, ha sido puesto en marcha por el Ministerio de Sanidad, en coordinación con el Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. Se menciona también el caso de la Ley de Protección a la Infancia contra la Violencia, en la que se creó una comisión interministerial a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, para proponer medidas para la correcta aplicación de la ley, que contribuyan a la erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia desde el sector sanitario. Otros ejemplos de colaboración interministerial más informal que se comentan son la colaboración de los Ministerios de Educación y Servicios Sociales con Sanidad en la atención temprana (dirigido a población infantil con necesidades especiales), o la colaboración de los Ministerios de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con el de Educación en la Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. Como herramienta para trabajar en programas coordinados en educación y sanidad focalizados a colectivos vulnerables, se cita el ejemplo de los centros cívicos en Cataluña.

En cuanto a la **cuarta pregunta**, se pregunta sobre la incorporación de los DSS en los planes de salud y en los contratos de gestión de las comunidades

autónomas y en las estrategias del Ministerio. De manera general, existe un cierto acuerdo entre los panelistas en que los DSS sí que están incorporados en los planes de salud de las comunidades autónomas. Un ejemplo es el Plan de Salud de Asturias, en el que el desarrollo de recursos comunitarios en salud hacia personas sin recursos es una de las políticas claves. En cuanto al País Vasco, la reducción de desigualdades en salud es un objetivo explícito del plan de salud y ocupa uno de los ejes fundamentales que aparece en todas las líneas prioritarias del documento. Se hace alusión asimismo al Plan Andaluz de Salud, publicado en 2012, que se plantea como objetivo central de “reducir la desigualdad y facilitar que las personas vivan más años y con más calidad y autonomía”. Dicho plan será actualizado en este mismo año, con el mismo objetivo que el previo y por tanto basando su estrategia en DSS y desigualdades en salud. En cuanto a las estrategias del Ministerio, se menciona nuevamente la jornada convocada recientemente para la vigilancia de la equidad, como punto de partida de estrategias e intervenciones más concretas, más allá de las que se han expuesto en cuestiones anteriores.

En la **quinta pregunta** —cómo se está evaluando el despliegue de la estrategia en las comunidades autónomas y de las 27 recomendaciones principales de la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España— la mayoría de los panelistas reconocen no tener conocimiento o constancia de la evaluación de dicha estrategia y recomendaciones. Uno de los panelistas comenta que la evaluación de las 27 recomendaciones resulta compleja, en el sentido de que cubren ejes diversos, pero relevantes e importantes.

Sin embargo, la **sexta pregunta** suscitó un amplio debate y diversidad de opiniones entre los participantes del panel. En ella, se consulta si las encuestas de salud monitorizan las desigualdades en salud, por ejemplo, en relación con la diversidad afectivo-sexual o de género.

Se menciona nuevamente la Encuesta Nacional de Salud, remarcando su potencial para identificar colectivos más vulnerables que permitan desarrollar políticas para reducir desigualdades. Como áreas de mejoras potenciales de la encuesta, varios panelistas insisten nuevamente en el beneficio que podría traer el hecho de acortar el intervalo de su realización. También se señalan algunos aspectos en que se podría mejorar para su explotación, como variables étnicas, religiosas, de nuevas formas de organizar el trabajo o del entorno.

Además, se mencionan las encuestas de las comunidades autónomas, pero sin profundizar en su contenido.

Por otro lado, se pone en valor el potencial de los sistemas de información de los servicios asistenciales, que recogen datos clínicos a nivel individual. Si bien los panelistas están alineados en que no se recogen demasiadas características sociales a nivel individual, destacan que se incluyen datos de género, edad y de localización geográfica. Estos datos permiten la realización de los mencionados análisis multinivel, para obtener una estimación sobre los diferentes estados de salud en diferentes poblaciones. Se comenta que se debería promover la introducción de algún indicador social o demográfico adicional en los sistemas de información asistenciales, en términos de ocupación, educación, geolocalización o nivel socioeconómico. No obstante, solo con las variables ya disponibles se podrían analizar desigualdades en salud, por ejemplo, en torno al género. Se citan algunos ejemplos recientes a este respecto, como un estudio donde se evalúa la supervivencia en España en atención a la parada cardíaca a cinco años, en que en promedio las mujeres sobreviven un cuarenta por ciento menos que los hombres; en otro trabajo se estudió el proceso diagnóstico en 700 procesos de salud, en los que solo uno (osteoporosis) desfavorecía a los hombres, mientras que el resto de los procesos desfavorecía a las mujeres.

Según comentan varios participantes, hay evidencia de que los colectivos más vulnerables y que más necesitan ciertas ayudas o prestaciones no los utilizan porque están ya en una situación de exclusión social que dificulta su conocimiento o acceso a la información. Por ello, se insiste en avanzar más allá de la identificación de las diferencias, planificando la realización de estrategias que busquen mitigarlas. Para poder implementar dichas políticas, el papel de los trabajadores sociales se señala como fundamental.

También, se comenta la importancia de desarrollar estudios cualitativos (más allá de estudios cuantitativos), que orienten hacia las causas de exclusión de ciertos colectivos. Un panelista señala como primordial la participación de las asociaciones de pacientes en el diseño, desarrollo, implementación y evaluación de los servicios de salud. Su experiencia puede dar lugar a importantes aportaciones en el desarrollo de soluciones tecnológicas, en investigación e innovación, o en la elaboración de políticas públicas éticas y equitativas. Otro panelista reitera la importancia de dichos estudios, pero añade que no han sido

promovidos por el Ministerio porque sus prioridades están muy influidas por las necesidades de la investigación básica. Del mismo modo, se señala que los CIBER (Consortio Centro de Investigación Biomédica en Red), creados por el Instituto de Salud Carlos III, se centran en epidemiología como método. Esto resulta en artículos de alto impacto, pero a costa de un menor desarrollo de investigaciones de salud pública del país, lo que aportaría unos resultados más operativos a nivel social; no obstante, presentan un menor incentivo científico que los estudios cuantitativos.

La **séptima pregunta**, última pregunta de la discusión, fue la siguiente: “Siendo la competencia de Salud Pública de titularidad autonómica, ¿cómo deberían organizarse éstas y coordinarse a su vez con el Ministerio para vigilar, prevenir y actuar sobre las desigualdades sociales en salud? ¿Qué reformas son necesarias para progresar en la vigilancia de la equidad?” En respuesta a ambas cuestiones, se sugiere la necesidad de una mayor institucionalización de los mecanismos de cooperación y coordinación. Como ejemplo de área de mejora, se menciona que existen muchas dificultades en el funcionamiento de la comisión de desigualdades en salud en el Consejo Interterritorial, por la falta de unos reglamentos eficaces. Uno de los panelistas señala que se ha de robustecer la co-gobernanza entre Ministerio y Comunidades Autónomas que se ha impulsado con la pandemia. En ese sentido, se comenta la propuesta de creación de una Agencia Nacional de Salud Pública, que pueda contribuir a la coordinación y colaboración entre los servicios de salud pública de las distintas comunidades autónomas.

Además, se insiste en que es fundamental que se aborden las desigualdades en salud en todas las políticas a nivel de comunidad autónoma. Así, la reducción de las desigualdades sociales debe llegar a ser un objetivo de gobierno transversal intersectorial, cuyos resultados puedan ser medidos gracias al desarrollo de la vigilancia en salud pública. Se mencionan algunos avances en este sentido, como el desarrollo de la Red Nacional de Vigilancia en Salud Pública por parte del Ministerio, con la nueva estrategia de vigilancia y el Real Decreto de Vigilancia en Salud Pública. Es fundamental trabajar en ello, ya que en palabras de una panelista: *“La vigilancia en Salud Pública es la herramienta fundamental para desvelar, medir, sensibilizar y poder informar las políticas públicas que se vayan desarrollando con el tiempo.”*

Por otro lado, otra participante matiza la afirmación inicial de que las competencias de Salud Pública han de ser de titularidad autonómica. Comenta que, si bien hay competencias de Salud Pública en las comunidades autónomas, las de mayor impacto (como ley de tabaquismo o de seguridad vial) son responsabilidad del Gobierno del Estado; remarca así la importancia de los departamentos del Estado en la labor respecto a desigualdades sociales.

En cuanto a reformas concretas para progresar en la vigilancia de la equidad, se vuelve a mencionar la necesidad de desarrollo e impulso de la salud comunitaria. También se comenta la necesidad de emprender una reforma del sistema actual de copagos en la prestación sanitaria en España, avanzando desde el actual copago (lineal y obligatorio), hacia un copago evitable y basado en criterios de efectividad.

Como conclusión del panel, el moderador pone de manifiesto que, a pesar de la existencia de áreas de mejora y necesidades no cubiertas en relación con equidad en salud, se ha ido avanzando con paso firme y hay motivos para la satisfacción a este respecto en nuestro país. En ese sentido, lanza una última cuestión a los panelistas, sobre el momento de llegada y las potencialidades de la mencionada Agencia Nacional de Salud Pública; los panelistas muestran dudas al respecto de una llegada inminente. Y es que, a pesar de los avances, quedan patentes en el discurso los retos para entender las desigualdades sociales que influyen en la salud y para la implementación efectiva de políticas que permitan mitigarlos. Usando las palabras de uno de los panelistas durante la fructífera discusión, *“las desigualdades son como ‘ríos que van a dar al mar’. [...] Cuando uno se acerca al estuario del río y recoge muestras de sus aguas, la desigualdad observada confunde ya que recoge partículas muy diversas y no ofrece pistas de acción para la descontaminación. Conviene remontar el curso del río, acudiendo a las fuentes.”* Queda la oportunidad de seguir estudiando esos orígenes para plantear estrategias que permitan mejorar la salud en la diversidad de la sociedad.



# TERCERA PARTE: HOJA DE RUTA HACIA LA EQUIDAD

Como colofón de este trabajo, se desarrolla una **Hoja de Ruta** con el objetivo de plantear iniciativas orientadas a **mitigar las desigualdades sociales en relación con la salud**.

La Figura 2 presenta las propuestas principales de forma sintetizada y estructurada en torno a tres ejes, y sus contenidos son desarrollados a continuación.



## 1. FORMACIÓN Y CONCIENCIACIÓN EN DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

Los **determinantes sociales de salud (DSS)** deben abordarse desde todas las áreas y departamentos que puedan influir en ellos y no exclusivamente desde el Sistema Sanitario. Esta idea es repetida a lo largo del trabajo, poniendo de manifiesto que las inequidades de salud son heterogéneas y requieren un **abordaje multisectorial**, apoyado por un enfoque de la salud en todas las políticas. Para ello, es necesario trabajar desde el sistema sanitario, pero también fuera de él.

El impacto que los determinantes sociales tienen en la salud contrasta con la insuficiente **formación de los profesionales de la salud** en esta área; probablemente esto se encuentra en las raíces de una escasa concienciación general en su importancia e impacto en la salud, no sólo de los profesionales, sino de la sociedad en general.

El plan de estudios de los **grados de ciencias de la salud** podría servir de catalizador para mejorar el trabajo en torno a DSS. Tomando como ejemplo el grado de Medicina, actualmente no aborda de manera específica y diferenciada la materia de los DSS, a pesar de la importancia que se otorga al abordaje psico-social a nivel médico. Por ello, esta área podría plantearse como una asignatura con más peso en créditos del plan de estudios del grado de Medicina, más allá de la Medicina Preventiva y Salud Pública con mucho peso hospitalario (renombrándola como Salud Comunitaria o Medicina Social), de la misma manera que la genética fue introducida hace unos años en el plan de estudios y actualmente son varias las facultades que la imparten como una asignatura diferenciada. También la Medicina de Familia. Se plantearía como una materia transversal que lleve a integrar equidad en la valoración del paciente. Esto se sumaría a la posterior formación en equidad durante el periodo de especialización médica (MIR). Según se comenta en la discusión, en el proyecto de real decreto de nuevas especialidades se incluye **formación transversal obligatoria de equidad y comunicación en todos los residentes** de especialidades en medicina. De manera complementaria, el desarrollo de **cursos de capacitación** electivos en la aplicación de la salud en todas las políticas podría tener impacto en las diferentes carreras de ciencias de la salud, de cara a promover la aplicación de este enfoque entre profesionales.



La **investigación** sirve como pilar para el apoyo de la docencia y diseminación del conocimiento, repercutiendo en concienciación social y finalmente en políticas que aborden las desigualdades sociales. Si bien pudiera parecer que los DSS no han sido considerados como un área de estudio relevante en nuestro país, no hay que olvidar que España ocupa el décimo puesto de la producción científica en dicha área (Cash-Gibson et al, 2018). Para seguir avanzando en esa dirección, es necesario **invertir en formación de personas e infraestructuras independientes** que aborden tanto la salud como los aspectos sociales que la afectan. Todo ello facilitará el desarrollo de investigación, docencia y propuesta de iniciativas que aseguren una generación del conocimiento no ligada a intereses que puedan afectar a los resultados.

Por otro lado, profesionales en instituciones diferentes al sector salud o ciertos grupos de la comunidad, podrían beneficiarse también de una formación en determinantes sociales de salud para un mejor fundamento en la toma de decisiones que afecten a la sociedad. De este modo, **fuera del sistema sanitario** se podrían desarrollar iniciativas que aborden políticas y prácticas de sectores no sanitarios (p.ej. transporte) pero que busquen **promover la equidad sanitaria**. En la misma línea, sería beneficioso fomentar colaboraciones con organizaciones de la comunidad dedicadas a problemas que se encuentran habitualmente en atención primaria, que incluyan **planes co-creados con los pacientes** para la alineación de recursos y decisiones compartidas con un enfoque social y de salud. Asimismo, fomentar la **transmisión de conocimiento** sobre la importancia del abordaje de los DSS es una pieza fundamental para la efectividad en las iniciativas. Como ejemplos se pueden tomar el empuje en materia de seguridad vial o de la ley antitabaco, ya que la diseminación y el “marketing social” han contribuido al mejor cumplimiento de iniciativas enfocadas en una mejora de salud.

## 2. ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA

La dificultad de obtener **datos de múltiples sectores** (por ejemplo, educación, planificación, vivienda, trabajo y salud) es identificada como una barrera para la obtención de información que permita generar conocimiento válido y fiable. Así, el acceso a datos intersectoriales podría ayudarnos a **comprender mejor los DSS** y en consecuencia a ser más eficaces en las intervenciones

que se propongan. Son varios los retos que plantean estas colaboraciones intersectoriales, como distintas fuentes de financiación o calendarios no compatibles de los distintos organismos, lo que requiere un cambio significativo en los incentivos financieros y políticos.

Varios panelistas mencionan la importancia de la obtención de más y mejores datos, dado que la **recogida de variables sociodemográficas** en los sistemas de información en salud actuales se considera escasa. Una de las principales herramientas mencionadas para la obtención de datos en relación con DSS es la **Encuesta Nacional de Salud**, mencionando también las encuestas de salud autonómicas. Se señalan grupos de población en los que la información recogida es insuficiente; por ejemplo, las poblaciones de difícil acceso, como los inmigrantes. Por otro lado, los panelistas señalan que, si bien una parte de las encuestas se destina a los determinantes sociales, se podría **mejorar la recogida de variables étnicas, religiosas, de ocupación, educación, geolocalización o nivel socioeconómico**. Para poder aumentar la granularidad de la información en la población, se plantea la realización de la Encuesta Nacional de Salud con una duración menor a la de 5 años establecida actualmente. En ese sentido, la realización periódica de una **encuesta continua nacional** se plantea como una opción. La colaboración de las administraciones autonómicas con la administración general puede ayudar a centrar los esfuerzos, evitando duplicados de información en las distintas encuestas y así extender la recolección de más variables de interés de forma homogénea. No obstante, pudiera ser que las encuestas autonómicas aborden objetivos específicos de su territorio, por lo que su realización se establece como complementaria a las encuestas nacionales.

Con el objetivo de mejorar la recogida de datos de sus diversas fuentes, el uso de **nuevas tecnologías** puede ser un aliado que permita mejorar el acceso a ciertos territorios. En ese sentido, el auge del uso de la telemedicina está permitiendo un seguimiento más cercano de pacientes, a la vez que proporciona información más precisa de las enfermedades y de las preferencias de los usuarios de recursos de salud. No obstante, es fundamental intensificar la formación en nuevas tecnologías tanto de proveedores de salud como de usuarios, para evitar la brecha digital y transformar una potencial barrera en una oportunidad de mejora de la equidad.

Si bien existe margen de mejora en la recogida de información, con los datos obtenidos actualmente se dispone de ciertas **variables de estratificación** que permiten analizar las desigualdades. Así, se destacan variables de **género, edad y de localización geográfica**, que permiten la realización de análisis estadísticos complejos, como **análisis multinivel**, que proporcionan una estimación sobre los diferentes estados de salud en diferentes poblaciones. Este tipo de análisis es una de herramienta que se emplea para realizar comparaciones entre grupos (por ejemplo, en ciertos territorios) con el objetivo de evaluar las variaciones entre grupos y dentro de un mismo grupo. De este modo, los modelos multinivel permiten **identificar y analizar heterogeneidades individuales y heterogeneidades entre los grupos** a los que pertenecen estos individuos, permitiendo especificar componentes aleatorios en cada nivel de análisis. De este modo, se atenúan factores de confusión o sesgos que pudieran llevar a interpretaciones erróneas por la influencia de una población o entre poblaciones. Por otro lado, la **investigación cualitativa** puede proporcionar información relevante al análisis de los vínculos entre desigualdades sociales y salud, ayudando a **identificar sesgos** en los datos meramente cuantitativos y a una mayor comprensión de los **mecanismos que generan las desigualdades**. Se debería insistir en dedicar fondos de investigación para este tipo de estudios que respondan a necesidades específicas de planificación, lo que tendría potencialmente menor impacto científico pero mayor impacto social. Del mismo modo, fomentar una mayor valoración de estos trabajos en la carrera profesional de los investigadores y en la academia tendría influencia de cara a un mayor desarrollo de trabajos con metodología cualitativa y enfoque social.

Como parte del análisis de la evidencia, más allá de la comprensión de los DSS, se necesitarán sistemas de monitorización que **evalúen de forma sistemática las políticas implementadas** para el trabajo en las desigualdades. Esta evaluación se beneficiará del uso de **indicadores específicos** establecidos de manera intersectorial, estableciendo un perfil de equidad en salud a nivel nacional.

### 3. IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS EFECTIVAS

Siguiendo el marco jurídico establecido por la Ley General de Salud Pública de 2011, se establece que *“la Salud Pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo, y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales”*. Así, las Administraciones públicas tienen la responsabilidad de emprender iniciativas para prevenir la enfermedad y promover, proteger y recuperar la salud, con la participación de la sociedad. Debe mantenerse la creación de acciones intersectoriales y el desarrollo de estrategias que lleven a políticas de Salud Pública que ayuden a abordar las desigualdades en salud. Este enfoque de **salud en todas las políticas** está aún poco desarrollado y requiere de más transversalidad.

En ese sentido, es necesario intensificar el trabajo en áreas que, si bien no están directamente relacionadas con la salud, tienen impacto en ella. Un ejemplo reciente de ello, se publicó un real decreto en marzo de 2020 en que se refuerza la cobertura a los **trabajadores** afectados por un ERTE, con el objetivo de evitar que una situación coyuntural como la vivida durante los primeros meses de pandemia tuviera un impacto negativo de carácter estructural sobre el empleo. Otras áreas con potencial para establecer políticas e iniciativas que permitan reducir las desigualdades en salud son la **educación**, garantizando el acceso universal para una mayor formación en prevención y en salud; la **diversidad**, fomentando la plena inclusión de las personas independientemente de su etnia o género; o la **pobreza**, que afecta a otros dominios vitales como la alimentación o la vivienda.

Para mejorar el análisis de los determinantes de salud y la consecuente formulación de políticas de salud, es necesario **clarificar las percepciones de la sociedad** acerca de su concepción de salud y bienestar. En ese sentido, se insiste en la realización de **procesos participativos**, que incorporen la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones; de este modo, se podrá trabajar conjuntamente en el desarrollo de acciones que promuevan la salud y reduzcan las desigualdades, así como evaluar las repercusiones de las políticas públicas sobre la salud de las personas. Esta colaboración contribuirá a perfilar

la definición de problemas, para trabajar en alianzas que permitan influir en ellos y en su contexto.

Uno de los instrumentos comentados para el avance en materia de DSS es la creación de una **agencia en salud independiente y científico-técnica** que pueda contribuir a la coordinación y colaboración entre los servicios de salud pública de las distintas comunidades autónomas. Hace algunos años se trabajó en una propuesta de **Agencia Nacional de Salud Pública** a través de la Ley General de Salud Pública que finalmente no llegó a término. Se comenta en la discusión que dicha agencia está actualmente presupuestada, si bien los panelistas no aventuran una fecha para su consolidación. Con un enfoque distinto, pero también con potencial repercusión importante en los determinantes de salud, recientemente se ha planteado la creación de **HispaNICE**, agencia de evaluación de políticas sanitarias en España al estilo del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Reino Unido.

A finales del año 2021 se publicó el **Anteproyecto de Ley de Equidad**, con el objetivo de desarrollar medidas para la consolidación de los principios de universalidad, equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. Según se explica en el mencionado anteproyecto *“se espera facilitar el desarrollo de unas políticas públicas de salud más eficaces y eficientes, y abordar de forma integrada las necesidades en salud de la población, de modo que los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos, actuales y futuros, tengan respuestas apropiadas.”* El reto se encuentra en alcanzar esas respuestas apropiadas a preguntas que sean oportunas, para avanzar hacia políticas no solo relacionadas específicamente con evitar las enfermedades, si no con mejorar el bienestar de la población en general; así, podremos avanzar en equidad en salud, sin duda una de las prioridades en nuestra sociedad.



# BIBLIOGRAFÍA

Acheson D. Inequalities in health: Report on inequalities in health did give priority for steps to be tackled. *BMJ: British Medical Journal*. 1998;317(7173):1659.

Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gac Sanit*. 2015;29(1):37-43.

Akobeng AK. Principles of evidence based medicine. *Archives of Disease in Childhood* 2005;90:837-840

Alonso-Morán, E., Satylganova, A., Orueta, J. F., & Nuño-Solinis, R. (2014). Prevalence of depression in adults with type 2 diabetes in the Basque Country: relationship with glycaemic control and health care costs. *BMC public health*, 14, 769.

Alvarez-Galvez J, Suarez-Lledo V, Martinez-Cousinou G, Muniategui-Azkona E, Gonzalez-Portillo A. The impact of financial crisis and austerity policies in Andalusia, Spain: Disentangling the mechanisms of social inequalities in health through the perceptions and experiences of experts and the general population. *Int J Equity Health*. 2019;18(1).

Amengual-Moreno M, Calafat-Caules M, Carot A, Rosa Correia AR, Río-Bergé C, Rovira Plujà J, et al. Determinantes sociales de la incidencia de la Covid-19

en Barcelona: un estudio ecológico preliminar usando datos públicos. *Rev Esp Salud Publica*. 2020; 94: September 16th e1-19.

Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*. diciembre de 2015;8(1):27106.

Arias-de la Torre J, Artazcoz L, Molina AJ, Fernández-Villa T, Martín V. Inequalities in mental health in the working population of Spain: a National Health Survey-based study. *Gac Sanit*. 2016;30(5):339-44.

Arza Porras J, Carrón Sánchez J, Rodríguez Camacho MF. Dietary patterns of Roma population and total population in Spain. *Pautas de alimentación de la población gitana y la población general de España*. *Gac Sanit*. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.04.002>

Bacigalupe A, Cabezas A, Bueno MB, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *Informe SESPAS 2020*. *Gac Sanit*. 2020;34:61-7.

Benach J, Julià M, Tarafa G, Mir J, Molinero E, Vives A. La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 2015;29(5):375-8.

Bolívar-Muñoz J, Bernal-Solano M, Mateo-Rodríguez I, Daponte Codina A, Escudero Espinosa C, Sánchez Cantalejo C, et al. La salud de las personas adultas afectadas por un proceso de desahucio. *Gac Sanit*. 2016;30(1):4-10.

Borrell C, Malmusi D. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. *Informe SESPAS 2010*. *Gaceta Sanitaria*. 2010;24:101-8.

Bover A, Taltavull JM, Gastaldo D, Luengo R, Izquierdo MD, Juando-Prats C, et al. Calidad de vida de trabajadoras inmigrantes latinoamericanas como cuidadoras en España. *Gac Sanit*. 2015;29(2):123-6.

Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*. febrero de 2014;129 Suppl 2:19-31.



Burström B, Tao W. Social determinants of health and inequalities in COVID-19. *European Journal of Public Health*. 1 de agosto de 2020;30(4):617-8.

Calonge-Ramírez S, Manresa-Sánchez A. Crisis económica y desigualdad de la renta en España. Efectos distributivos de las políticas públicas. Madrid: FUNCAS. 2019.

Carrere J, Peralta A, Oliveras L, López MJ, Marí-Dell'Olmo M, Benach J, et al. Energy poverty, its intensity and health in vulnerable populations in a Southern European city. *Gac Sanit*. 2021;35(5):438-444.

Carrilero N, Dalmau-Bueno A, García-Altés A. Comorbidity patterns and socioeconomic inequalities in children under 15 with medical complexity: a population-based study. *BMC Pediatr*. 2020;(20): 358

Cash-Gibson L, Rojas-Gualdrón DF, Pericàs JM, Benach J. Inequalities in global health inequalities research: A 50-year bibliometric analysis (1966-2015). *PLoS One*. 2018;Jan 31;13(1):e0191901.

Coll J, Fumaz CR. Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. *Rev Enf Emerg*. 2016;15(2):77-84.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26(2):182-9.

Coronado-Vázquez V, Gómez-Salgado J, Cerezo Espinosa de los Monteros J, Canet Fajas C, Magallón Botaya R. Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España. *Gac Sanit*. 2019;33(6):554-62.

Cortès-Franch I, Escribà-Agüir V, Benach J, Artazcoz L. Employment stability and mental health in Spain: towards understanding the influence of gender and partner/marital status. *BMC Public Health*. 2018;18(1):425.

Esquiús L, Aguilar-Martínez A, Bosque-Prous M, González-Casals H, Bach-Faig A, Colillas-Malet E, et al. Social inequalities in breakfast consumption among adolescents in Spain: The DESKcohort project. *Nutrients*. 2021;13(8).

Fernández-Dávila P. “Sesión de sexo, morbo y vicio”: una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Revista Multidisciplinar del Sida*. 2016;4(7):41-65.

Fernández-Feito A, Lana A, Parás Bravo P, Pellico López A, Paz-Zulueta M. Knowledge of the Human Papillomavirus by Social Stratification Factors. *Nurs Res*. 2020;69(3):E18-25.

Fernández-Feito A, Pesquera-Cabezas R, González-Cobo C, Prieto-Salceda MD. What do we know about the health of Spanish Roma people and what has been done to improve it? A scoping review. *Ethn Health*. 2019;24(2):224-43.

Fernández-Sáez J, Ruiz-Cantero MT, Guijarro-Garvi M, Rodenas-Calatayud C, Martí-Sempere M, Jiménez-Alegre MD. Tiempos de equidad de género: descripción de las desigualdades entre comunidades autónomas, España 2006-2014. *Gac Sanit*. 2016;30(4):250-7.

Ferrer L, Gaillardin F, Cayuela A, Hernando C, Muñoz R, Sánchez N, et al. Estado de salud de personas inmigrantes en Cataluña desde una perspectiva de género: Proyecto PELFI. *Gac Sanit*. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.02.010>

Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Med Clin*. 2015;145(3):102-7.

García R, Abellana R, Real J, Del Val J-L, Verdú-Rotellar JM, Muñoz M-A. Health inequalities in hospitalisation and mortality in patients diagnosed with heart failure in a universal healthcare coverage system. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72(9):845-51.

García-Altés A, Ruiz-Muñoz D, Colls C, Mias M, Martín Bassols N. Socioeconomic inequalities in health and the use of healthcare services in Catalonia: analysis of the individual data of 7.5 million residents. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72(10):871-9.

Gil-Borrelli C, Velasco C, Iniesta C, de Beltrán P, Curto J, Latasa P. Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gac Sanit.* 2017; 31(3):175-177.

González-Baeza A, Dolengevich-Segal H, Pérez-Valero I, Cabello A, Téllez MJ, Sanz J, et al. Sexualized drug use (Chemsex) is associated with high-risk sexual behaviors and sexually transmitted infections in HIV-positive men who have sex with men: data from the U-SEX GESIDA 9416 study. *AIDS patient care and STDs.* 2018;32(3):112-8.

González-Rábago Y, Cabezas-Rodríguez A, Martín U. Social inequalities in health determinants in spanish children during the covid-19 lockdown. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(8):4087.

González-Rábago Y, Martín U. Salud y determinantes sociales de la salud en hijos e hijas de personas inmigrantes internacionales: ¿desigualdades sociales en salud desde la infancia? *Gac Sanit.* 2019;33(2):156-61.

Gullón P, Díez J, Cainzos-Achirica M, Franco M, Bilal U. Social inequities in cardiovascular risk factors in women and men by autonomous regions in Spain. *Gac Sanit.* 2021;35(4):326-32.

Haeberer M, León-Gómez I, Pérez-Gómez B, Tellez-Plaza M, Rodríguez-Artalejo F, Galán I. Desigualdades sociales en la mortalidad cardiovascular en España desde una perspectiva interseccional. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73(4):282-9.

Hernández-Aguado I, Cesteros-Santaolaya M, Campos-Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria.* 2012;26:6-13.

Jiménez-Picón N, García-Reposo A, Romero-Martín M. Consecuencias biopsicosociales en población española afectada por un proceso de desahucio. *Gac Sanit.* 2020;34(3):289-96.

Kavanagh J, Oliver S, Lorenc T. Reflections on developing and using PROGRESS-Plus. 2008;

La Parra-Casado D, Mosquera PA, Vives-Cases C, San Sebastian M. Socioeconomic Inequalities in the Use of Healthcare Services: Comparison between the Roma and General Populations in Spain. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15 (1)

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. [www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/perspective.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/perspective.pdf). 1974.

Latasa P, Gandarillas AM, Ordobás M. Tendencias y desigualdades sociales en el cribado de cáncer de cérvix y cáncer de mama en la Comunidad de Madrid durante el periodo 1995-2010 a partir del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de enfermedades no transmisibles (SIVFRENT-A). *Anales Sis San Navarra*. 2015;38(1):21-30.

Latasa-Zamalloa P, Muñoz CV, Mármol CI, de Beltrán-Gutierrez P, Ramos C. Aproximación a las causas de ingreso de las personas trans a través del conjunto mínimo básico de datos en España durante el periodo 2001 a 2013. *Rev Esp Salud Pública*. 2019;93:29 de mayo e201905031

Latorre-Arteaga S, Fernández-Sáez J, Gil-González D. Inequities in visual health and health services use in a rural region in Spain. *Gac Sanit*. 2018;32(5):439-46.

López del Amo-González MP, Benítez V, Martín-Martín JJ. Long term unemployment, income, poverty, and social public expenditure, and their relationship with self-perceived health in Spain (2007-2011). *BMC Public Health*. 2018;18:133.

Machón M, Mosquera I, Larrañaga I, Martín U, Vergara I. Desigualdades socioeconómicas en la salud de la población mayor en España. *Gac Sanit*. 2020;34(3):276-88.

Mackenbach JP, Valverde JR, Artnik B, Bopp M, Bronnum-Hansen H, Deboosere P, et al. Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2018;115(25):6440-5

Maestre-Miquel C, Regidor E, Cuthill F, Martínez D. Desigualdad en la prevalencia de sedentarismo durante el tiempo libre en población adulta española

según su nivel de educación: diferencias entre 2002 y 2012. *Rev Esp Salud Publica*. 2015;89(3):259-69.

Malmusi D, Ortiz-Barreda G. Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88(6):687-701.

Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M. Fair society, healthy lives: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010. 2010. Department of International Development: London. 2019.

Marmot MG, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*. 1991;337(8754):1387-93.

Martín-Sánchez FJ, Valls Carbó A, Miró Ò, Llorens P, Jiménez S, Piñera P, et al. Socio-Demographic Health Determinants Are Associated with Poor Prognosis in Spanish Patients Hospitalized with COVID-19. *Gen Intern Med*. 2021 Dec;36(12):3737-3742.

Molina-Barceló A, Salas Trejo D, Peiró-Pérez R, Málaga López A. To participate or not? giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. *Eur J Cancer Care*. 2011;20(5):669-78.

Montoro-Gurich C. The impact of socio-economic factors on the health of the Moroccan immigrants in Navarra (Spain). *Finisterra*. 2018;(109):71-93.

Mulé NJ, Ross LE, Deeprose B, Jackson BE, Daley A, Travers A, et al. Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development. *International journal for equity in health*. 2009;8(1):1-11.

Navarro V, Benach J. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996.

O'Neill J, Tabish H, Welch V, Petticrew M, Pottie K, Clarke M, et al. Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *Journal of Clinical Epidemiology*. enero de 2014;67(1):56-64.

Oliver-Parra A, Dalmau-Bueno A, Ruiz-Muñoz D, García-Altés A. Relationship between parents' mental disorders and socioeconomic status and offspring's psychopathology: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2020;15(10): e0240681.

Orueta JF, García-Álvarez A, Alonso-Morán E, Vallejo-Torres L, Nuño-Solinis R. Socioeconomic variation in the burden of chronic conditions and health care provision--analyzing administrative individual level data from the Basque Country, Spain. *BMC Public Health*. 2013;13:870.

Orueta, J. F., García-Álvarez, A., García-Goñi, M., Paolucci, F., & Nuño-Solinis, R. (2014). Prevalence and costs of multimorbidity by deprivation levels in the Basque Country: a population based study using health administrative databases. *PloS one*, 9(2), e89787.

Pierangeli I, Nieuwenhuijsen MJ, Cirach M, Rojas-Rueda D. Health equity and burden of childhood asthma - related to air pollution in Barcelona. *Environ Res*. 2020;186:109067.

Politi J, Martín-Sánchez M, Mercuriali L, Borrás-Bermejo B, Lopez-Contreras J, Vilella A, et al. Epidemiological characteristics and outcomes of COVID-19 cases: mortality inequalities by socio-economic status, Barcelona, Spain, 24 February to 4 May 2020. *Eurosurveillance* [Internet]. 20 de mayo de 2021 [citado 18 de noviembre de 2021];26(20). Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.20.2001138>

Putrik, P., Ramiro, S., Orueta, J. F., Keszei, A., Alonso Moran, E., Nuño Solinis, R., & Boonen, A. (2018). Socio-economic inequalities in occurrence and health care costs in rheumatic and musculoskeletal diseases: results from a Spanish population-based study including 1.9 million persons. *Clinical and experimental rheumatology*, 36(4), 589-594.

Reiss F, Meyrose AK, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS One*. 2019;14(3):e0213700.

Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2013; 90:24-31.

Rivera B, Casal B, Currais L. The Healthy Immigrant Effect on Mental Health: Determinants and Implications for Mental Health Policy in Spain. *Adm Policy Ment Health*. 2016;43(4):616-27.

Robert G, Martinez JM, Garcia AM, Benavides FG, Ronda E. From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health. *Eur J Public Health*. 2014;24(3):404-9.

Rueda S. Health Inequalities among Older Adults in Spain: The Importance of Gender, the Socioeconomic Development of the Region of Residence, and Social Support. *Women's Health Issues*. 2012;22(5):e483-90.

Ruiz Álvarez M, Aginagalde Llorente AH, Del Llano Señarís JE. Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Rev Esp Salud Pública*. 2022; 96: 12 de mayo e202205041.

Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, Kukla L, Švancara J, Riitta-Järvelin M, et al. Mother's education and the risk of preterm and small for gestational age birth: a DRIVERS meta-analysis of 12 European cohorts. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(9):826-33.

Salas-Nicás S, Moncada S, Llorens C, Navarro A. Working conditions and health in Spain during the COVID-19 pandemic: Minding the gap. *Safety Science*. febrero de 2021;134:105064.

Senn TE, Walsh JL, Carey MP. The Mediating Roles of Perceived Stress and Health Behaviors in the Relation Between Objective, Subjective, and Neighborhood Socioeconomic Status and Perceived Health. *Ann Behav Med*. 2014;48(2): 215-24

Serral G, Borrell C, Puigpinós i Riera R. Desigualdades socioeconómicas en el control mamográfico en mujeres españolas de 45 a 69 años de edad. *Gac Sanit*. 2018;32(1):61-7.

Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health; 2007.

Sorlie PD, Backlund E, Keller JB. US Mortality by Economic, Demographic, and Social Characteristics: The National Longitudinal Mortality Study. *Am J Public Health*. 1995;85(7):949-56.

Strand BH, Grøholt EK, Steingrimsdóttir OA, Blakely T, Graff-Iversen S, Næss Ø. Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. *BMJ*. 2010;340(c654):c654.

Tarlov AR. Public Policy Frameworks for Improving Population Health. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1 de diciembre de 1999;896(1):281-93.

Tolhurst R, Leach B, Price J, Robinson J, Ettore E, Scott-Samuel A, et al. Intersectionality and gender mainstreaming in international health: Using a feminist participatory action research process to analyse voices and debates from the global south and north. *Soc Sci Med*. 2012;74(11):1825-32.

Tricco, AC, Lillie, E, Zarin, W, O'Brien, KK, Colquhoun, H, Levac, D, Moher, D, Peters, MD, Horsley, T, Weeks, L, Hempel, S et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473.

Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Informe SESPAS. *Gac Sanit*. 2016; 30(S1):25-30.

Urbanos-Garrido RM. Social inequalities in health: Measuring the contribution of housing deprivation and social interactions for Spain. *Int J Equity Health*. 2012;11(1).

Utzet M, Navarro A, Llorens C, Muntaner C, Moncada S. Is the worsening of psychosocial exposures associated with mental health? Comparing two population-based cross-sectional studies in Spain, 2005-2010: Is the Worsening of Psychosocial Exposures Associated With Mental Health? *Am J Ind Med*. 2016;59(5):399-407.

Valencia J, Gutiérrez J, Troya J, González-Baeza A, Dolengevich H, Cuevas G, et al. Consumo de drogas recreativas y sexualizadas en varones



seronegativos: datos desde un screening comunitario de VIH. *Revista Multidisciplinar del SIDA*. 2018;6(13):7-19.

Veenstra G. Race, gender, class, and sexual orientation: intersecting axes of inequality and self-rated health in Canada. *Int J Equity Health*. 2011;10(1):3.

Vives A, Amable M, Ferrer M, Moncada S, Llorens C, Muntaner C, et al. Employment Precariousness and Poor Mental Health: Evidence from Spain on a New Social Determinant of Health. *Journal of Environmental and Public Health*. 2013;2013:1-10.

Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health*. 2006;2:460-74.

Con la colaboración de:

