LA SALUD EN LA POBLACION INMIGRANTE: LA POLITICA COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD

(Health in the immigrant population: politics as a social determinant of health)

Departamento de Enfermería

"Escuela Universitaria Casa de Salud Valdecilla"

TRABAJO FIN DE GRADO

Autor: Javier González González

Directora: Mª Jesús Agudo Tirado

SEPTIEMBRE 2013

INDICE

1. **Resumen** ……3

2. **Abstratc** ……4

3. **Introducción** ……5

4. **Capítulo I: La Desigualdad en Salud** ……8

   4.1. Sección I: Concepto de Salud ……8

   4.2. Sección II: El Derecho a la Salud ……9

   4.3. Sección III: La Desigualdad en Salud ……12

5. **Capítulo II: La Salud y sus Determinantes** ……16

   5.1. Sección I: Los Determinantes Sociales de la Salud ……16

   5.2. Sección II: Modelos Conceptuales de Determinantes Sociales de la Salud ……17

   5.3. Sección III: Actuaciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud ……20

6. **Capítulo III: Política e Inmigración: Influencia sobre la Salud** ……23

   6.1. Sección I: La Inmigración y la Desigualdad en Salud ……23

   6.2. Sección II: La Política y la Desigualdad en Salud ……25

   6.3. Sección III: Relación entre Política, Inmigración y Desigualdad en Salud ……28

7. **Conclusiones** ……31

8. **Referencias ……**……32

1. RESUMEN

Profundizar en el conocimiento de los Determinantes Estructurales de las Desigualdades de Salud con el fin de analizar su amplitud, estructura y consecuencias sobre la salud de la población inmigrante, a través del Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales de las Desigualdades en Salud, es el objetivo principal de esta monografía.

El concepto de salud adquiere diferentes significados dependiendo del contexto y de las personas. Es un derecho reconocido, así lo establece la Organización Mundial de la Salud y numerosas normas, internacionales, nacionales y autonómicas. Sobre la Salud de la población inmigrante, influyen muchos determinantes.

Basarse en un modelo conceptual sobre los Determinantes Sociales de la Salud, es imprescindible para la investigación. El "Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales de las Desigualdades en Salud", elaborado por la Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en la Salud de la Organización Mundial de la Salud, muestra como, los Determinantes Estructurales del contexto socioeconómico y político junto con, el análisis de la posición socioeconómica influyen sobre la salud de la población y, en nuestro caso de estudio, de forma particular sobre la población inmigrante, provocando en mayor o menor medida, dependiendo de cómo sea dicho contexto, la existencia de desigualdades en salud en dicho colectivo.

Es un reto para las sociedades disminuir las desigualdades en salud para conseguir equidad. La presencia de equidad origina igualdad. Las actuaciones que los gobiernos pongan en marcha mediante las diferentes políticas sanitarias, leyes y reales decretos, afectarán directamente a las actuaciones del Sistema de Salud; coberturas, atención y Derechos de los ciudadanos para obtener una sanidad gratuita y Universal y, en especial, de los que más lo necesitan como es, la población inmigrante.

Palabras Clave: Derecho a la salud, desigualdad en salud, determinante de la salud, equidad en salud y determinante social de la salud.

2.ABSTRACT

Insights into the Structural Determinants of Health Inequalities in order to analyze its size, structure and consequences on the health of the immigrant population, through the Conceptual Model of the Social Determinants of Health Inequalities is the goal principal of this monograph.

The health concept takes on different meanings depending on the context and the people. It is a recognized right, so established the World Health Organization and numerous rules, international, national and regional. On Health of the immigrant population, many determinants influence.

Based on a conceptual model of the social determinants of health, it is essential for research. The "Conceptual Model of the Social Determinants of Health Inequalities", prepared by the Commission to reduce Social Inequalities in Health of the World Health Organization, shows how, Structural Determinants of socioeconomic and political context with the analysis of socioeconomic position influence on the health of the population and, in our case of study, particularly on the immigrant population, causing a greater or lesser extent, depending on how this context, the existence of health inequalities in this collective.

It is a challenge for societies reduce health inequalities for equity. The presence of equality originates equity. The actions that governments put in place by the different health policies, laws and royal decrees, will directly affect the performance of the health system; coverage, care and rights of citizens to obtain a free and universal health care and, in particular, those most in need as it is, the immigrant population.

Key Words: Right to health, health inequalities, health determinants, equity in health and social determinants of health.

3.INTRODUCCIÓN

Las tasas de mortalidad de las clases sociales menos aventajadas, son mayores que las de las clases sociales mejor situadas social y económicamente, de esta manera, la situación social de un individuo, medida a través de la renta, la educación, la profesión o alguna combinación de las anteriores, crea mayores diferencias en el estado de salud que cualquier otro factor de riesgo conocido (Ortún, 2000). La manera en que una determinada sociedad esté organizada, ejerce una importante influencia sobre la salud. Existen grandes diferencias en salud dentro de un mismo país en función de la clase social. Tal y como afirma Ortún (2000: 65):

> "En Gran Bretaña, el país con mejores datos sobre desigualdades sociales en salud y en el que se han desarrollado mayor número de investigaciones, la esperanza de vida al nacer en la clase social más aventajada es ocho veces mayor que la de la clase social más desfavorecida"

Las desigualdades en salud no se observan únicamente dentro de un mismo país, sino que son generalmente, más escandalosas cuando se analizan diferentes estados. La esperanza de vida aumenta de forma constante en algunos puntos del mundo pero, el que esto no sea así en todo el mundo, es un hecho que preocupa (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización mundial de la salud, 2009).

La sociedad, el personal sanitario y en especial, la enfermería, no deben prestar atención exclusivamente a la enfermedad y a los cuidados derivados de la misma que los enfermos precisan. Deben basarse en un modelo conceptual, y los cuidados de los pacientes, han de llevarse a cabo bajo el enfoque de los determinantes sociales de la salud. Cuando el personal sanitario y la sociedad tengan en cuenta el citado modelo, se avanzará hacia una nueva salud pública (Ávila-Agüero, 2009).

La inmigración es un fenómeno constante a lo largo de la historia. Una de las causas que provoca que un individuo abandone su país o región de origen hacia otro lugar es la existencia de desigualdades sociales en salud entre las diferentes partes del mundo.

La política, es determinante de la salud de las personas, creándose en función de las actuaciones de los gobiernos, grandes o pequeñas desigualdades sociales. La política social y económica tiene efectos determinantes sobre las posibilidades de que un individuo crezca y se desarrolle en todo su potencial y tenga una vida próspera o ésta se malogre (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización mundial de la salud, 2009). En definitiva, para la población inmigrante, las políticas llevadas a cabo, determinan su nivel de salud ya que posibilitan o no la obtención de una mejora en su calidad de vida. Las fuerzas políticas, sociales y económicas determinan las condiciones en que la gente vive y muere.

Basándome en la información anterior y considerándola, no sólo interesante, sino crucial para la enfermería, se decide la realización de esta monografía y se plantean los siguientes objetivos

1. **Objetivo principal:**

- Profundizar en el conocimiento de los Determinantes Estructurales de las Desigualdades de Salud con el fin de analizar su amplitud, estructura y consecuencias sobre la salud de la población inmigrante, a través del Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales de las Desigualdades en Salud.

2. **Objetivos específicos:**

- Describir el contexto socioeconómico y político de los Determinantes Estructurales de las Desigualdades en Salud y su influencia sobre la salud de los inmigrantes.

- Describir el contexto de Posición Socioeconómica de los Determinantes Sociales de las Desigualdades en Salud en cuanto al eje de desigualdad referente a la clase social y su influencia en la salud de la población inmigrante.

- Describir El Sistema de Salud como Determinante en sí mismo para establecer la relación entre en Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, y el impacto en la salud de los inmigrantes.

La búsqueda de la bibliografía que ha permitido la realización del trabajo, mediante las palabras clave expuestas anteriormente, ha sido llevada a cabo, durante el periodo comprendido entre los meses de abril y agosto del año 2013. Durante el proceso de búsqueda, se establecieron límites en el idioma concretándose al castellano y al inglés y en los años de publicación de los documentos, centrando la búsqueda en las publicaciones que tuvieron lugar entre los años 2007 y 2013, aunque se tuvieron en cuenta documentos de especial interés publicados con anterioridad a esa fecha. A través de la página web de la biblioteca de la Universidad de Cantabria, he accedido a diversas bases de datos de enfermería como Dialnet o Medline y a la herramienta Google Académico. Además he consultado diversos libros y revistas científicas de la biblioteca de medicina y enfermería de la Universidad de Cantabria y varias páginas web oficiales con contenido relevante como las páginas de la Organización Mundial de la Salud o el Ministerio de Sanidad y Consumo. Han sido cerca de doscientos, los artículos y libros, así como páginas web, encontradas que han proporcionado información relevante. Una selección de todas ellas ha sido la bibliografía en la que finalmente se ha basado la monografía. Ha sido utilizada, en algún caso, la búsqueda indirecta de fuentes bibliográficas a través de algunos artículos seleccionados.

En tres capítulos, con sus respectivas secciones, ha sido organizada la información que quería plasmar en el trabajo. A continuación resumo de manera breve el contenido de los capítulos para que, de esta forma, el lector comprenda sencillamente el hilo conductor de la monografía.

En el capítulo primero, intentaremos sentar las bases conceptuales sobre las que se sustenta esta monografía, proporcionando al lector un conjunto de definiciones y aclaraciones, para que sea comprendida sin dificultad y permita reflexionar sobre el tema tratado. Se describen en primer lugar, varias aclaraciones del concepto de salud. Aunque la conocida definición de salud de la Organización mundial de Salud que dice que “la salud es

un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", es la definición más arraigada, se intenta explicar que el concepto de salud adquiere, en función del contexto en el que nos encontremos, diferentes significados. De esta manera se observa la dificultad de tener una única visión de la salud. Posteriormente se explica la salud como derecho universal, detallando las principales normas internacionales, nacionales e incluso autonómicas en las que este derecho queda reconocido. Finalmente, se explica detenidamente el significado de "desigualdad en salud", indicando la relación directa que existe entre ella y el estado de salud de la población.

En el segundo capítulo, se explica el significado de "Determinante Social de la Salud", como factor que condiciona la salud y la enfermedad de la población y por lo tanto determinan en mayor o menor medida las desigualdades en salud. Posteriormente se explica en profundidad el Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales de las Desigualdades en Salud, adoptado por la "Comisión para reducir las desigualdades sociales en España" y finalmente se detallan las actuaciones establecidas por la "Comisión de los Determinantes Sociales de las Desigualdades en Salud de la Organización Mundial de la salud", para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

Por último, en el tercer capítulo, se explica la relación que existe entre política, inmigración y desigualdad en salud. Se detalla la desigualdad en salud existente, según el eje de desigualdad de la clase social, tomando como referencia a la población inmigrante, tan significativa en nuestro país, explicando los objetivos propuestos para mejorar la atención a este colectivo y así mejorar su situación de salud. Posteriormente expondremos la importancia de las políticas para reducir las desigualdades en la salud estableciendo la necesidad de basarse en un modelo conceptual. Al final del capítulo se describen aspectos relevante del Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

4. CAPITULO I

LA DESIGUALDAD EN LA SALUD

4.1. CONCEPTO DE SALUD

El concepto de "Salud", no es único ni universal, como tampoco lo es el de enfermedad. Son conceptos cambiantes que dependen de las personas y de los contextos en los que éstas se encuentren. Difiere mucho el significado que adquiere el término Salud en nuestro país al significado que se le atribuye en un país en vías de desarrollo. Cada época, ha realizado su aportación, construyéndose de este modo los conceptos que se han ido sucediendo a lo largo de la historia (Gavidia y Talavera, 2012).

Para el estudiante de medicina, la salud es fundamentalmente ausencia de enfermedad, mientras que para el de enfermería es bienestar. Los estudiantes sanitarios tienen un concepto de salud aprendido y distinto ligado a un enfoque educativo y profesional diferenciado, mientras que para el resto de los grupos, la salud es un concepto cultural y más pragmático. Es decir, no es lo mismo lo que opina del concepto de salud un adolescente, que será "estar cachas", lo que opina un anciano, probablemente sea "tener dinero", o lo que opina una ama de casa que será "comer bien y felicidad" (Isla, 2004).

La palabra Salud, puede ser utilizada en diferentes contextos lo que potencia la dificultad de encontrar una visión única y universal del término (Gavidia y Talavera, 2012). Estos autores explican además que, no es lo mismo el contexto medico-asistencial donde, la acción se encamina hacia la curación de las enfermedades, tendiéndose a interpretar la salud como la ausencia de enfermedad, que el contexto sociológico donde, se entiende la salud de los individuos como el estado en el que las personas funcionan eficazmente a la hora de desarrollar su rol social. Se pueden también, obtener diferentes tipos de concepciones del término salud en función del número de términos que englobe su definición, unas más inclusivas y otras más restrictivas. Desde la concepción donde se restringe a lo estrictamente corporal, concepción de mayor tradición histórica, hasta la que incluye aspectos psicológicos, la que incluye aspectos sociales e incluso, las concepciones mas inclusivas, las ideales y utópicas, que incluyen la dimensión espiritual.

La salud no es un fenómeno aislado, sino el resultado de diversas interacciones con la vida, considerándose incluida la historia del sujeto, su modo de sentir las experiencias, etc. Esta visión articulada de las experiencias del individuo posibilita un cuidado más allá del modelo asistencial predominante, en el que el principal objetivo es la curación y no el cuidado de la persona (Santos, Pagliuca y Fernández, 2007).

La Salud ha sido considerada de manera tradicional como la ausencia de enfermedad, concepto sumamente limitado por lo que en 1946 la Organización Mundial de la Salud amplió dicha definición aportando una visión más amplia y completa, definiendo la salud en términos positivos e innovadores e introduciendo determinantes sociales y mentales. Es la definición más aceptada que aún persiste sin que haya sido modificada desde ese año, "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la

ausencia de afecciones o enfermedades". La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946.

Esta definición, universalmente conocida, no deja de tener sus limitaciones lo que provoca tenga aspectos negativos e incluso criticables como el hecho que, no tiene en cuenta las enfermedades asintomáticas, las cuales, no alteran el bienestar del individuo (Ávila-Agüero, 2009). Debido a que no producen signos ni síntomas, la persona no es consciente que padece una determinada enfermedad por lo que en ese momento no está alterado su bienestar aunque la persona, ya padece la enfermedad y su salud no es la deseada.

En las últimas décadas, exponen Martín y Bacigalupe (2007: 59) "el estado de salud de la humanidad ha mejorado más que en los tres milenios anteriores", aunque las desigualdades sociales entre países y dentro de los mismos van aumentando (Comisión de los Determinantes de la Salud de la OMS, 2005).

4.2. EL DERECHO A LA SALUD

La posibilidad de poder disfrutar del máximo nivel de salud posible, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Este derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria que conlleva, que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible (OMS, 1946).

Para crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible, los gobiernos han de crear poner en marcha una disponibilidad garantizada de los servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos (OMS, 2012).

Para ello se hace necesario, una política de calidad que se acople a una legislación justa acorde con las necesidades de la población.

Se afirma en el llamado "Informe sobre la salud en el mundo 2013" elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2013: 11):

> "la cobertura sanitaria universal, junto con el pleno acceso a servicios de calidad en materia de promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y protección contra los riesgos económicos, no puede alcanzarse sin los datos científicos que proporciona la investigación".

Las principales normas internacionales en temas de salud, reconocen el derecho al acceso a la asistencia sanitaria sin discriminación para todas las personas. A pesar de ser un derecho reconocido por todos los estados de la Unión Europea, la legislación de muchos estados restringen el acceso a los sistemas sanitarios. España, con la actual legislación, es uno de los países restrictivos, sobre todo, tras la entrada en vigor el pasado año del Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

El acceso a la salud, es un derecho que se recoge en numerosos tratados y acuerdos internacionales. La primera norma que expresó el derecho a la salud fue la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946). Posteriormente la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), que en su artículo 25 establece:

> "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". "La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales"

El Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976), reconoce en su artículo 12 "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Todos los Estados de la Unión Europea han firmado dicho Pacto Internacional.

El Comité de los Derechos Económicos, Culturales y Sociales, órgano formado por expertos independientes y, creado para supervisar el Pacto Internacional, dice en su observación general 14 que:

> "Los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, absteniendo a denegar o limitar el acceso igual a todas las personas, incluidos los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos, absteniéndose también a imponer prácticas discriminatorias como política de Estado".

El derecho a la salud debe tener unas características, según apunta la Organización Mundial de la Salud (2007), cuya carencia cuestiona al gobierno y a las leyes del estado que lo impida. Estas características son:

1. Disponibilidad: debe existir un número suficiente de centros, bienes y servicios públicos de salud así como programas de salud

2. Accesibilidad: los centros mencionados han de ser accesibles para todos. La accesibilidad conlleva 4 dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información

3. Aceptabilidad: los centros han de ser respetuosos éticamente y culturalmente apropiados a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de la vida

4. Calidad: deberán ser apropiados desde el punto de vista científico.

El derecho a la salud, no solo obliga a que estas cuatro características estén presentes sino que impone a los diferentes estados unas obligaciones:

1. Respetar: no injerir en el disfrute del derecho a la salud, es decir, no inmiscuirse.

2. Proteger: adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en el disfrute del derecho a la salud

3. Cumplir: adoptar medidas efectivas para dar plena efectividad al derecho a la salud, adoptando leyes, políticas y medidas presupuestarias adecuadas.

Los gobiernos de los países han de adoptar por tanto medidas concretas y específicas hasta el máximo de los recursos que dispongan. Estos recursos son los que aportan el propio estado y los que son aportados por la asistencia y cooperación internacional. Debemos aquí poner de manifiesto que es diferente la incapacidad de un estado de cumplir sus obligaciones relativas al derecho a la salud a la renuncia a cumplirlas.

El derecho a la salud, conlleva, un marco normativo cuya articulación concuerde con las características que tiene dicho derecho. En España el derecho a la salud queda descrito principalmente en el siguiente marco normativo:

1. La Constitución Española de 1978:

   En su capítulo III, del título I, de los principios rectores de la política social y económica, en su artículo 43 reconoce:

   - El derecho a la protección de la salud

   - Que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establece los derechos y deberes de todos al respeto.

   - Que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitará la adecuada utilización del ocio.

2. La Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de Abril:

   I. En título preliminar, capítulo único, artículo 1 establece:

      - Que la ley tiene por objeto regular las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección a la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española

      - Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en España

      - Los extranjeros no residentes en España tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes establezcan.

II. En el artículo 2 establece:

- Las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la presente ley en el ejercicio de las competencias que les atribuyen los correspondientes estatutos de autonomía.

3. Ley de Cohesión y Calidad del sistema nacional de salud 16/2003, de 28 de mayo:

Transcurridos varios años desde la entrada en vigor desde la Ley General de Sanidad y dados los cambios sociales, culturales, tecnológicos y económicos, se plantean nuevos retos para el Sistema Nacional de Salud. Por ello, esta ley establece acciones de coordinación y cooperación de las Administración públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud y así garantizar la equidad, calidad y participación social en el Sistema Nacional de Salud. En su artículo 3 definía como titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria a:

> *"…todos los españoles y extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000"*

Contenido que queda modificado en el Real Decreto – Ley 16/2012.

4. Ley Orgánica 4/2000, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, de 11 de enero:

Esta Ley reconocía el derecho a la asistencia sanitaria a los extranjeros, sin diferenciar su situación legal, que se encontraban en España inscritos en el padrón municipal de los municipios en los que residían habitualmente. Este contenido también queda modificado en el Real Decreto- Ley 16/2012.

En la Comunidad Autónoma de Cantabria el derecho a la protección de la salud está enmarcado en la Ley Autonómica de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria. En esta ley se recoge los derechos relacionados con el acceso a la atención sanitaria y los relacionados con la igualdad y la no discriminación de las personas.

Las modificaciones llevadas a cabo como consecuencia del Real Decreto- Ley 16/2012 sobre la asistencia sanitaria pública y universal en España, provoca cambios importantes en nuestro Sistema Nacional de Salud.

4.3. LA DESIGUALDAD EN LA SALUD

Sostiene Calvete et al. (2010:3) que actualmente, "uno de los principales retos de las sociedades, tanto sociedades desarrolladas como aquellas que están en vías de desarrollo, es disminuir las desigualdades en salud para conseguir una equidad efectiva". Las condiciones que determinan la falta de salud, varían de un país a otro. Esta información queda manifestada en el "Informe sobre la Salud en el Mundo 2013" donde la OMS (2013:19), donde se explica que "cada país debe determinar sus prioridades para mejorar

las condiciones de salud, los servicios que se necesitan, y los mecanismos apropiados de protección contra los riesgos económicos.

Cuando hablamos de equidad o igualdad en salud nos referimos a la ausencia de diferencias innecesarias, injustas y evitables entre grupos y personas, ya estén definidos estos grupos social, económica, demográfica o geográficamente. La equidad en salud conlleva, la idea de que todo el mundo, debería tener una oportunidad justa para lograr desarrollar al máximo su potencial de salud sin ningún tipo de desventaja (Comité sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008). Es decir, que todas las personas dispongan de las mismas oportunidades y recursos, para alcanzar el nivel más alto de salud sin que existan desventajas en su consecución por razones de clase social, género, territorio, etnia u otros factores sociales (Borrell y Artazcoz, 2008). Las actuaciones encaminadas a conseguir la equidad en salud conllevan dar oportunidades, eliminar las barreras, y mejorar la distribución de los recursos y el acceso a los servicios de una manera justa y equitativa (Dahlgren & Whitehead, 2010). Cuando no hay equidad se origina desigualdad.

Borrell, Rodriguez-Sanz, Pérez y Garcia-Altés (2008:59) dicen que:

> "La desigualdad en salud, es un concepto que hace referencia a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud en los colectivos más desfavorecidos".

También factores como la riqueza, educación, y la residencia urbana o rural, entre otros, son aludidos cuando hablamos de desigualdad en salud (Diez y Peiró, 2004). Vivir en un país pobre significa vivir menos y peor, enfermar más, tener peor calidad de vida y peores servicios sanitarios (Benach, 1997).

Lo cierto es, según Benach (1997:255), que "la desigualdad en salud no sólo afecta a países desarrollados, no es un fenómeno exclusivo de los países ricos o países pobres y no es fijo, se va modificando según las circunstancias históricas y geográficas".

En la figura 1 se observa como las clases más aventajadas tienen menos dificultades para alcanzar niveles deseados de salud.

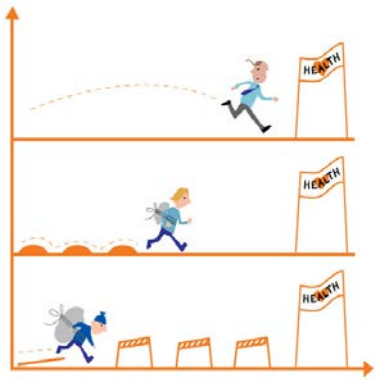

Figura 1. Fuente: Norwegian Ministry of Health and Care Services (2006). National strategy to reduce social inequalities in health. Report No. 20 (2006-2007) to the Storting.

El enorme crecimiento económico ocurrido en los últimos años no ha eliminado la miseria, siendo hoy en día, una cuarta parte de la población mundial, pobre (Benach, 1997). Las desigualdades son escandalosas, causando, en muchos casos, un exceso de mortalidad y morbilidad superior al que causa la mayoría de los factores de riesgo de muchas enfermedades conocidas (Borrell et al, 2008). Estas desigualdades tienden a aumentar en el tiempo ya que, la salud mejora más rápidamente en las personas de clases sociales más aventajadas. Hoy en día, aunque las tasas de mortalidad de los países desarrollados se han reducido, gracias a las mejoras de las condiciones de vida, las medidas preventivas en salud pública y en la mejora de la atención sanitaria, las desigualdades en salud entre países y dentro de cada país están aumentando (Benach, 1997).

La mala salud de los pobres, las grandes desigualdades sanitarias y el gradiente social en salud, provocan un deterioro progresivo o lineal de la salud a medida que se desciende en la escala social, existiendo una relación inversa entre el nivel socio-económico y las necesidades de salud de las personas (Calvete et al, 2010). Expone Ávila-Agüero (2009:71), que “se está obteniendo una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, los ingresos, los bienes, los servicios y la posibilidad de tener una vida próspera”. Estas diferencias marcan la obtención de diferentes niveles de salud para cada individuo manifestado por indicadores como la esperanza de vida (Borrell, 2008).

La desigualdad, la distribución desigual, no es en ningún caso, un fenómeno natural, sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión pública. Las desigualdades sociales en salud, son sobre todo, un reflejo de las desigualdades socioeconómicas. Factores genéticos, condiciones asociadas a la salud e incluso los servicios sanitarios o las condiciones físicas del medio ambiente juegan un papel menor (Benach, 1997).

Una importante aportación al estudio de las desigualdades sociales en salud fue el Informe Black, solicitado en el año 1977 por el secretario de Estado de Servicios Sociales del gobierno laborista del Reino Unido a un grupo de expertos, bajo la presidencia de Douglas Black. Los objetivos eran estudiar con profundidad las causas y la magnitud de las desigualdades sociales en el ámbito de la salud en ese país, así como recomendar las intervenciones necesarias para disminuir estas desigualdades. El informe se publicó en 1980 y fue actualizado en 1986. Estos informes sirvieron de base para muchos países que posteriormente han realizado trabajos similares. En España fue en 1996 cuando se publicó el primer informe llamado “Desigualdades Sociales en Salud en España”, aunque tuvo poca difusión y cuyas recomendaciones no se ejecutaron.

Afirma Borrell y Artazcoz (2008:465) que “las desigualdades sociales en salud, pueden reducirse si se aplican intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas”. A pesar de que, las publicaciones sobre la existencia, características y causas de las desigualdades se han incrementado enormemente en los últimos años, sostiene Stronks (2002:20) que “hay poca evidencia aún sobre las intervenciones más efectivas para afrontar dicho problema”.

Las intervenciones más importantes que muestra la evidencia científica son: el papel de las políticas macroeconómicas en varios frentes como, la reducción de las diferencias en ingresos, reducción del desempleo, inversiones en bienes físicos como las infraestructuras de servicios sanitarios, educación y transporte. También, las mejoras en las condiciones de trabajo y vivienda y acciones que pretenden reducir la distribución desigual de factores de

riesgo conductuales, dirigidos especialmente a grupos sociales más afectados. Por último, intervenciones sobre el sistema sanitario, siendo la principal, el mantenimiento de su carácter universal (Mackenbach & Stronks, 2002). En resumen, señalan Díez y Peiró (2004:158) "políticas para mejorar la distribución de ingresos, las oportunidades educacionales, las condiciones de empleo, el medio ambiente material, el acceso a los servicios sanitarios y los estilos de vida de la población".

Describir, explicar y sobretodo, cambiar las desigualdades sociales en salud, son tres de las tareas más importantes que los investigadores y la sociedad tienen por delante. La omisión de esas acciones, implicará contribuir a que los menos favorecidos paguen con su salud el precio de la desigualdad social (Benach, 1997).

5. CAPITULO II

LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

5.1. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En 1974, Marc Lalonde, ministro canadiense de salud, explicó lo que para el eran los determinantes de la salud. Enumeran Portillo, Portillo y Rodrigo (2008) los determinantes de salud según Lalonde:

- Biología: Variables personales, no modificables, entre las que destacan el seño y la edad.

- Estilos de vida: Alimentación, sedentarismo…

- Medio ambiente: Factores físicos, químicos, biológicos, sociales, culturales, psicológicos, económicos…

- Sistema de asistencia sanitaria: Calidad, cobertura, acceso y gratuidad del mismo.

Otros autores, refieren que los determinantes de salud son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades y que la actuación sobre ellos, tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población (Ávila-Agüero, 2009).

Ávila-Agüero (2010:71) afirma:

> "sobre la salud actúan diversos determinantes o factores que deben ser considerados dentro del concepto de salud y están relacionados con aspectos tan variados como son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimentarios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos"

En definitiva, podemos concluir que la importancia que los determinantes sociales ejercen sobre la salud es grande, debido al gran papel decisivo sobre la salud de la población que ejercen (Cumbre del Milenio de la OMS, 2010).

Es importante concretar que la diferencia entre Determinante de la Salud y Determinante Social de la Salud. Los Determinantes de la Salud son, aspectos personales de cada individuo como la edad o el sexo que influyen en la salud de las personas pero no son modificables. Son los determinantes sociales de la salud, factores que también influyen en la salud de las personas los que son susceptibles de ser modificados.

Sobre la salud y a lo largo de toda la vida de cada individuo, afecta el contexto social en el que la persona nace, crece, vive, trabaja, envejece y muere, incluyendo los sistemas de

salud (Piedrola Gil, 2008). Estos determinantes sociales están presentes incluso antes de nacer y acompañan a las personas durante toda la vida, ejerciendo su influencia y afectación, permaneciendo hasta después de la muerte (Sadana y Harper, 2011).

Estas condiciones sociales son las que causan desigualdades en la exposición a los factores de riesgo para la salud y su mayor o menor grado de vulnerabilidad, dependiendo a su vez de determinaciones políticas. Manifiesta Whitehead (1992:429) que "los Determinantes Sociales de la Salud originan la mayoría de las inequidades en salud", es decir, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en cuestión sanitaria.

Es sumamente importante el análisis de los Determinantes Sociales de la Salud. Álvarez (2009:71), dice que:

> "el análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos de la salud, es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud y de los ministros de salud de algunos países".
>
> "es además un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología. Se trata de un campo de estudio en construcción, para algunos todavía no suficientemente delimitado y cuya investigación presenta enormes retos metodológicos".

Debido a que los Determinantes Sociales de la Salud no son estáticos, las acciones de la salud pública han de dirigirse a su modificación. No sólo el personal sanitario tiene una participación vital, se requiere de la acción comunitaria y de muchos más sectores de la sociedad, dentro y fuera de la sanidad (Ávila-Agüero, 2009).

5.2. MODELOS CONCEPTUALES DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Podemos definir un modelo como una representación de la realidad (Mújica, 2011). Para lograr disminuir las desigualdades sociales en salud a través de la investigación, se hace imprescindible describir una modelo conceptual que muestre los mecanismos y los procesos causales que intervienen (Borrell y Malmusi, 2010).

Existen diferentes modelos que explican los Determinantes Sociales de La Salud. A continuación, se describe brevemente el modelo de Dalghren y Whitehead, aunque se procederá a una descripción más detallada del modelo adoptado por la "Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España", a partir de los modelos propuestos por Vicenç Navarro y por Orielle Solar y Alec Irwin para la "Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta Comisión, es un grupo de trabajo multidisciplinar, encomendado por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.

El clásico modelo de Dalghren y Whitehead (figura 2), fue conceptualizado para poder diseñar políticas e intervenciones para mejorar la salud. En este modelo vemos como los Determinantes de la Salud, aquellos descritos como los que no se pueden modificar, están situados en el centro del modelo. Éstos, aunque no se modifiquen, si son sensibles a las

influencias y a las interacciones de una serie de factores que según afecten, influirán de manera más positiva o negativa sobre la salud. Alrededor de ellos y, en forma de capas concéntricas, se van colocando otro tipo de factores, que si son modificables, denominados, determinantes sociales de la salud.

En la primera capa concéntrica de los Determinantes susceptibles de modificación, aparecen factores relacionados con el estilo de vida individual, conductas, hábitos, como puede ser la realización o no de ejercicio físico, fumar, tipo de alimentación…

Posteriormente, en la segunda capa, se colocan las redes sociales y comunitarias, es decir, el tipo de relaciones que el individuo tiene con el resto de las personas y con su entorno.

La tercera capa corresponde a las condiciones de vida y de trabajo de un individuo y su capacidad para mantener la salud. Algún ejemplo es: educación, saneamiento, desempleo…

En la última capa, la más externa, se sitúan las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales.

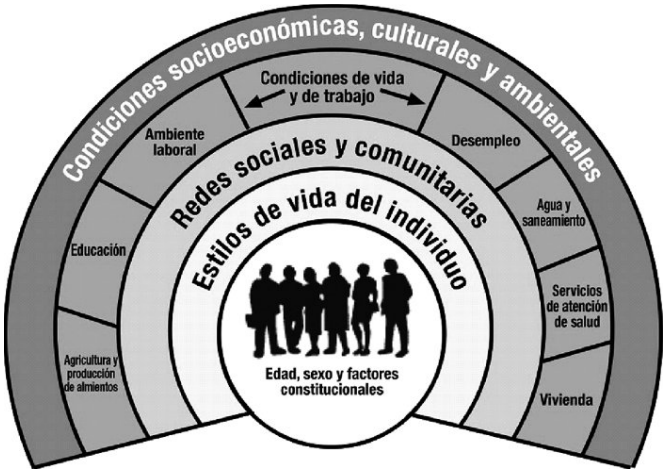

Figura 2. Modelo de los Determinantes Sociales De La Salud de Dahlgren y Whitehead, 1993.

El modelo adoptado por la "Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España" (figura 3), contiene un núcleo principal que son las desigualdades en salud y dos elementos principales: los factores estructurales y los factores intermedios de las desigualdades en salud.

Los factores estructurales se componen del contexto socioeconómico y político y de la estructura social, los llamados ejes de desigualdad. El contexto socioeconómico y político influye directamente sobre la estructura social y sobre la distribución del poder y los recursos dentro de la misma. Según la Organización Mundial de la Salud, estos factores generan estratificación y división social de clases en la sociedad.

Dentro del contexto socioeconómico y político se incluye:

- El Gobierno y la tradición política: transparencia, poder de los sindicatos…

- Actores económicos y sociales: grandes corporaciones…

Ambos, determinan las políticas macroeconómicas como las políticas fiscales, el mercado de trabajo y las políticas del estado de bienestar: educación, sanidad y política social. También quedan ubicados en este apartado los valores sociales y culturales que son la base de las políticas y las jerarquías.

Los distintos ejes de desigualdad, determinan jerarquías de poder dentro de la sociedad. Son la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio. Estos ejes determinan las posibilidades de tener o no una buena vida, poniendo en evidencia las desigualdades sociales que existen. Estos ejes de desigualdad tienen relación con el clasismo, sexismo o racismo (Krieger, Smith, Naishadham, Hartman & Barbeau, 2005). Esta estructura social va a determinar la desigualdad en los factores intermedios del modelo.

Los factores intermedios, influenciados por los factores estructurales, determinan a su vez las desigualdades en salud. Estos determinantes intermedios incluyen:

- Recursos materiales: Condiciones de empleo (situación laboral, precariedad), y trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización y entorno psicosocial). La carga de trabajo no remunerado (carga doméstica y cuidado de personas). Nivel de ingresos y situación patrimonial. La calidad de la vivienda y sus equipamientos. El entorno residencial. Estos recursos materiales van a influir en los factores psicosociales y sobre los factores conductuales y biológicos.

- Factores psicosociales: falta de control y de apoyo social.

- Factores conductuales y biológicos.

- Servicios de salud: Aunque éstos contribuyen poco a la generación de desigualdades en salud, un menor acceso a los servicios de salud y menor calidad de los mismos para los grupos sociales menos favorecidos puede repercutir en unas peores consecuencias de salud y bienestar

Las desigualdades en salud que se generan por todas estas circunstancias expuestas son notorias, por lo que se hace necesaria la ejecución de una serie de medidas.

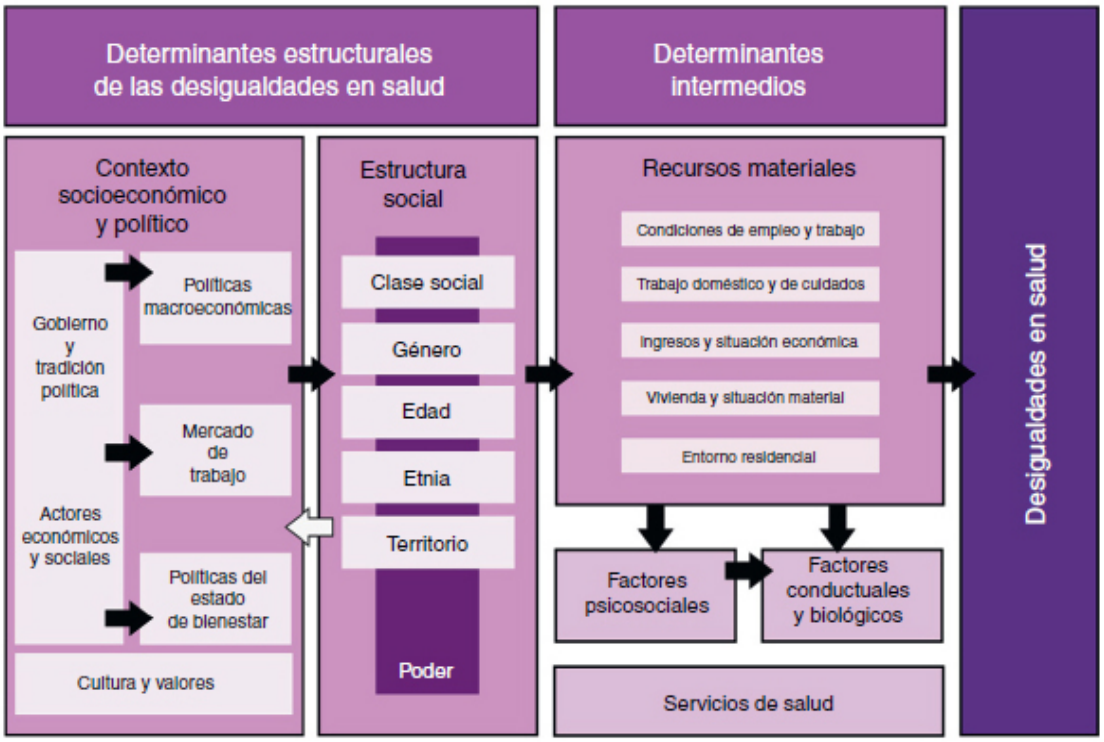

Figura 3. Modelo de los Determinantes de las Desigualdades en Salud, elaborado por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en España, 2010.

5.3. ACTUACIONES SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud a través de la "Comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre los Determinantes Sociales de la Salud" establece, una serie de actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud.

Estas recomendaciones generales de la OMS (2007:3), quedan expuestas textualmente a continuación:

1. MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA

- Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres y las condiciones en que nacen los niños:
  - Dedicar más atención al desarrollo temprano del niño y la educación de muchachas y muchachos.
- Gestión del desarrollo urbano:
  - Mejorar la disponibilidad y asequibilidad de vivienda.
  - Invertir en la mejora de los barrios de chabola, priorizando el abastecimiento de agua y el saneamiento, la electricidad y la pavimentación de las calles.
- Velar por que la planificación urbana promueva conductas sanas y seguras según criterios de equidad:
  - Transporte activo.

    - Planificación del sector minorista para controlar el acceso a alimentos poco saludables.
    - Ordenación adecuada del medio y aplicación de controles reguladores, por ejemplo limitando el número de establecimientos de venta de alcohol.
  - Velar por que las políticas que afronten el cambio climático tengan en cuenta la equidad sanitaria.
  - Convertir el pleno empleo y el trabajo digno en objetivos comunes de las instituciones internacionales y en elemento central de las agendas nacionales de formulación de políticas y las estrategias de desarrollo:
    - Reforzar la representación de los trabajadores en la formulación de políticas, leyes y programas de empleo.
  - Los organismos internacionales han de ayudar a los países a proteger a los trabajadores:
    - Aplicar normas laborales básicas en el sector estructurado y no estructurado.
    - Elaborar políticas que garanticen el equilibrio entre la vida laboral y persona.
    - Reducir los efectos negativos de la inseguridad entre los trabajadores en situación de precariedad laboral.
  - Mejorar progresivamente los sistemas de protección social:
    - Lograr que los sistemas incluyan a las personas en precariedad laboral, en particular las que trabajan en el sector no estructurado, el servicio doméstico o la asistencia a otras.
- Crear sistemas de salud de calidad, con cobertura universal y centrados en la atención primaria de salud:
    - Fortalecer la función directriz del sector público en la financiación de sistemas de asistencia equitativos, que garanticen el acceso universal a la atención, con independencia de la capacidad de pago.
    - Combatir la fuga de personal sanitario, invirtiendo en la contratación de más recursos humanos para la salud y en su formación, y mediante acuerdos bilaterales que regulen las pérdidas y ganancias.

2. LUCHAR CONTRA LA DISTRIBUCIÓN DESIGUAL DEL PODER, DINERO Y RECURSOS

- Responsabilizar a las más altas instancias gubernamentales de la acción en pro de la salud y de la equidad sanitaria, y lograr que todas las políticas contribuyan a ese fin de forma coherente:
    - Evaluar los efectos de todas las políticas y programas en la salud y la equidad sanitaria.
- Fortalecer la financiación pública para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.
- Aumentar la ayuda mundial hasta el 0,7% del PIB prometido y ampliar la Iniciativa para el Alivio de la Deuda Multilateral.
- Elaborar un conjunto coherente de determinantes sociales de la salud centrándose en los Documentos de Estrategia de Lucha contra la Pobreza (PRSPs).
- Institucionalizar la consideración de las consecuencias en la salud y la equidad sanitaria de los acuerdos económicos nacionales e internacionales y la formulación de políticas.
- Reforzar el papel fundamental del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales para la salud (tales como el agua y el saneamiento) y en la reglamentación de bienes y servicios con consecuencias importantes para la salud (como el tabaco, el alcohol y los alimentos).

- Aprobar y aplicar leyes que promuevan la equidad de género e ilegalicen la discriminación por razones de sexo.
- Aumentar la inversión en servicios y programas de salud sexual y reproductiva, teniendo como objetivo la cobertura universal y el respeto de los derechos.
- Robustecer los sistemas políticos y jurídicos:
    - Proteger los derechos humanos.
    - Garantizar la identidad jurídica y tener en cuenta las necesidades y las reivindicaciones de los grupos marginados, en particular de los pueblos indígenas.
- Garantizar la representación y participación justas de todos los individuos y comunidades en la toma de decisiones relativas a la salud.
- Permitir que la sociedad civil se organice y actúe de forma que se promuevan y respeten los derechos políticos y sociales que afecten a la equidad sanitaria.
- Convertir la equidad sanitaria en un objetivo de desarrollo mundial.

3. MEDIR Y ANALIZAR EL PROBLEMA Y EVALUAR LOS EFECTOS DE LASA INTERVENCIONES

- Disponer de sistemas de seguimiento sistemático de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud a nivel local, nacional e internacional:
    - Velar por que todos los niños sean registrados al nacer.
    - Establecer sistemas nacionales y mundiales de vigilancia de la equidad sanitaria.
- Realizar inversiones para obtener e intercambiar nuevos datos sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la eficacia de las medidas adoptadas :
    - Establecer presupuestos específicos para la obtención e intercambio mundial de datos.
- Formar a los rectores de la política, las partes interesadas y los profesionales de la salud acerca de los determinantes sociales de la salud, e invertir en sensibilizar a la población:
    - Integrar los determinantes sociales de la salud en la formación médica y sanitaria.
    - Formar a los responsables y planificadores de la política en el uso de los estudios de impacto sobre la equidad sanitaria.
    - Dotar a la OMS de más medios para dar apoyo a las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.

6. CAPITULO III

POLITICA E INMIGRACION: INFLUENCIA SOBRE LA SALUD

6.1. LA INMIGRACIÓN Y LA DESIGUALDAD EN SALUD

La migración es un fenómeno permanente a lo largo de la historia. Existen importantes desigualdades entre unos y otros países del mundo, existiendo países industrializados que son países más desarrollados y ricos, y países subdesarrollados que son más pobres. El desequilibrio y desigualdad entre unas y otras partes del mundo, provoca que las personas opten por la búsqueda de una vida mejor, mejores condiciones de vida, dejando su país de origen para acudir a lugares donde depositan todas sus esperanzas (Salvador, Ojeda, Morales, Del Pino y Lopez, 2006).

Podemos entender la inmigración, tal y como afirma Agudo (2009:695) "como una actividad humana construida socialmente en la que el entorno sociocultural, económico, político y étnico determina su desarrollo".

La intensidad de las migraciones en España, ha hecho de ellas un tema estrella en la investigación social y un fenómeno presente de forma continua en las agendas políticas y sociales del país (Reher, Requena y Sanz, 2011).

La importancia de las migraciones lo revelan también los datos que aporta el Instituto Nacional de Estadística. España ha pasado en tan solo diez años, de tener una población de 1.572.013 inmigrantes en el año 2001, a una población de 5.252.473 habitantes en el año 2012. En lo que respecta a la Comunidad Autónoma de Cantabria y, según esta misma fuente estadística, la población ha pasado de 8.661 a 37.457 inmigrantes durante el mismo periodo de tiempo.

Esta realidad demográfica, parece determinar el desarrollo de una convivencia abocada a la multiculturalidad. Esta nueva situación social provoca que muchos conceptos como el de salud o enfermedad tengan que ser redefinidos para adaptarse a la nueva realidad (Salvador et al. ,2009).

La interculturalidad es la interacción que se produce entre varias culturas donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima de otro, favoreciendo en todo momento la interacción entre culturas. Se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo (Béjar, 2013).

La salud precaria es tanto una causa como una consecuencia de pobreza. Sabemos que los pobres son más vulnerables a sufrir riesgos personales y ambientales, están peor nutridos y tienen menos posibilidades de acceso a la información y a la asistencia sanitaria (Saumell y Balanzó, 2008).

En la XCIV Reunión Científica de la Sociedad de pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura, SPAOE, manifiesta Porras y Morillo (2007:55) que:

> "las peculiaridades sociales de cada grupo social son potencialmente un problema a la hora de mantener un buen entendimiento entre el inmigrante y el sistema sanitario, debido entre otras cosas a que cada grupo concibe la salud y la enfermedad de diferente manera".

Una peor compresión de las funciones de la prevención, el desconocimiento del uso adecuado del sistema sanitario y el frecuente cambio de domicilio, además de otros aspectos como la cultura gastronómica o las creencias populares, son factores que dificultan dicha relación entre inmigrante y profesional sanitario, repercutiendo de forma negativa en la salud del primero de ellos.

La población inmigrante desconoce la tradición de educación sanitaria. Así, vemos que, las familias de inmigrantes muestran indiferencia y una gran resistencia a los programas de salud y sus demandas y expectativas sanitarias no se ajustan, en muchos casos, a nuestro sistema sanitario. Por otro lado, los inmigrantes manifiestan que los profesionales sanitarios, no conocen su cultura ni condición socioeconómica y que no se les dedica suficiente tiempo y atención (Agudo, 2009).

Supone, además, un problema añadido, la barrera idiomática, que provoca deficiencias en la comunicación. Aún hablando el mismo idioma, como ocurre con la población latinoamericana, debido a su cultura, cambia la manera con la que se expresan, utilizando palabras y giros lingüísticos que provocan problemas de interpretación de la información provocando la mala comunicación (Miguel, Masvidal, Pérez, Ramirez, Fuentelsad y De Frutos, 2005).

Estudios realizados en nuestro país revelan que, con adecuados programas dirigidos al colectivo inmigrante, que atiendan sus peculiaridades idiomáticas y culturales, se consigue una adecuada inserción al sistema sanitario (Miguel et al, 2005).

Para conseguir un buen entendimiento entre profesional y usuario, De Muynck (2004:41), establece unos objetivos:

- Desarrollar una base de conocimientos sobre las culturas étnicas.
- Reducir las barreras lingüísticas y culturales.
- Mejorar la formación de los agentes de salud en materia de atención sanitaria transcultural.
- Ofrecer una formación sanitaria acorde con los problemas de salud del inmigrante.
- Actuar como intermediario.
- Ofrecer apoyo social al inmigrante.

El llamado "Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración" (Gobierno de España, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007), indica el reto con el que se enfrenta el sistema sanitario para atender de forma efectiva a una población muy diversa por

su origen y vulnerable por las enfermedades a las que se debe enfrentar. El plan presenta unos objetivos:

- Garantizar el derecho a la protección de la salud de las personas inmigrantes.
- Mejorar la identificación de las necesidades socio-sanitarias de la población inmigrante.
- Mejorar la formación del personal sanitario en técnicas de gestión de la salud en la población inmigrante.

La enfermería, debido a su formación orientada a la persona como un conjunto bio-psico-social y cultural, es la profesión que más puede acercarse a la respuesta que poco a poco se va solicitando del mundo asistencial. Así, el papel de la enfermería incrementa su relevancia en los nuevos conceptos sanitarios que giran en torno al individuo como eje del sistema sanitario, al ofrecerse al profesional la oportunidad de ajustar su actuación a las pautas culturales, sociales, demográficas y psicológicas derivadas de las condiciones de vida (Salvador et al, 2006).

Como había quedado descrito anteriormente, la clase social es un eje de desigualdad de los determinantes sociales de las desigualdades en salud. Así queda explicado en el Modelo de los Determinantes de las Desigualdades en Salud (figura 3), elaborado en el año 2010 por la "Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en España".

Uno de los avances más recientes y prometedores en política sanitaria ha sido la aparición de un movimiento global por la igualdad sanitaria que aborda los Determinantes Sociales de la Salud. Sin embargo, en la investigación y legislación europea hay una fuerte tendencia a reducir los Determinantes Sociales de La Salud a Los Determinantes Socioeconómicos, pasando por alto, de esta forma, el papel que juega la migración y otros factores que contribuyen a la aparición de desigualdades.

Por tanto, es esencial que las políticas tengan en cuenta la interculturalidad social para que se diseñen mecanismos que estén al alcance de cada país y eviten las desigualdades sociales en salud.

6.2. LA POLITICA Y LA DESIGUALDAD EN SALUD

Aunque existían importantes iniciativas en salud pública a nivel europeo antes del Tratado de la Unión Europea, conocido como "Tratado de Maastricht" (1992), éste supuso un hito al incorporar competencias específicas en la agenda política de la Unión Europea. El "Tratado de Ámsterdam" (1997), vino a fortalecer el rol de la Unión Europea en salud, creando una base legal para la armonización de la legislación de los estados miembros.

El "Tratado de Lisboa" (2009), se diseñó para mejorar el funcionamiento de la Unión Europea, permitiendo que las instituciones de la misma adoptasen medidas obligatorias para los Estados miembros (Calvete et al, 2010).

En España, se viene trabajando hace años en la disminución de las desigualdades en salud. En 1993, el Ministerio de Sanidad y Consumo, nombró una comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud que tenía la responsabilidad de documentar y analizar las desigualdades en salud en España y recomendar cómo mejorar la salud de la población a través de políticas orientadas a la equidad. Esta comisión publicó en 1996 el primer "Informe Nacional sobre Desigualdades en Salud en España (Calvete et al, 2010.). La Ley de Cohesión y Calidad del sistema nacional de salud 16/2003, de 28 de mayo, y el "Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud", contemplan la equidad como eje trasversal. En el año 2008, se constituyó la "Comisión Nacional de Desigualdades en Salud", cuyo objetivo era la elaboración de intervenciones a corto, medio y largo plazo para disminuir las desigualdades en salud en España.

Como ya hemos mencionado anteriormente, existen grandes diferencias de salud entre los diferentes países del mundo. Una de las posibles explicaciones que daría respuesta a estas desigualdades, podría recaer en el tipo de política de los países afectados. De hecho, el estado de bienestar, es útil para explicar las variaciones entre países, y por eso la política de cada país, que influye en el estado de bienestar, debería tenerse en cuenta en los estudios de desigualdades en salud (Navarro et al. 2010). Y esto es debido a que, en definitiva, la salud de las personas está directamente relacionada con la política y las leyes que establecen los partidos políticos que gobiernan en cada país. Describe Espelt (2009:25) que "estos partidos serán determinantes para el estado de bienestar del país" en cuestión.

No cabe duda, que el crecimiento económico de un país es sumamente importante para su desarrollo. De esta manera, se tiene la oportunidad de invertir en la mejora de la calidad de vida de la población. Ahora bien, tal y como dice la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008:1) "el crecimiento por sí solo, sin políticas sociales adecuadas que aseguren que sus beneficios se reparten de forma relativamente equitativa, contribuye poco a la equidad sanitaria".

Un enfoque integrado, intersectorial, variado y multinivel, ampliará nuestros conocimientos sobre las desigualdades sanitarias y posibilitará que se empleen más recursos para abordarlas (Ingleby, 2012).

Borrell y Artazcoz (2008:466) describen:

> "aún, se dispone de pocos estudios que relacionen el contexto político con la salud y las desigualdades en salud de la población aunque, hay algunos que demuestran la influencia de la política en la salud, en el sentido que, los países con tradición socialdemócrata, potencian un estado de bienestar más extenso, con menos desigualdades de renta y políticas de pleno empleo, logrando mejores resultados en algunos indicadores de salud y menores desigualdades".

Es decir, podemos afirmar que la forma en que la política sea utilizada por el estado, por el Gobierno o por los actores de la sociedad civil, definirán la red de fuerzas sociales comprometidas, o no, con las demandas ciudadanas y los derechos humanos. La Salud Pública depende, en gran medida, del contexto socioeconómico y político (Franco-Giraldo y Álvarez-Dardet, 2008).

Los partidos políticos en el poder, son los encargados de realizar políticas redistributivas, que se encargan de la distribución de los ingresos y/o riqueza de un país, que se relacionan de forma positiva con la salud de las personas (Espelt, 2009). Por eso cabe esperar que los

partidos que han estado en el gobierno y han realizado mejoras en las políticas redistributivas, contribuyen a que los individuos tengan mejor estado de salud y existan menores desigualdades entre la población (Navarro, 2004).

A pesar de que la mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas, en las políticas de salud han predominado las soluciones orientadas al tratamiento de las enfermedades sin incorporar intervenciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y la atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centrados en lo curativo, han sido insuficientes, no permitiendo alcanzar las metas de salud propuestas (Ávila-Agüero, 2009).

Ortún (2000:69) distingue "dos tipos de políticas que han tenido éxito en la reducción de la mortalidad". Por un lado, países de crecimiento económico rápido, crecimiento orientado al empleo y que utilizan los recursos para mejorar el gasto sanitario. Por otro lado, países igualitarios, que han priorizado los servicios sociales, como educación y sanidad que, han conseguido espectaculares mejoras en los indicadores de salud pese a no haber registrado un gran crecimiento económico.

Dalghren & Whitehead (2006:69) exponen diez principios para la acción, que deben servir como guía general cuando se pretenden poner en marcha políticas para disminuir las desigualdades en salud. Estos principios son:

1. Las políticas deben mejorar los niveles de salud de la población. Para disminuir las desigualdades en salud entre distintos grupos, el objetivo es aumentar el nivel de salud de los menos privilegiados y no reducir las desigualdades disminuyendo el nivel de salud de los grupos más privilegiados.
2. Utilizar diferentes aproximaciones para disminuir las desigualdades, siendo las más frecuentes, la reducción de las desigualdades en toda la población, disminuir las desigualdades en los grupos menos privilegiados y la focalización en la población vulnerable.
3. Las intervenciones poblacionales para mejorar la salud también deben centrarse en la disminución de las desigualdades entre los distintos grupos sociales.
4. Las acciones deben considerar los determinantes sociales de las desigualdades en salud y no solo los determinantes de la salud.
5. Deben registrarse los efectos adversos de las intervenciones implementadas.
6. Es necesario disponer de instrumentos para evaluar la extensión de las desigualdades en salud y las intervenciones puestas en marcha.
7. Se debe promover y facilitar la participación de la población más vulnerable.
8. Las desigualdades en salud se deben describir de forma separada para hombres y mujeres ya que sus determinantes, según el sexo, pueden variar .
9. Se deben describir las diferencias en salud según la etnia o área geográfica teniendo en cuenta la posición socioeconómica.
10. Los sistemas de salud se deben basar en principios de equidad, proporcionando atención a la población, independientemente de su capacidad socioeconómica.

Las políticas para disminuir las desigualdades en salud, deben basarse en un modelo conceptual. De acuerdo con el modelo presentado por la "Comisión para reducir las desigualdades sociales en España", 2010, las políticas pueden tener diferentes puntos de entrada:

1. Punto de entrada en los Determinantes Estructurales: contexto socioeconómico y político. Se refiere a las políticas de ámbito "macro":

    I. Políticas sociales destinadas a aumentar el estado de bienestar

    II. Políticas macroeconómicas que pueden contribuir a disminuir las desigualdades en la renta.

    III. Políticas de mercado de trabajo, como las dirigidas a mejorar las condiciones de empleo.

2. Punto de entrada en los Determinantes Intermedios:

    I. Políticas dirigidas a mejorar los factores materiales y psicosociales, como la mejora del entorno del lugar de residencia.

    II. Políticas dirigidas a mejorar los factores conductuales, como el aumento del precio del tabaco.

    III. Políticas dirigidas al sistema de salud.

Podemos afirmar por tanto, que la dimensión política, tal y como ha quedado explicado anteriormente, es uno de los Determinantes Sociales de la Salud. El efecto de las políticas va a ser mayor cuando éstas se basen en los derechos humanos (Franco-Giraldo y Álvarez-Dardet, 2008). Otros autores como Artazcoz, Oliva, Escribá-Agüir y Zurriaga (2010:1) refieren que "las decisiones políticas que influyen sobre la salud de las personas no solo, ni de manera más significativa, son las relacionadas con los servicios o políticas sanitarias, sino las referentes a otros ámbitos públicos y privados", como la educación, el mercado laboral, el urbanismo, la vivienda o la política de inmigración.

6.3. RELACION ENTRE POLITICA, INMIGRACION Y DESIGUALDAD EN SALUD

A lo largo de esta monografía se ha descrito lo que es la desigualdad en salud y la manera en que tanto la política como la inmigración influyen en la misma. Se ha descrito la política como determinante estructural de las desigualdades en salud y también se han descrito los ejes de desigualdad haciendo hincapié en la inmigración como parte de los mismos.

En esta sección, de manera breve, se pretende relacionar los conceptos de política, inmigración y desigualdad en salud con un claro ejemplo.

El 20 de abril del pasado año 2012, el Gobierno español, promulgó el Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

La entrada en vigor de este Real Decreto-Ley supuso que se modificara el derecho a poder ser titular de la tarjeta sanitaria que da acceso al Sistema Sanitario público español. La anterior legislación reconocía el derecho a la asistencia sanitaria a los extranjeros sin

diferenciar su situación legal, dado que solo se exigía que estuvieran empadronados, en su lugar de residencia, para ser titulares de la tarjeta sanitaria. Desde que entró en vigor este Real Decreto, para gozar de las prestaciones sanitarias como cualquier ciudadano español, el extranjero debe estar "asegurado o ser beneficiario".

Para ser asegurado, requisito imprescindible por tanto, para disfrutar plenamente del derecho al disfrute de la asistencia sanitaria en España, cada ciudadano debe cumplir unos requisitos:

- Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la seguridad social y en situación de alta o asimilada de alta.

- Ostentar la condición de pensionista del sistema de Seguridad Social

- Ser preceptor de cualquier otra prestación periódica de la seguridad social incluida la prestación y subsidio por desempleo.

- Haber agotado la prestación o subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo.

  "Serán beneficiarios del asegurado siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex-cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o mayor al 65 %".

Otro colectivo afectado son los jóvenes mayores de 26 años que no hayan entrado en el sistema de la seguridad social como son los estudiantes universitarios o jóvenes que no han conseguido su primer empleo, también los discapacitados en grado inferior al 65 % y amas de casa divorciadas que no están a cargo del ex –cónyuge. Estas personas serán declaradas personas sin recursos.

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España recibirán asistencia sanitaria:

- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.

- De asistencia al embarazo, parto y post-parto.

- Menores de 18 años en las mismas condiciones que los españoles.

Quedan también aseguradas las personas de nacionalidad española o de algún estado miembro de la Unión Europea, del espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización de residencia en el territorio español, siempre que quede acreditado que no superan el límite de ingresos que está determinado reglamentariamente.

Estas modificaciones legislativas han supuesto que, con fecha 1 de septiembre de 2012, fecha de entrada en vigor, los inmigrantes no regularizados han dejado de ser beneficiarios de la tarjeta sanitaria, pero también se priva de esta prestación a aquellos españoles que no coticen a la Seguridad Social o tengan ingresos anuales superiores a 100.000 euros según queda redactado en el Real Decreto 1192/2012 de 3 de agosto.

7. CONCLUSIONES

La OMS señala que las desigualdades en Salud son injustas y evitables y que en absoluto son naturales. Por ello, insta a todos los gobiernos a tomas medidas para evitar las desigualdades en la salud de todas poblaciones.

La realidad demográfica española, muestra una sociedad multicultural debido al proceso migratorio. Ante esta nueva realidad social, uno de los objetivos prioritarios de los gobiernos incluido el español, deben ser conseguir la equidad en salud para todos los ciudadanos, en especial para los más vulnerables.

Gracias al Marco conceptual de los Determinantes Sociales de las Desigualdades en la Salud podemos estudiar las desigualdades en salud diferenciando dos tipos de determinantes; los Determinantes Estructurales de las desigualdades en salud y los Determinantes Intermedios de Salud.

Los Determinantes Estructurales de Desigualdades en Salud, desarrollados en esta monografía, encierran el contexto socioeconómico y político, refiriéndose a las estructuras que afectan de modo significativo al sistema social, tales como, las políticas que llevan a cabo los gobiernos, las políticas públicas y sociales.

En el apartado de la Posición Socioeconómica, se incluyen Determinantes Estructurales que tienen que ver con los ejes de desigualdad en salud, concretamente en cuanto a la influencia de la posición socioeconómica sobre la clase social, el género y la etnia que determinan las oportunidades vitales para la consecución de la salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debido a la estratificación social, al modelo jerárquico de poder y a los privilegios adquiridos por las clases dominantes.

La población inmigrante, en general, es vulnerable y, en función de las políticas sociales que se lleven a cabo, pueden provocar profundas desigualdades sociales en la salud de estos colectivos. El género, la clase y la etnia, determinan las desigualdades en salud de la población vulnerable y, en especial el colectivo inmigrante, situándoles en la escala más baja de la posición social.

Esta vulnerabilidad también se hace visible en el Sistema de Salud. A pesar de que dicho sistema ofrece en general poca repercusión en las desigualdades en la salud, en el caso de la población inmigrante y gracias al el Real Decreto-Ley 16/2012, concurre en una disminución de la salud y el bienestar de los inmigrantes, favoreciendo la aparición de inequidad y aumentando las desigualdades en salud.

8. REFERENCIAS

Agudo Tirado, M. J. (2009). Infancia e inmigración. Un estudio etnográfico para la mejora de los cuidados de salud y la comunicación intercultural desarrollado en la Comunidad Autónoma de Cantabria. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 1*(2), 694-707.

Álvarez, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas De Salud, (17),* 69-79.

Artazcoz, L., Oliva, J., Escribà-Agüir, V., y Zurriaga, Ó. (2010). La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria, (24)*, 1-6.

Ávila-Agüero, M. L. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la salud. *Acta Médica Costarricense, 51*(2), 71-73.

Béjar, H. (2013). *Interculturalidad. Mirarse en el espejo*. Recuperado 08/2013, de, http://www.digeibir.gob.pe/articulos/interculturalidad-mirarse-en-el-espejo

Benach, J. (1997). La desigualdad social perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria, 11*(6), 255-257.

Borrell, C., y Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria, 22*(5), 465-473.

Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Pérez, G., y Garcia-Altés, A. (2008). Las desigualdades sociales en salud en el Estado Español. *Aten Primaria, (40)*, 59-60.

Borrell, C., y Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: Evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria, (24)*, 101-108.

Calvete, A., Campos, P., Catalán, D., Fernández de la Hoz, K., Herrador, Z., Merino, B., et al. (2010). Innovando en salud pública: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud: Una prioridad para la presidencia española de la unión europea en 2010. *Revista Española De Salud Pública, 84*(1), 3-11.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2010). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España.* Recuperado 05/2013, de, http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

Comité de los derechos económicos, culturales y sociales. *Observaciones Generales.* Recuperado 05/2013, de, http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html

Comité sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Recuperado 07/2013, de, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

Constitución española de 1978. Recuperado 05/2013, de, http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.html

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. *Institute for Future Studies*. Recuperado 06/2013 de, http://www.framtidsstudier.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial en salud para toda la población. Parte 2. Recuperado 07/2013, de, http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/estrategiasDesigual.pdf

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). European strategies for tackling social inequities in health. *World Health Organization.* Recuperado 06/2013, de, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2010). Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en la salud. Recuperado 08/2013, de, http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf

De Muynck, A. (2004). Mediación intercultural: ¿una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes? *Quadern CAPS, (32),* 40-46.

Declaración universal de los derechos humanos. (2013). Recuperado 05/2013, de, http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml

Díez, E., y Peirò, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria, (18)*, 158-167.

El pacto internacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales. (1976). Recuperado 06/2013, de, http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm

Espelt, A. (2009). Tradiciones políticas en la Unión Europea y desigualdades en salud. *Salud 2000.* (*124),* 25-26.

Franco-Giraldo, Á., y Álvarez-Dardet, C. (2008). Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gaceta Sanitaria, 22*(3), 280-286.

Gavidia, V., y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica De Las Ciencias Experimentales y Sociales,* (26), 161-175.

Graham, H. (2004). Tackling inequalities in health in England: Remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients. *Journal of Social Policy, 33*(1), 115-131.

Gray, A. (1983). Inequalities in health. The black report. *Int J Health Serv, (12).*

Ingleby, D. (2012). Etnicidad, migración y la agenda de los "determinantes sociales de la salud". *Psychosocial Intervention 21*(3).

Instituto Nacional de Estadística. (2013). Recuperado 04/2013, de, http://www.ine.es/

Isla Pera, P. (2004). ¿Qué es la salud? percepción comunitaria. *Enfermería Clínica, 14*(3), 152-156.

Krieger, N., Smith, K., Naishadham, D., Hartman, C., & Barbeau, E. M. (2005). Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Social Science & Medicine, 61*(7), 1576-1596.

Kunkel, S. R., & Atchley, R. C. (1995). Why gender matters: Being female is not the same as not being male. *American Journal of Preventive Medicine, 12*(5), 294-296.

Ley autonómica de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de ordenación sanitaria de Cantabria. Recuperada 06/2013, de, http://www.urjc.es/outs/Leyes_autonomicas/Cantabria/Ley7_2002.pdf

Ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud 16/2003, de 28 de mayo. Recuperado 07/2013, de, http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715

Ley general de sanidad 14/1986, de 25 de abril. Recuperado06/2013, de, http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.html

Ley orgánica 4/2000, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, de 11 de enero. Recuperado 06/2013, de, http://www.boe.es/boe/dias/2000/01/12/pdfs/A01139-01150.pdf

Mackenbach, J. P., & Stronks, K. (2002). A strategy for tackling health inequalities in the netherlands. *BMJ: British Medical Journal, 325*(7371), 1029.

Main, J. A., & Main, P. (1993). The health divide. *BMJ: British Medical Journal, 306*(6872), 273.

Martín, U., Bacigalupe, A. (2007). Estructura social y salud en Euskadi: Clase social, nivel educativo y lugar de nacimiento como determinantes de la salud. *Revista de Servicios sociales.* 59-72.

Miguel, B., Masvidal, R. M., Pérez, N., Ramírez, A., Fuentelsaz, C., y De Frutos, E. (2005). Valoración de la carga asistencial del personal de enfermería en función de los nuevos usuarios de los servicios de pediatría. *Enfermería Clínica, 15*(1), 25-30.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. *Plan de calidad del sistema nacional de salud 2006-2010.*. Recuperado 08/2013, de,

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf

Mujica, N. (2011). Consideraciones teórico-epistémicas acerca del concepto de modelo. *Revista De Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales, 13*(1), 51-64.

Navarro, V., y Benach, J. (1996). Desigualdades sociales de salud en España (informe de la comisión científica de estudios de las desigualdades sociales de salud en españa. *Revista Española De Salud Pública, 70*(5-6), 505-636.

Navarro, V. y Quiroga, A. (2004). Welfare state policies for equity. *Gaceta Sanitaria, 18*(Suppl 1), 144.

Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, Á., Rodríguez-Sanz, M., et al. (2006). Politics and health outcomes. *The Lancet, 368*(9540), 1033-1037.

Organización mundial de la salud. (2005). Comisión sobre los determinantes de la salud 2005. Recuperado 07/2013, de, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

Organización mundial de la salud (2009). *Informe final: Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado 06/2013, de, http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf

Organización mundial de la salud. (2007). *"El derecho a la salud".* Nota descriptiva nº 323. Recuperado 07/2013, de, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/

Organización mundial de la salud. (2013). *Investigación para una cobertura sanitaria universal*. Recuperado 09/ 2013, de, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf

Organización mundial de la salud. (2013). *Preguntas más frecuentes*. Recuperado 04/2013, de, http://www.who.int/suggestions/faq/es/

Organización mundial de la salud. *Preámbulo de la Constitución de la organización mundial de la salud.* Reuperado 05/2013, de, http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf

Organización Mundial de las Naciones Unidas. (2010). *Cumbre del milenio (Asamblea general)*. Recuperado 08/2013, de, http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf

Ortún, V. (2000). Desigualdad y salud. *Política y Sociedad (35)*, 65-72.

Piedrola Gil. (2008). *Medicina preventiva y salud pública* (11 th ed.). Elseviver Masson.

Plan estratégico de ciudadanía e integración 2007–2010. (2007). *Gobierno De España.* Recuperado de, http://extranjeros.empleo.gob.es/es/IntegracionRetorno/Plan_estrategico/pdf/PECIDEF180407.pdf

Porras, A., Morillo, B. (2007). Síndrome febril en el niño sano. *Vox Pediátrica, 15*(1), 50-55

Portillo, M., Portillo, R., y Rodrigo, F. (2008). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente.* España. Macmillan Profesional.

Real decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgente para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. (2012). *Boletín Oficial del Estado*. Recuperado 04/2013, de, http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf

Reher, D., Requena, M., y Sanz, A. (2011). ¿España en la encrucijada? consideraciones sobre el cambio de ciclo migratorio. *Revista Internacional De Sociología, 69*(M1), 9-44.

Sadana, R., y Harper, S. (2011). Data systems linking social determinants of health with health outcomes: Advancing public goods to support research and evidence-based policy and programs. *Public Health Rep,* (Suppl 3), 6-13.

Salvador, D. R., Ojeda, E. T., Morales, M. O., Del Pino, M., y López, C. A. (2006). Sociedad actual e inmigración: El reto de la enfermería humanista. *Cultura De Los Cuidados: Revista De Enfermería y Humanidades,* (20), 76-82.

Santos, M. C. L., Pagliuca, L. M. F., y Fernandes, A. F. C. (2007). Teoría humanística: Análisis dimensional del concepto de salud. *Metas De Enfermería, 10*(4), 56-60.

Saumell, C. R., y De Balanzó, X. (2008). Enfermedades importadas en inmigrantes: Mito y realidad. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra, 29*(1) 139-144.

Stronks, K. (2002). Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health: The dutch case. *Scandinavian Journal of Public Health, 30*(59 suppl), 20-25.

Tratado de Amsterdam. (1997). Recuperado 09/2013, de, http://eur-lex.europa.eu/es/treaties/dat/11997D/htm/11997D.html

Tratado de Lisboa. (2009). Recuperado 09/2013, de, http://www.uspceu.es/pdf/servicios/cde/GuiaTratadoLisboa_000.pdf

Tratado de Maastricht. (1992). Recuperado 09/2013, de, http://eur-lex.europa.eu/es/treaties/dat/12002M/pdf/12002M_ES.pdf

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services, 22*(3), 429-445.