

MONOGRAFÍA SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

AUTORA: MÓNICA DOMÍNGUEZ SANTAMARÍA
DIPLOMADA UNIVERSITARIA EN ENFERMERÍA
DIRECTORA: M VISITACIÓN SANCHÓN MACÍAS
Trabajo fin de grado.
Departamento de enfermería.
Universidad de Cantabria.
JUNIO DE 2012

TITULO EN INGLÉS: MONOGRAPH ON THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

RESUMEN

Las desigualdades en salud es uno de los problemas de salud que más preocupa a los responsables de Salud Pública. Las desigualdades sociales en salud han aumentado en los últimos años. Y es previsible que con la crisis económica actual el problema se agudice.

El propósito de este trabajo es hacer una revisión bibliográfica sobre los documentos más importantes en los últimos cinco años sobre determinantes sociales de salud, que son las circunstancias en que las personas viven, condicionadas por los contextos sociopolíticos. Las causas principales de las desigualdades sociales en salud se encuentran en los contextos sociopolíticos que determinan las oportunidades de tener buena salud. Las intervenciones para conseguir la equidad en salud tienen que abordarse desde las políticas intersectoriales.

El sistema sanitario (otro determinante de salud) tiene un papel primordial para avanzar hacia la equidad en Salud, principalmente desde la Atención Primaria por la accesibilidad de los usuarios y por fomentar la participación social.

La enfermera comunitaria tiene una responsabilidad importante en esta visión de la salud condicionada por los determinantes sociales. Está cercana a los usuarios de la Atención Primaria, es responsable de organizar actividades comunitarias, realizar educación para la salud y participar en las políticas locales.

ABSTRACT

Health inequalities is one of the health problems of greatest concern to responsible for public health. Social inequalities in health have increased in recent years. It is expected that with the current economic crisis worsens the problem. The purpose of this monograph is to review literature on the most important documents in the last five years on social determinants of health, which are the circumstances in which people live, conditioned by the socio-political contexts. The main causes of social inequalities in health are in the sociopolitical contexts that determine the opportunities for good health. Interventions to achieve health equity must be addressed from cross-sectoral policies.

The health system (another determinant of health) has a role to advance health equity, mainly from Primary Care by the user accessibility and promoting social participation.

The community nurse has an important responsibility in this vision of health influenced by the social determinants. It is close to the users of Primary Care, is responsible for organizing community activities, conduct health education and participate in local politics.

INDICE:

INTRODUCCIÓN	Pagina 3
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	Pagina 5
1. CAPÍTULO I: CONCEPTOS CLAVE	Pagina 5
a. Determinantes de Salud	Pagina 5
b. Determinantes Sociales de Salud	Pagina 6
c. Desigualdades en Salud	Pagina 7
d. Equidad	Pagina 8
2. CAPÍTULO II: MARCO EXPLICATIVO DE DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD	Pagina 8
3. CAPÍTULO III: PRINCIPALES DOCUMENTOS SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD	Pagina 9
a. A nivel mundial	Pagina 10
b. A nivel europeo	Pagina 11
c. A nivel español	Pagina 12
4. CAPÍTULO IV: DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y LA CRISIS	Pagina 19
5. CAPÍTULO V: DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA	Pagina 21
6. CAPÍTULO VI: DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y ENFERMERÍA	Pagina 26
7. CONCLUSIONES	Pagina 28
8. BIBLIOGRAFÍA	Pagina 30

INTRODUCCIÓN

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en 1978 y patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Socorro Internacional de las Naciones Unidas a la Infancia (UNICEF) se propuso el objetivo “Salud Para Todos en el año 2000”⁽¹⁾.

Al comenzar el siglo XXI, aunque se han realizado bastantes avances en salud, obteniendo resultados positivos, no se ha llegado, ni con mucho, a cumplir este propósito. Ante este objetivo no cumplido de “Salud Para Todos”, la comunidad internacional propuso un nuevo proyecto a alcanzar en 2015: La Declaración del Milenio⁽²⁾; con 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio y 18 Metas, todos relacionados directa o indirectamente con la salud. Estamos ya en el 2012 y no se han cumplido una buena parte de los objetivos, con lo cuál hay pocas expectativas de su plena consecución a corto plazo⁽³⁾.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud (CDSS) en su informe de salud de 2008⁽⁴⁾ señala que en las últimas décadas se ha progresado en muchos campos y el estado de salud de la humanidad ha mejorado más que en los tres milenios anteriores⁽⁵⁾. Sin embargo, nos enfrentamos a la existencia de importantes desigualdades sociales tanto entre países como en el seno de estos, que van aumentando cada vez más⁽⁶⁾.

Estas inequidades sociales producen también desigualdades en el estado de salud y existen muchas investigaciones que lo avalan: cuanto más pobre se es, peor salud se tiene, y cuanto más rico se es, se tiene mejor salud.

Las causas de estas desigualdades sociales las sitúa en la distribución desigual, en el mundo y en los estados de poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera.

Por ello se plantea en el terreno de la investigación que es necesario un cambio conceptual y metodológico basado en pasar de preguntarnos acerca de los determinantes sociales de la salud, a cuestionarnos acerca de los determinantes políticos de los propios determinantes sociales⁽⁷⁾.

El hecho es que en la salud no influye tanto como pensamos el Sistema Sanitario, ya que se ha visto que los países ricos que emplean presupuestos elevados en el sistema sanitario, no han conseguido resultados proporcionales al dinero invertido, puesto que hay otras causas que influyen en la salud de la población: los determinantes sociales⁽⁸⁾.

¿Por qué destacar los determinantes sociales? Porque repercuten directamente en la salud, porque permiten predecir la mayor proporción de la varianza del estado de salud, estructuran los comportamientos relacionados con la salud e interactúan mutuamente en la generación del estado de salud⁽⁶⁾.

Desde hace unos años el campo de los Determinantes Sociales de Salud ha ido acaparando mayor atención en el mundo, sobre todo desde la creación en 2005 de la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud, que ha instado a los países a incorporar políticas que disminuyan las diferencias sociales y a tomar medidas con el objetivo de alcanzar una igualdad efectiva en salud.

Desde la UE también se han dado pasos y se ha motivado a los distintos países pertenecientes a adoptar políticas (y no solo en el terreno de la Salud Pública) que mejoren las condiciones sociales de los más desfavorecidos. También en España, sobre todo a partir del 2010, año en que asumió la presidencia europea y dieron prioridad a la reducción de las desigualdades, se ha potenciado el trabajo en este terreno.

Como enfermera que trabaja en Atención Primaria me interesa todo lo que pueda influir en la salud de la población, ya que las intervenciones de enfermería comunitaria deberían estar orientadas a ello. En la declaración de Alma Ata, que favoreció el movimiento en pro de la Atención Primaria de Salud, quedan claros los valores defendidos: justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad⁽⁹⁾.

Por ello, me parece interesante profundizar en estos principios en los que se enmarca la Atención Primaria y en los que se debe basar mi trabajo. Palabras como “equidad” y “acceso” de la población, que he escuchado tanto durante el tiempo de formación y trabajo, adquieren un sentido mucho más amplio para mí después de elaborar esta monografía.

Los objetivos de esta monografía son:

1. Realizar una revisión bibliográfica del panorama en cuanto a los Determinantes Sociales de Salud en los últimos cinco años y más específicamente en España.
2. Definir y describir conceptos básicos en cuanto a Determinantes Sociales de Salud:
 - a. Determinantes de Salud
 - b. Determinantes Sociales de Salud
 - c. Desigualdades Sociales y sus características.
 - d. Equidad
3. Describir el Modelo sobre Determinantes Sociales de Salud de la Organización Mundial de la Salud
4. Explorar como pueden afectar la crisis económica actual en la salud de la población en España.
5. Explicar el papel de la Atención Primaria en el abordaje de los Determinantes Sociales de Salud.
6. Analizar la responsabilidad de la enfermera frente a los determinantes sociales de Salud.

El trabajo se divide en cinco capítulos: en primer lugar, se describen los conceptos más importantes para situar al lector. Se analizan los determinantes de salud, y a continuación los Determinantes Sociales de Salud responsables de las desigualdades en salud, para acabar explicando lo que se entiende por equidad.

En segundo lugar, se desarrolla el modelo explicativo que he escogido sobre Determinantes Sociales de Salud de la Organización Mundial de la Salud, al cuál se hará referencia a lo largo de todo el trabajo.

En tercer lugar, se presenta el análisis de la bibliografía encontrada en la revisión, profundizando en los documentos más importantes por su entidad institucional y por su impacto en el mundo de la investigación. El análisis se realizará desde tres niveles: mundial, europeo y español. Se describen los documentos que se consideran más influyentes en el campo de los Determinantes Sociales de Salud en cada nivel en los últimos años.

El cuarto capítulo tratará de la crisis en España y de su impacto en los Determinantes Sociales de la Salud. Se analizará como pueden afectar los recortes motivados por la crisis económica que estamos viviendo, y se valorarán sus consecuencias sociales y en la salud.

El quinto capítulo tratará del papel de la Atención Primaria (AP) en la atención a los Determinantes Sociales de Salud. La Atención Primaria tiene una serie de funciones que pueden ser relevantes para influir en los Determinantes Sociales de

Salud, como facilitar la accesibilidad ya que es la primera puerta de entrada a los ciudadanos, la participación con la población y de la población, pues desde su labor comunitaria puede colaborar con asociaciones e instituciones para mejorar los Determinantes Sociales de Salud y promocionar la salud de la población a la que atiende.

El sexto capítulo tratará de la responsabilidad y posible influencia de la enfermera sobre los Determinantes Sociales de Salud, ya que nuestro trabajo es muy cercano (sobre todo el de la enfermera comunitaria) a la población y nuestra influencia sobre los Determinantes Sociales de Salud puede ser mayor que la de otros profesionales sanitarios.

ESTRATEGIA DE BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

He realizado las búsquedas a través de Internet básicamente con palabras clave como “Determinantes Sociales de Salud” y “Social Determinants of Health”, “Atención Primaria” y “Primary Health Care”, “Desigualdades en Salud” y “Inequities in Health”. He utilizado siempre el booleano “AND”. A través del metabuscador de la biblioteca Universitaria de Cantabria <http://www.buc.unican.es/> y la biblioteca Marquesa de Pelayo <http://biblioteca.humv.es/> he accedido a buscadores como Cochrane Plus, Dialnet, Cuiden, Pubmed o Rebiun.

También he hecho uso de páginas web como la de la Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/es/>, el Observatorio de Desigualdades de Salud <http://www.ods-ciberesp.es/>, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria <http://www.sespas.es/> y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad <http://www.msps.es/>.

También he realizado una búsqueda físicamente en la biblioteca universitaria de Cantabria, con menos resultados que por Internet.

He empleado la búsqueda indirecta utilizando la bibliografía de unos artículos para buscar otros. Y también he utilizado el google académico.

La información que he obtenido ha sido muy amplia, unos trescientos artículos: artículos variados con temas generales sobre los determinantes sociales o desigualdades, o más concretos sobre determinantes sociales específicos (sexo, raza, edad, nivel económico...). Finalmente me he quedado con ciento cincuenta y dos, de los cuales me he leído el resumen, y muchos documentos enteros.

También he encontrado muchos informes institucionales (publicados por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Sanidad por ejemplo), y libros en pdf.

He seleccionado la información desechando artículos anteriores al 2007, y aquellos que no tenían información pertinente (de otros países sin influencia en España, de temas muy concretos que no interesaban).

1. CONCEPTOS CLAVE Y MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD:

DETERMINANTES DE SALUD:

Es el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

Según Lalonde son⁽¹⁰⁾:

- **Biología** (condicionada por la herencia genética): Variables personales y no modificables entre las que destacan la edad y el sexo.
- **Los estilos de vida** (o conductas de salud). Por ejemplo consumo de drogas, sedentarismo, alimentación saludable...
- **Medio ambiente**: factores físicos, químicos, biológicos, socioculturales, psicosociales, económicos...
- **Sistema de asistencia sanitaria**: Se concreta a través de su calidad, cobertura, acceso y gratuidad.

Benach y Muntaner en su libro "Aprender a mirar"⁽²⁾ destacan que los determinantes sociales juegan un papel decisivo en la salud colectiva y que por parte de los profesionales de la salud, prácticamente no se valoran. Los mismos autores señalan que con este modelo, (el de Lalonde) las verdaderas causas de las enfermedades (que son las sociales) desaparecen y que esta es la ideología dominante en la sociedad actual.

"La visión social más común, la ideología sanitaria dominante, indica que el origen de las enfermedades radica en tres grupos principales de causas: la biología y la genética, los hábitos o conductas personales, y el uso de los servicios sanitarios..." (Pág.95)

Además Benach y Muntaner dicen que los determinantes sociales no implican tanto al individuo produciéndole enfermedad sino que más bien son un asunto colectivo. *"Un gran número de gente expuesta a un pequeño riesgo puede generar muchos más casos de enfermedad que un número pequeño de gente expuesta a un gran riesgo"* (Pág.31) por eso tienen tanta importancia los Determinantes Sociales de Salud, por ello vamos a pasar a aclarar ese concepto:

DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD:

Los Determinantes Sociales de Salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder, y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas⁽¹²⁾.

Wilkinson y Marmot en el documento que elaboraron "Los Hechos Probados"⁽⁸⁾ analizan determinantes sociales que condicionan la salud, tanto estructurales como conductuales: la pendiente social, el estrés, los primeros años de vida, la exclusión social, el trabajo y el desempleo, el apoyo social, la adicción, los alimentos y la práctica del ejercicio, el transporte...demostrando a través de una revisión bibliográfica y con la colaboración de investigadores ingleses (pioneros en este tema), la extraordinaria susceptibilidad de la salud ante el entorno social.

Hoy en día se ha invertido mucho dinero en la investigación del genoma humano centrándose esta en combatir enfermedades específicas que afectan al *individuo*, y desde algunos ámbitos de la investigación se oyen voces⁽¹³⁾ resaltando la importancia de las causas comunes de la mala salud que afectan a las *poblaciones*, que son ambientales y que aparecen y desaparecen con mucha mayor rapidez y con intervenciones más eficientes, eficaces y económicas que los cambios genéticos.

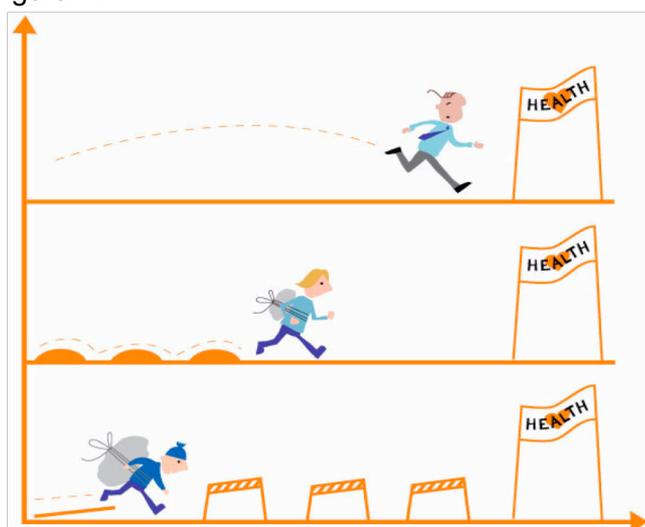
En definitiva, desde el punto de vista de la salud, es mejor prevenir actuando sobre las causas ambientales de las enfermedades de la población que curar individualmente invirtiendo en el sistema sanitario basado en lo curativo.

DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD:

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente⁽¹⁴⁾.

Como puede apreciarse en la figura 1 las personas más desfavorecidas tienen más barreras para la 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.

Veamos unos rasgos básicos sobre las desigualdades en salud que la investigación ha permitido desvelar⁽²⁾:

1. Son ubicuas: Abarcan todas las áreas, como un zoom, desde los continentes, países, regiones, ciudades, barrios y se manifiestan a través de diversos indicadores que se pueden estudiar, tasas de mortalidad, tasas de morbilidad, peores hábitos de vida relacionados con la salud, menor utilización de los servicios sanitarios a igual necesidad...
2. Son enormes: Muestran una gran magnitud. Quienes viven en una posición económica privilegiada tienen mucha mejor salud que la población más desfavorecida, superando al efecto del tabaquismo.
3. Son graduales: A medida que descendemos en la escala social, en el nivel de riqueza, de educación, la salud también empeora gradualmente. Es decir, personas que no sufren pobreza, por estar situadas por debajo de otras en la escala social, tienen más riesgo de enfermar. Las investigaciones recientes dicen que lo que más influye en la salud son las desigualdades relativas, es decir, en comparación con el contexto en que se hallan, no las absolutas o mundiales⁽¹⁵⁾.
4. Persisten y van en aumento. Los ricos tienen más facilidad para aumentar su riqueza y los más desfavorecidos para descender en la escala social. En

definitiva, la sociedad cambia y las enfermedades varían y los servicios sanitarios mejoran, pero el gradiente de diferencias en salud injustas y evitables aumentan.

5. Son adaptativas. Los grupos sociales más privilegiados se benefician antes y en mayor proporción de las acciones e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud. Es decir, el uso y calidad de la asistencia sanitaria varía en sentido inverso a las necesidades de la población.

Las desigualdades o inequidades en salud son el resultado de la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. La evidencia científica señala que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas⁽¹³⁾.

EQUIDAD:

La desigualdad se define a partir de la igualdad, ya que es su contrario. ¿Y qué es la equidad en salud? Comporta que todas las personas deben de “*tener una oportunidad justa de lograr el pleno desarrollo de su salud*” (Pág.430) o, dicho de otra manera, nadie debe ser discriminado en su intención de alcanzar ese objetivo. Por tanto llegamos a la definición de desigualdad en salud como aquellas diferencias en salud que son innecesarias, injustas y evitables⁽¹⁶⁾.

Los objetivos de la equidad generalmente insisten en la justicia del modo en que se distribuyen en la población los recursos y las cargas y se reducen las injusticias en esa distribución⁽¹⁷⁾. La equidad en salud debe estar en el centro de todas las políticas.

Según la bibliografía más moderna el concepto tradicional de equidad definida a partir del acceso al sistema sanitario debe corregirse o ampliarse para incorporar las desigualdades injustas de salud que se producen antes de que los enfermos lleguen al sistema sanitario⁽¹⁸⁾.

2. MARCO EXPLICATIVO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD:

En los últimos años se han publicado varios modelos para crear marcos que faciliten el análisis de los determinantes sociales y el diseño de intervenciones.

El modelo creado para la Organización Mundial de la Salud por Solar e Irwin divide en dos bloques los aspectos que se relacionan con los determinantes de salud: Los determinantes estructurales de las desigualdades de la salud y los determinantes intermedios de la salud⁽¹⁹⁾. (Ver figura 2)

1. Determinantes estructurales:

Son aspectos relacionados con el contexto social y político, y se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estructura social y a la distribución de poder y recursos dentro de ella⁽¹³⁾ Incluyen la tradición política de los gobiernos y sus políticas macroeconómicas, sociales (mercado, vivienda, educación, bienestar social), la cultura y los valores sociales.

Las características de este contexto socioeconómico y político influyen en la posición social que las personas ocupan según su status, género y etnia, y

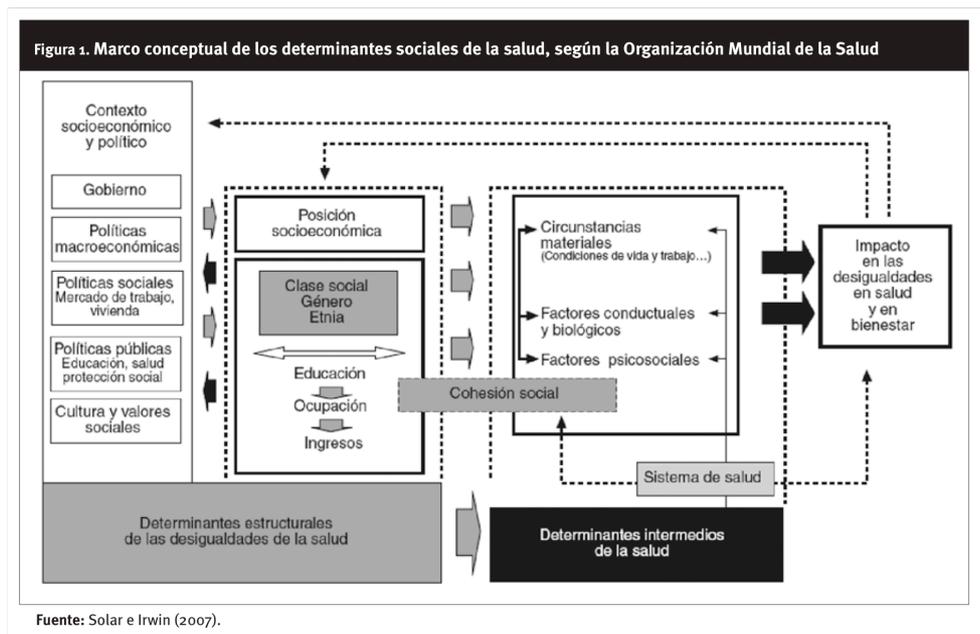
además según su educación tendrán una ocupación que influirá en sus ingresos. Estos aspectos son ejes de desigualdad social.

2. Los determinantes intermedios:

Vienen preestablecidos por los determinantes estructurales, y entre éstos se encuentran las circunstancias materiales (condiciones de vida y trabajo), los factores conductuales, biológicos y psicosociales como redes sociales, el estrés y la percepción de la vida propia o hábitos de vida (adicciones, dieta, ejercicio físico...).

También hallamos aquí los sistemas de salud, que aunque contribuyen muy poco a la generación de las desigualdades en salud, un menor acceso a los servicios de salud y menor calidad de los mismos para los grupos sociales menos favorecidos pueden repercutir en unas peores consecuencias de los problemas incidentes en la salud y bienestar⁽²⁰⁾.

Otro punto interesante es la cohesión social, hay investigaciones que apuntan ésta como factor protector ante las desigualdades en salud. Una importante característica que comparten las sociedades con un menor grado de desigualdad es su cohesión social. Los individuos más proclives a implicarse en actividades colectivas y voluntarias y una vida comunitaria rica desarrollan mejor salud⁽¹⁵⁾



3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD, ESPECIALMENTE EN ESPAÑA:

En este capítulo se hará una descripción general de los documentos que creo más relevantes en torno a los determinantes sociales durante los últimos cinco años. Se realizará desde una perspectiva mundial a una perspectiva más cercana como es España y sus comunidades autónomas. Se describirán con más profundidad ciertos documentos clave.

a) A nivel mundial:

Como ya se ha comentado en la introducción, la Organización Mundial de la Salud es un referente mundial en cuanto a temas de Salud, y, con respecto al tema que nos implica, ha desarrollado en el 2005 una Comisión de Determinantes Sociales de Salud, con el fin de que ofreciera asesoramiento sobre como mitigar las inequidades persistentes en el mundo y cada vez mayores. Esta comisión, entre otras misiones, se ha dedicado a elaborar un informe **“Closing the Gap in a Generation”** publicado en agosto de 2008⁽⁶⁾.

El informe evalúa el impacto de los determinantes sociales de la salud, y realiza recomendaciones para atajar las causas de la desigualdad (la distribución de poder, recursos y riqueza) con el objetivo de mejorar las condiciones de vida diarias y lograr la equidad en salud.

Se insiste en el informe en un enfoque multidisciplinario, incluyendo a todos los sectores de la sociedad desde la política. El informe pide medidas a los gobiernos y los que elaboran políticas, a las organizaciones internacionales y a la sociedad civil.

El informe incluye tres recomendaciones generales:⁽²¹⁾

1. *“Mejorar las condiciones de vida diarias”*. Incide sobre todo en la importancia del desarrollo saludable en la infancia y los efectos de un desarrollo pobre durante toda la vida, también en la planificación urbana para mejorar las condiciones de vida de la gente. Da importancia al medioambiente: ecología, al empleo, medio en el que se vive, y a los sistemas de protección social. Con respecto al sistema sanitario pone el acento en la Atención Primaria como herramienta para llegar a todos y de acceso universal.

2. *“Abordar la distribución desigual de poder, dinero y recursos”*. Responsabilizar a las altas instancias gubernamentales de la acción en pro de la salud, equidad y lograr que todas las políticas contribuyan a ese fin, fortaleciendo también la financiación pública, ayudando con el 0,7 del Producto Interior Bruto (PIB), reforzando el papel del estado en la prestación de servicios básicos (agua, saneamiento) y haciendo que se regulen bienes y servicios perjudiciales para la salud (tabaco, alcohol). Otros puntos importantes son promover la igualdad de género, incrementar la inversión en programas de salud sexual, asegurar la participación justa de los individuos en la toma de decisiones relativas a la salud. Convertir la equidad sanitaria en un objetivo de desarrollo mundial.

3. *“Evaluar y comprender el impacto de la acción”*. Medir y analizar el problema y evaluar los efectos de las intervenciones, disponiendo de sistemas de seguimiento sistemático determinantes sociales. Promover la investigación, sensibilizar a profesionales y a la población.

Tanto la creación y trabajo de la Comisión de Determinantes por parte de la Organización Mundial de la Salud, y sobre todo el informe de la misma publicado en 2008 han conseguido tener repercusión en distintos ámbitos. A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud ha hecho llamar la atención de Estados, la Unión Europea, estudiosos e investigadores de muchos países, profesionales sanitarios (los dos últimos días internacionales de la enfermería han tenido un

lema relacionado con los determinantes sociales), organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

La Organización Mundial de la Salud ha seguido trabajando y la **62ª Asamblea Mundial de la Salud** (en el 2009) trató sobre “*Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud*”⁽²²⁾, instando a los estados miembros a luchar contra las inequidades sanitarias.

También destacar trabajos resultantes a nivel mundial y en la misma línea que la Organización Mundial de la Salud pero acordados desde la Organización de Naciones Unidas (ONU): los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** y dentro de éstos las metas del milenio, que tocan también, aunque de manera no tan directa, los Determinantes Sociales de Salud.

b) En Europa:

“**Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud**”⁽²³⁾ y “**Estrategias Europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud**”⁽²⁴⁾ son dos documentos publicados por la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud en 2006 que tiene la intención de crear herramientas y líneas estratégicas útiles que ayuden a los países a abordar la cuestión de equidad en salud. Los contenidos del primer documento establecen las líneas básicas para hablar sobre determinantes de salud, explicando conceptos básicos como desigualdad, justicia, inequidad... También establecen diez principios para la acción política, que pueden motivar a los países y ayudarles a trabajar en torno a la búsqueda de la equidad. Las estrategias que proponen para reducir las desigualdades son: centrarse en la población que vive en la pobreza, reducir la brecha de salud y reducir las desigualdades en toda la población.

El segundo documento se dedica a analizar las causas de las desigualdades y la magnitud del problema con ejemplos concretos de Europa. Propone una estrategia macro política, otras multisectoriales (no solo de Salud Pública), otras de integración social y comunitaria, otras para facilitar estilos de vida orientados a la equidad.

En Europa se ha investigado mucho en torno a este tema. Ciertos países van por delante de España. En especial hay países como Inglaterra y Finlandia que han tenido especial sensibilidad por los determinantes sociales y que aventajan al resto de países en investigación, intervenciones y evaluación de las mismas⁽²⁵⁾.

La Unión Europea se sigue preocupando por este tema, y como ejemplo, durante el 2011 ha editado una publicación titulada “**Reducir las desigualdades en materia de salud en la Unión Europea**”⁽²⁶⁾ analizando factores que influyen en las desigualdades en materia de salud a través de ciertos indicadores como la esperanza de vida. Se examina también el papel de los determinantes de la salud, prestando especial atención al “gradiente social”, es decir, a la dimensión social que existe en casi todos los factores que influyen en el estado de salud.

Este documento explica también las actuaciones contra las desigualdades de salud de los estados miembros. Al parecer todos los Estados Miembros se han comprometido a disminuir las desigualdades en salud, y se ha creado un proyecto

titulado **“Determine”** (<http://www.health-inequalities.eu/>) para recopilar información de los Estados miembros sobre las estrategias para abordar las desigualdades en salud.

Con este espíritu fue puesto en marcha el Proyecto **SHARE**⁽²⁷⁾, con el objeto de realizar un estudio sobre la Salud, el Envejecimiento y la Jubilación en Europa. Y tiene como objetivo diseñar una base de datos de microdatos, multidisciplinar e internacional, sobre salud, situación socioeconómica y redes sociales y familiares de unas 22.000 personas mayores de 50 años que viven en Europa.

También en octubre del 2009 la Comisión Europea adoptó una Comunicación titulada: **“Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades de salud en la UE”**⁽²⁶⁾ en la que dan mucha importancia a la supervisión de los indicadores de desigualdad, a impulsar el apoyo europeo en la investigación de desigualdades en materia de salud y a la realización de auditorias políticas para determinar su impacto en la reducción de las desigualdades en salud.

Desde la UE. se emplean fondos en política de cohesión para abordar los desequilibrios regionales (por ejemplo el plan Urban del que se han beneficiado muchas ciudades más deprimidas), también en política agrícola común para facilitar unos precios de consumo razonables. La política de desarrollo rural de la UE apoya el desarrollo de servicios y, en zonas rurales, actividades y asistencia socio sanitaria. El programa de salud de la UE financia redes de acción, iniciativas e innovaciones políticas en Salud Pública. El Fondo Europeo para la Integración de Nacionales de Terceros Países apoya medidas para facilitar la integración del inmigrante. También tiene fondos destinados a la investigación.

c) En España:

Los documentos más interesantes encontrados en España sobre Determinantes Sociales de Salud se han desarrollado a partir del 2010 puesto que una de las prioridades de Ministerio de Sanidad y política Social para la Presidencia española de la Unión Europea en el 2010 es la “Innovación en Salud Pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en Salud”. Esto le dio un impulso a la equidad en salud tanto en la investigación como en la agenda política.

Antes de ese año la investigación ha sido más tímida, pero desde 1993 se ha ido teniendo en cuenta este tema por parte del Ministerio, ya que se nombró una Comisión Científica de Estudios en las Desigualdades en Salud, que realizó un informe sobre desigualdades en 1996. En 2008 se nombró también un grupo multidisciplinar (Comisión Nacional de Desigualdades en Salud) con el objetivo de elaborar una propuesta de intervenciones para reducir las desigualdades en salud en España⁽²⁴⁾.

El resultado de estas propuestas es el documento **“Avanzando hacia la equidad” Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España**⁽¹⁴⁾.

Para elaborarlo la Comisión de Desigualdades Española revisó evidencia, experiencias y opiniones de expertos. También fueron básicos los documentos elaborados por la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud que hemos analizado antes del 2006.

Según este documento para caminar hacia la equidad son necesarias las siguientes medidas:

1- Implantar organismos políticos y técnicos que sostengan esta prioridad.

2- Obtener datos y establecer sistemas de vigilancia para estudiar la evolución de las desigualdades y el impacto en las políticas. La monitorización, la investigación y la difusión de resultados son claves para el desarrollo y evaluación de las políticas.

3- Impulsar intervenciones sanitarias y de Salud Pública que reduzcan las desigualdades.

4- Establecer alianzas para impulsar las políticas para reducir las desigualdades en salud que se desarrollan fuera del sector salud: "salud en todas las políticas"

En un primer lugar hace una revisión de las desigualdades en España. Al parecer, las Comunidades Autónomas más inquietas en el estudio de inequidades han sido Andalucía, Cataluña y País Vasco.

Los ejes de desigualdad analizados son la posición socioeconómica, el género, el territorio (hay una diferencia de tres años de esperanza de vida dependiendo de dónde se viva) y la inmigración.

Los estudios revisados a raíz de la elaboración de este documento refieren que las desigualdades sociales entre hombres y mujeres y clases sociales se traducen en más morbilidad y mortalidad, y que están aumentando los factores de riesgo como la obesidad relacionados con una clase social más baja.

También se hace hincapié en la importancia de reducir las desigualdades desde la infancia, ya que las oportunidades de una buena salud durante toda la vida son mucho menores.

En principio, con relación a la inmigración, no parece que haya resultados de mortalidad y morbilidad desfavorables pero si es un sector de riesgo que puede acabar con el tiempo padeciendo algún trastorno mental.

En este documento se extraen también las actuaciones destacadas de las estrategias de países europeos en cuanto a Determinantes Sociales de Salud, que nos pueden servir de referencia a España⁽²⁸⁾.

También se analizan ciertas intervenciones sobre los distintos ejes de desigualdad que se han llevado a cabo en España, desde las Comunidades Autónomas, el Estado, ayuntamientos, proyectos de Cáritas...

Una vez analizado el estado actual comienza a dar sus recomendaciones.

Presenta 27 recomendaciones principales y 166 específicas, divididas en cinco apartados:

1- La distribución del poder, la riqueza y los recursos:

- i. Consolidar compromiso político con la acción intersectorial sobre los Determinantes Sociales de Salud (salud y equidad en todas las políticas).
- ii. Financiación justa y gasto público para la equidad (adoptar políticas fiscales que reduzcan las desigualdades de renta y pobreza)
- iii. Poder político y participación; fomentar la participación y representación de todos los grupos sociales en la toma de decisiones

- que afectan a la salud
- iv. Buena gobernanza mundial; conseguir acuerdos internacionales con impactos positivos en la equidad en salud.
- 2- Condiciones de vida y trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital: (infancia, vigilancia y evaluación; investigación; docencia):
- i. En la infancia calidad y cobertura en la educación y accesibilidad económica.
 - ii. En el trabajo fomentar contratación fija, salarios dignos, trabajo en el sector de la dependencia, fomentar el acceso a la mujer y compaginación de vida laboral y familiar, regular los derechos en sectores menos protegidos.
 - iii. En el envejecimiento garantizar unas pensiones mínimas e impulsar el desarrollo pleno de la ley de dependencia. Mejorar la respuesta sanitaria a la dependencia con mejores servicios de rehabilitación, sociosanitarios y de atención domiciliaria, residencias, centros de día...
- 3- Entornos favorecedores de la salud:
- i. Entornos físicos acogedores y accesibles; que se tenga en cuenta en la planificación de entornos y de espacios urbanos la evaluación del impacto en la salud, y la participación de la ciudadanía, favoreciendo la movilidad, la calidad ambiental, áreas verdes, etc.
 - ii. Acceso a una vivienda digna; fomentando políticas de alquiler asequible, viviendas de protección oficial...
 - iii. Entornos favorecedores de hábitos saludables, impulsar planes comunitarios de reducción de las desigualdades con la participación de la ciudadanía, los profesionales de los servicios sanitarios y sociales. Planificando estrategias sistemáticas para garantizar escuelas seguras, que promuevan valores saludables (ejercicio, sexualidad, alimentación, prevención de consumo de drogas...)
- 4- Servicios sanitarios (un sistema sanitario que no causa desigualdad): universalidad, Ley de la Dependencia, mejorar acceso a ciertas prestaciones sanitarias a población con menos recursos (salud bucodental, ayudas visuales y auditivas, tratamiento antitabaco....)
- 5- Información, vigilancia, investigación y docencia : Establecer una red de vigilancia, dedicar presupuesto a la investigación sobre desigualdades sociales en salud, incorporar esta área en el pregrado y postgrado en carreras de ciencias de la salud.

En España también hay que destacar otros artículos de actualidad interesantes, sobre todo surgen a partir de 2010:

“La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010” de Carme Borrell y Davide Malmusi⁽¹³⁾.

Es un artículo publicado en la gaceta sanitaria perteneciente al informe SESPAS 2010, que hace una descripción del panorama español en cuanto a la investigación sobre los Determinantes Sociales de Salud.

La **Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria** (SESPAS)⁽²⁹⁾ es una entidad con personalidad jurídica propia que tiene como misión contribuir a la mejora de la salud y los servicios de atención sanitaria de la población española. Por lo tanto, es una sociedad científica con una clara vocación de actuación social y sanitaria, articulando su actuación en varias dimensiones:

- a) a través de la promoción del conocimiento científico y el desarrollo profesional de la Salud Pública
- b) a través de la creación de foros de encuentro e intercambio entre los distintos ámbitos y perspectivas que configuran la moderna salud pública
- c) a través de la abogacía por problemas sociales y sanitarios, tanto hacia grupos vulnerables que acumulan desventaja social y sanitaria, como a problemas y riesgos de salud particularmente importantes.

Entiende la salud pública y la administración sanitaria en un amplio contexto de disciplinas, y desde una perspectiva de colaboración e integración de las aportaciones de cada una de ellas para avanzar en los principales problemas y retos que plantea la salud de nuestra sociedad y nuestros conciudadanos. Y también defendemos una Salud Pública con dimensión global o planetaria, plenamente solidaria con otros pueblos de la Tierra, y consciente de que los problemas de Salud Pública no se detienen ni respetan las fronteras políticas o geográficas entre países o continentes.

En el momento actual 3.600 socios están integrados en **SESPAS**; y 11 sociedades científicas multidisciplinares forman parte de ella.

Una vez explicado lo que es SESPAS se describe el artículo que se publicó en el informe del 2010.

Enlaza muy bien con una de las recomendaciones que dio la Comisión de Determinantes sociales de Salud de la Organización Mundial de la Salud en su informe final del 2008⁽⁶⁾: *“Evaluar y comprender el impacto de la acción. Medir y analizar el problema y evaluar los efectos de las intervenciones, disponiendo de sistemas de seguimiento sistemático determinantes sociales. Promover la investigación, sensibilizar a profesionales y población...”*

Sus autoras denuncian en él que la mayoría de la financiación destinada a la investigación en salud es fundamentalmente biomédica, y argumentan que si se centrara en los determinantes sociales sería bastante más eficaz, pues consideran que el potencial de mejora de la salud interviniendo sobre estos últimos podría superar al de los avances en la asistencia sanitaria⁽¹³⁾.

Describen los marcos conceptuales sobre Determinantes Sociales de Salud, centrándose sobre todo en el propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la Organización Mundial de la Salud.

Se detienen a describir cómo se debería desarrollar la evidencia sobre desigualdades en salud basándose en la Organización Mundial de la Salud. Los principios que propone la OMS son los siguientes:

1. Adoptar un compromiso sobre el valor de la equidad. La igualdad en salud es la ausencia de diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos.

2. Utilizar una aproximación basada en la evidencia, lo que es importante para avanzar en la investigación y para poner en marcha intervenciones.
3. Utilizar metodologías diversas: Cuantitativas y cualitativas, y equipos de investigación multidisciplinares
4. Se puede investigar desde distintos enfoques:
 - a. Describiendo desigualdades que afectan a toda la población (hay un gradiente de salud y enfermedad entre las distintas clases sociales)
 - b. Comparando los grupos menos privilegiados y los más privilegiados.
 - c. Analizando la población más vulnerable.
5. Intentar identificar los mecanismos causales de cómo operan las desigualdades en salud.
6. Describir adecuadamente las estructuras y las dinámicas sociales. Se deben tener en cuenta los ejes de desigualdad existentes, como sexo, raza o clase social. Estos ejes tienen en común que dependen del contexto y son dinámicos, que no son construcciones biológicas, sino sociales, que implican relaciones de poder y dominación, y que tienen sentido a nivel macro estructural como micro estructura o psicosocial y que se expresan en la sociedad y en el individuo.
7. Explicitar los sesgos. Por ejemplo, los valores políticos pueden influir en diversos aspectos.

Una vez descritos estos principios fundamentales sobre investigación en Determinantes Sociales de Salud, habla de cómo está el tema en España en cuanto a producción científica:

Se subraya la poca inversión en investigación en comparación con los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que aunque ha progresado no lo ha hecho al ritmo de los demás. El desarrollo en investigación y desarrollo en España está lejos del objetivo del 3% establecido por el Consejo de Europa.

Analizan la producción científica a través del MEDLINE de 1995 a 2008 y concluyen que tanto en todo el mundo como en España la producción científica que incorpora la perspectiva de desigualdades en salud es muy minoritaria, sobre todo comparándola con la genética.

También el presupuesto destinado a investigación en desigualdades en salud es reducido, y es necesario redefinir prioridades en investigación en salud y aumentar el presupuesto en las desigualdades.

En el 2010 también hay otro artículo interesante que analiza **“La cartera de servicios de Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud: La aportación de la Administración general del Estado”** de Joan R Villalví y otros⁽³⁰⁾.

En él se explica la aportación de la Administración general del estado a la Salud Pública, sobre todo en cuanto a la monitorización del estado de salud y sus determinantes, gestionando diversos sistemas de información y alerta, también hablan del papel de la Administración como mediador entre las Comunidades Autónomas y la Unión Europea que está influyendo en la Salud Pública y en el desarrollo de políticas.

Otro artículo del informe SESPAS 2010 que apunta claves para el desarrollo en el campo de los Determinantes Sociales de Salud es: **“Trabajando hacia una Salud Pública sostenible mediante la interrelación de lo ambiental y lo social”** de Pecuruluml Botines, Mireia; de Peray Baiges, Josep Lluís⁽³¹⁾ en el que apuntan cómo se puede trabajar para mejorar la salud desde la perspectiva de la Salud Pública. Las claves que dan son varias:

1. Ir a las causas de los problemas de salud, detectando y reduciendo las injusticias sociales, desde una perspectiva intersectorial y apoyada en el conocimiento que se tiene de los Determinantes Sociales de Salud.
2. La participación ciudadana en la elaboración, desarrollo y evaluación de políticas sociales y ambientales para detectar y abordar las desigualdades sociales de salud.
3. La interdisciplinariedad de diferentes comunidades de conocimiento y de prácticas.
4. La coordinación y colaboración de políticas sectoriales para asegurar su efectividad
5. Prevención de la enfermedad mediante la adopción de estilo de vida saludables.

En este artículo también se describen experiencias prácticas que ya se están llevando a cabo en varios países europeos como consejos y grupos de investigación interdisciplinarios y alianzas entre servicios sanitarios, agencias de medio ambiente y la sociedad civil. Según sus autores en España hace falta aún experiencias que integren todas las áreas de intervención en la promoción de poblaciones y entornos saludables. También echan en falta investigaciones y estudios coste-beneficio cuyos resultados articulen un cambio en la sanidad pública actual.

En el 2012 ha publicado la SESPAS un nuevo informe muy interesante y relevante y se centra en la Atención Primaria (AP), por ello, haré referencia a alguno de sus artículos en el capítulo sobre Atención Primaria.

Las comunidades según la bibliografía más dedicadas a la investigación científica son País Vasco⁽¹⁴⁾ En los últimos años se han dedicado a la Evaluación del Impacto en Salud (EIS)⁽³²⁾. Es una iniciativa impulsada por el Departamento de sanidad, que implica a todos los niveles: Autonómico y Local Impulsada por el Departamento de Sanidad e involucra distintos sectores como Urbanismo, Empleo, Vivienda, Transporte o Consumo.

El EIS es una herramienta útil para incorporar la salud en las políticas sectoriales. Son métodos que permiten juzgar los efectos potenciales de una intervención en la salud de una población, y su distribución entre los diferentes grupos que la componen. De carácter predictivo, sirve de ayuda a la toma de decisiones, porque proporciona recomendaciones, basadas en pruebas, para

minimizar los efectos negativos sobre la salud, maximizar los positivos y reducir el impacto en las desigualdades en salud de las intervenciones no sanitarias.

En el año 2005 el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco inició el desarrollo de la EIS en el marco del objetivo de reducir las desigualdades sociales en salud, incluido en el Plan de Salud 2002- 2010. El primer paso del proceso ha sido el cribado sistemático y han publicado las conclusiones en un artículo ahora en el 2012 que presenta el procedimiento de recopilación y tipificación de las políticas públicas no sanitarias planificadas en la octava legislatura del Gobierno Vasco. Esta fase les ha permitido conocer con mayor detalle la naturaleza de la planificación política no sanitaria en Euskadi como medio para avanzar en la incorporación de la perspectiva de la salud en todas las política⁽¹⁴⁾.

Valencia y Barcelona tienen una producción bastante grande de evidencia científica en torno a los Determinantes Sociales de Salud, desde las universidades y organismos como la Agencia de Salud Pública de Barcelona, Institut d'Investigació Biomèdica, entidades relacionadas con economía... Como ejemplo me refiero a un documento encontrado sobre una Jornada organizada en Barcelona en el 2010 sobre Determinantes Sociales de Salud.⁽³³⁾

Andalucía también destaca en su producción. En esta Comunidad Autónoma, se siguen de cerca las directrices de la Unión Europea y el Plan Andaluz de Salud Pública (2003-2008) incluye entre sus líneas prioritarias la mejora de la salud desde los entornos sociales y la reducción de las desigualdades en salud. El Plan contiene propuestas referidas al aumento de cobertura de los programas o a la población excluida o vulnerable (minorías étnicas, inmigrantes, mujeres, etc.)⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾. También desde la Escuela Andaluza de Salud Pública (empresa pública dependiente de la Consejería de Sanidad Andaluza) se promueve la investigación sobre Determinantes Sociales de Salud.

Otro proyecto que desarrolla y gestiona dependiente de la Consejería de Salud, conocido como "Observatorio de Salud en Europa" (OSE)⁽³⁶⁾. Desarrolla las estrategias y los instrumentos de difusión de conocimiento sobre la UE y salud que le permiten obtener, difundir y aplicar información sobre las políticas, programas y decisiones que en el ámbito de la Unión que afectan a los sistemas sanitarios públicos de nuestro país y específicamente al Servicio Andaluz de Salud sobre varios ámbitos, entre ellos los Determinantes Sociales de Salud.

También hay una Red Andaluza de Salud Pública, que facilita la formación, información, e investigación sobre temas de Salud Pública. Por ejemplo lleva 12 años organizando una jornada sobre desigualdades sociales y salud.

También resaltar que se ha realizado por parte de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía un informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía⁽³⁷⁾.

En España es importante, en cuanto a investigación sobre Determinantes Sociales de Salud, el **Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)**⁽³⁸⁾ que centra sus actividades en dos aspectos clave: conocer la magnitud y la distribución de los problemas de Salud Pública e identificar los factores determinantes de los mismos para evaluar la efectividad y la eficiencia de las intervenciones, ya sean estas desde el ámbito de las políticas públicas o de las implementaciones prácticas de prevención y resolución. Está al amparo del Instituto de Salud Carlos III que es otro organismo que impulsa la investigación en Determinantes Sociales de Salud en España.

4. CRISIS ACTUAL, DETERMINANTES SOCIALES Y SALUD:

La crisis actual que está viviendo España con recortes en las diversas áreas políticas probablemente afecte negativamente a la salud. Existen estudios y experiencias que ponen de manifiesto que el gasto social de un país se relaciona con la salud de la población⁽³⁹⁾. Como muestra, en muchos países de Europa central a principios de los años 90 redujeron su gasto público en salud y ello contribuyó a un importante retroceso de la esperanza de vida⁽⁴⁰⁾.

Si analizamos los efectos que puede tener la crisis según el modelo de Determinantes Sociales de Salud que estamos utilizando de la Organización Mundial de la Salud:

1. En cuanto a los determinantes estructurales:

En estos últimos meses estamos siendo testigos de cambios en las políticas públicas que nos van a afectar de alguna manera.

a) En el área de educación: Aumento de la ratio por aula, aumento de número de horas lectivas a los profesores⁽⁴¹⁾. Descenso de la cuantía y número de becas para universitarios, y aumento de las tasas. En las comunidades autónomas, despidos de interinos, retirada de subvención a AMPAS y otras asociaciones de educación no formal...

b) En el área de sanidad: Habrá que pagar parte de las prótesis ambulatorias, transporte sanitario no urgente, parte de la medicación en muchos casos, solo se atenderá a los indocumentados en caso de urgencia, embarazo o infancia, y en las comunidades autónomas como Cataluña ya vienen haciendo recortes de personal hace tiempo⁽⁴²⁾.

c) En el área Laboral: La reforma que facilita el despido⁽⁴³⁾ y ERES en la empresa. Los ajustes económicos, por tanto, están incrementando notablemente el desempleo, lo cuál, produce una falta de control sobre la vida de las personas y sus familias que puede afectar negativamente a la salud.

Todas estas políticas públicas y sociales afectarán más a las personas con peor posición socioeconómica, según algunos autores como Vicent Navarro aumentando las diferencias, por ejemplo en sanidad, los recortes hacen más daño a los de clases sociales más bajas y los de clases sociales más altas siempre tendrán la sanidad privada. La sanidad pública, según este autor perderá calidad y hará que el gasto en el sistema sanitario privado sea mayor⁽⁴²⁾.

Así mismo, estas políticas, afectarán más a las minorías étnicas. Por ejemplo, las mujeres inmigrantes indocumentadas que trabajan en el hogar en muchas ocasiones en situación de explotación, no tendrán derecho a la atención sanitaria, pueden tener alguna enfermedad mental que ha de ser controlada (frecuente cuando se vive en situación de estrés) que va a dejar de serlo a partir de julio del 2012.

En el terreno educativo, si la educación pública va perdiendo calidad, tendrán más oportunidades los que se puedan pagar una educación más individualizada, con una ratio menor y llegarán a la universidad no los más capaces si no los más pudientes.

Los recortes, por tanto, se harán más evidentes en los principales ejes de desigualdad. Así, las diferencias de género, en cuanto a clase social, y las razas se verán afectadas, o se están ya viendo afectadas. En las familias donde ha llegado el paro, las mujeres van a buscar trabajo fuera de casa (en otras casas). Se está viendo también más trabajo sumergido, lo cual conlleva unas condiciones de trabajo peores y sin derecho a bajas o seguridad social. El paro ha afectado a un número importante de inmigrantes que trabajaban en la construcción y muchos

se están volviendo a su país y otros intentan sobrevivir sin recursos. Los ingresos son menores para una gran cantidad de españoles, por paro, reducción de sueldos y encarecimiento de ciertas cosas como impuestos, luz, agua, gasolina...

Todo esto influirá a su vez en otras áreas que se explican a continuación:

2. En cuanto a los determinantes intermedios:

a. Las circunstancias materiales:

i. Las condiciones de vida y trabajo han empeorado, el paro que sigue aumentando a pasos agigantados tiene consecuencias en todas las áreas. No solo el paro si no la precariedad laboral se ha demostrado que es un riesgo para la salud, se relaciona con problemas de salud mental, alcohol y accidentes laborales, aumento de consumo de tabaco y problemas familiares, el estrés es mayor, y este está asociado a una muerte prematura⁽³⁹⁾.

ii. El acceso a la vivienda es difícil, el pago de las hipotecas es complicado, los pensionistas mantienen a sus hijos y nietos, y a veces les tienen que acoger en sus casas.

iii. Para los ancianos, entonces, la crisis es obstáculo para el envejecimiento saludable, el desarrollo de la ley de la Dependencia se ve obstaculizado, los recursos se reducen, menos ayudas sociales.

iv. Los niños especialmente vulnerables a los efectos de la crisis, son los que van a sufrir toda la vida su vulnerabilidad dante la desigualdad, ante menos oportunidades en educación ante el sufrimiento y estrés vivido por sus familias.

v. También hay menos inversión en mejora del entorno urbano y rural, lo que no facilita avanzar en espacios más saludables.

b. Factores conductuales y biológicos y psicosociales: Las condiciones macroeconómicas pues, tienen un gran impacto negativo en la salud, causando, a menudo mayor grado de estrés y conductas peligrosas, como beber y fumar. Esto puede afectar negativamente a la salud y provocar enfermedades como depresión, accidentes o problemas en el sistema inmunológico⁽²⁵⁾. También se sabe que pueden provocar un incremento de la mortalidad por suicidios⁽³⁹⁾.

c. El Sistema Nacional de Salud, constituye un valioso capital social puesto que sus servicios se utilizan por todos los grupos sociales. Se pone en riesgo si las clases medias lo abandonan por empeoramiento de la calidad y la cobertura de los servicios. Perder la universalidad y equidad de nuestro sistema sanitario sería aumentar las desigualdades en salud⁽⁴¹⁾.

3. La cohesión social

a. Las asociaciones que aportan cohesión social, con los recortes recibirán menos subvenciones, con lo cuál puede que alguna desaparezca y haya menos posibilidades de que realicen actividades.

b. Actividades que se realizaban desde ayuntamientos y mancomunidades y desde asociaciones de vecinos, de mujeres, etc... y que posibilitaban el contacto entre personas se verán reducidas por no tener presupuesto para ellas.

c. En conclusión, la cohesión social que es un protector contra las desigualdades en salud puede disminuir⁽¹⁵⁾. Al aumentar las desigualdades sociales aumenta la conflictividad social y se reduce la cohesión social.

La SESPAS ante la crisis propone unas recomendaciones:

1. Valorar información científica disponible sobre el impacto predecible en la salud antes de tomar la decisión de llevar a cabo ninguna otra medida

política que pueda afectar a la salud y a la equidad en salud de la población española.

2. Tener en cuenta las consecuencias a medio y largo plazo presentando especial atención a la población infantil, y a las poblaciones más desfavorecidas.

3. Necesidad de evaluar políticas de ajuste del gasto público que ya se han realizado, en términos de sus consecuencias para la salud y equidad (sobre todo en cuanto a salud mental)

4. Necesidad en un mundo globalizado de plantear estos temas a nivel internacional.

5. La necesidad de aprovechar la situación de crisis para mejorar el buen gobierno, la transparencia y la eficiencia en el sector público en general y el sector sanitario en particular.

Y sobre todo avanzar en la implementación de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad que se refleja en el informe “Avanzando en Equidad”⁽¹⁴⁾.

También apoya una “guía de actuación pública” realizada por la Asociación de Economía de la Salud en el que se recomiendan unas medidas para seguir disfrutando de un “SNS eficaz, equitativo, solvente y menos vulnerable ante futuras crisis”⁽⁴³⁾(Pág. 1)

Proponen en resumen:

- Eficiencia y equidad en el gasto; consumir con sentido los servicios sanitarios.
- Dejar de financiar servicios de mala calidad o con pocos beneficios
- Reinvertir en la salud en todas las políticas de forma transversal, mediante la evaluación del impacto en salud que se espera de ellas.
- La potenciación de la Atención Primaria y la integración clínica son claves para abordar eficientemente la complejidad y la cronicidad
- Revitalización ética: Transparencia, rendición de cuentas. Uso responsable por parte de los ciudadanos.
- Buen gobierno para reformar y regenerar el SNS.

No obstante según la OMS en uno de sus informes dice que muchas medidas de políticos bien informados pueden ser impopulares (por ejemplo reducir gastos hospitalarios y potenciar las medidas de políticas con efectos sobre la salud). Otras decisiones pueden tener poca visibilidad y su rédito político puede ser escaso. Y en momentos de crisis normalmente se infravaloran las actividades cuyos beneficios, como los relacionados con la protección del medio ambiente, o el desarrollo infantil temprano, se acumulan en periodos de 20 o 40 años, y se valoran más las actuaciones que reporten unos beneficios a corto plazo.

5. LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS DETERMINANTES SOCIALES

El sistema de salud es uno de los Determinantes Sociales de Salud⁽⁴⁴⁾ y aunque no es el que más afecta ni por si solo puede reducir las desigualdades sociales en salud, no debe desestimarse su potencial contribución a ese objetivo.

La Atención Primaria (AP) es un medio excelente para trabajar sobre los Determinantes Sociales de Salud, ya que tiene una visión integral avanzada de la salud, otorgando un valor esencial a la equidad sanitaria.

Como ya hemos visto, la declaración de Alma Ata se refiere implícitamente a

los determinantes sociales. Según Solar e Irwin la acción sobre los Determinantes Sociales de Salud cabe más en un modelo de Atención Primaria integral que en un modelo medicalizado y tecnológico que promueven las políticas neoliberales.⁽⁴⁵⁾

La Atención Primaria parte del sector sanitario y se extiende a otros sectores.

Hay un documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud “Informe sobre la salud en el mundo 2008” que según la propia organización complementa al informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud. Se titula “*La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca*”⁽⁹⁾

Las ideas más relevantes de este documento en relación a los Determinantes Sociales de Salud:

1. El articular el sistema sanitario (un Determinantes Sociales de Salud) con los valores de la Atención Primaria en pro de la salud para todos requiere que los sistemas de salud pongan a la persona en el centro, teniendo en cuenta a los ciudadanos y sus expectativas y necesidades en aras al diseño y funcionamiento de los servicios de salud.

2. Un sistema sanitario que luche contra la desigualdad, intentando lograr la justicia social y la equidad ha de dar prioridad a la cobertura universal.

3. El sistema sanitario que no funciona es el que está centrado en la atención terciaria (hospitalocentrismo), tiene los servicios fragmentados y la atención sanitaria mercantilizada.

4. Las reformas en pro de la mejora de la salud de las comunidades deben integrar las intervenciones en Salud Pública y en Atención Primaria. Según este documento la agenda de promoción de salud abarca muchas cuestiones, aparte de combatir y prevenir enfermedades infecciosas, también trata de riesgos ambientales, inocuidad de alimentos, riesgos laborales, entorno social que afecta a la salud y la calidad de vida.

5. La Atención Primaria tiene que tener como objetivo la equidad, y para ello debe canalizar los recursos de la sociedad en torno a la necesidad y expectativas de la población y políticas públicas que garanticen la salud de las comunidades.

6. Las causas principales de las desigualdades sociales en salud son ajenas al sistema sanitario por ello la Atención Primaria no es la única respuesta, también la política sanitaria y de otros sectores, pero el sector de la salud puede adoptar medidas importantes para que la equidad sanitaria progrese desde dentro, avanzando a hacia el acceso de todos a los servicios de salud.

7. Ven fundamental la medición de las inequidades y la vigilancia sistemática, para hacer progresar la agenda de la Atención Primaria y para adaptar el sistema sanitario a la situación socioeconómica y poblacional. “*La Atención Primaria es la forma de organizar la prestación de atención sanitaria de modo que se oriente no sólo a mejorar la equidad sanitaria, sino también a satisfacer las otras necesidades y expectativas básicas de la población.*”(Pág. 40)

8. La integralidad, la continuidad y la centralidad de la persona que proporciona la Atención Primaria son fundamentales para conseguir mejorar los resultados sanitarios y sociales. La Atención Primaria combina de forma eficaz la promoción, prevención, cuidados y asistencia uniéndolos en el punto de interacción entre la población y el sistema de salud.

9. Según la Organización Mundial de la Salud, la Atención Primaria tiene elementos transversales comunes a todos los países y valiosos a nivel mundial para extraer enseñanzas y comprender como impulsar las reformas para su máximo desarrollo. La realidad de los países es muy diversa pero la Atención

Primaria se puede adaptar a cualquier realidad. Hace ver que hay poca investigación sobre los servicios de salud que podría reflejar mejor lo que resulta positivo para la salud de la población. También incide en la formación de los profesionales como necesidad para que el sistema sanitario vaya mejorando hacia la equidad.

Este tema está tan de actualidad que se ha tratado este año en el informe SESPAS 2012, concretamente en un artículo escrito sobre determinantes sociales y Atención Primaria⁽⁴⁶⁾ que coincide con el informe sobre Atención Primaria de la Organización Mundial de la Salud en que la Atención Primaria es idónea para reducir las desigualdades por varias razones:

- Igualdad en el acceso
- Atención proporcional a las necesidades
- El trabajo conjunto con otros sectores

En el artículo de Ildelfonso Hernández se realiza una revisión bibliográfica y se recoge una síntesis de las propuestas de actuación desde Atención Primaria para contribuir a la equidad efectiva en salud.

Se remarca en el artículo varios puntos importantes:

- 1- Se alaba *el acceso universal y gratuito de nuestro Sistema Nacional de Salud*, pues significa que las barreras en acceso al sistema sanitario se eliminan.
- 2- Un abordaje integral de las desigualdades sociales es fundamental, no se puede mejorar la salud sólo desde el sistema sanitario.
- 3- Se ha demostrado que los sistemas de salud basados en la Atención Primaria y con universalidad de acceso son modelos que contribuyen a la equidad en salud.
- 4- La Atención Primaria a través de su vertiente comunitaria tiene un papel relevante para abordar los Determinantes Sociales de Salud y las desigualdades en salud.

El objetivo de este documento es promover la generación de conocimiento ausente, suscitar el debate u impulsar intervenciones en la práctica.

Las propuestas que los autores invitan a potenciar en todos los ámbitos (ciudadanos y comunidad, equipo de Atención Primaria, centro y área de salud, y nivel local, política de Salud) se presentan en cinco líneas de intervención que son: información para la acción, participación social, capacitación, intersectorialidad y reorientación de la atención a la salud.

Como son muchas las propuestas, las más relevantes son:

1. Ciudadanos y comunidad:

En lo que respecta a la comunidad se considera necesario incluir el eje de equidad en las comunicaciones públicas sobre salud por los actores implicados. Así mismo se ve necesario el empoderamiento individual y comunitario, es decir, hacer uso de las capacidades de la persona y de la comunidad para el

autocuidado y la participación en las decisiones sobre su salud.

Otro punto importante que considera Ildelfonso es aumentar la formación para asegurar conocimientos y habilidades individuales y colectivas para desplegar el control sobre los determinantes sociales, es decir, potenciar la alfabetización sanitaria.

También es fundamental progresar en la orientación comunitaria de la Atención Primaria fomentando la participación de los profesionales en actividades y dinámicas interdisciplinarias de acción comunitaria.

2. Equipo de Atención Primaria:

Según el autor de este artículo sería muy positivo incluir sistemáticamente las variables sociales en la historia clínica, además de suscitar y difundir conocimientos científicos sobre posición socioeconómica y los resultados sanitarios y sobre su mejora en el contexto asistencial.

Otra propuesta que hace es recopilar información sobre los recursos locales, organizaciones voluntarias de relevancia para los usuarios y recursos sociosanitarios, así como colaborar con los agentes sociales locales.

Se considera interesante informar y divulgar los derechos del paciente y sobre derechos de asistencia. También potenciar el desarrollo de los roles de enfermera y farmacéutico, poco explotados y potenciar la formación del personal sobre los DSS y conocimientos prácticos y aplicables. Esta propuesta nos lleva a generar materiales formativos que muestren la contribución a la efectividad clínica y social de la incorporación del eje de equidad a la atención sanitaria

Es importante fomentar el trabajo con otros sectores (educación, servicios sociales, consejerías, ayuntamientos) y conocer el contexto y los Determinantes Sociales de Salud del área geográfica atendida. Identificar grupos que no acceden y facilitar su cobertura.

3. Centro de Salud

Una propuesta primordial es conocer las necesidades de la población, y a la misma población en cuanto a los ejes de desigualdad, con encuestas e indicadores.

También es importante evaluar al centro de salud en cuanto a equidad con auditorias, ver si se ha incorporado la equidad de forma transversal a todas las áreas.

Otro punto es desarrollar órganos de participación intersectorial, incentivando a los profesionales y usuarios a participar. Reducir barreras administrativas y asegurar que no existan desigualdades en la cartera de servicios ofertada.

El autor también propone potenciar la implicación de los profesionales en la calidad de los servicios públicos con especial énfasis en la eliminación de desigualdades y proporcionar servicios adaptados a la población con especial atención a grupos en situación de vulnerabilidad.

Otra propuesta es garantizar condiciones de trabajo dignas y justas a los

profesionales.

4. Política de Salud

En cuanto al terreno político se propone la monitorización y la visibilización de las desigualdades de salud y de Determinantes Sociales de Salud, potenciando la investigación, también analizar el impacto de las políticas sanitarias en la equidad en salud, y vigilar la inclusión de la equidad entre los criterios de acreditación de la calidad.

Otra propuesta es potenciar grupos orientados a la salud, no solo a la enfermedad.

En cuanto a la formación; incorporar Determinantes Sociales de Salud a la formación pregrado, grado y postgrado, y mejorar las capacidades de gestión de técnicos y autoridades sanitarias, también crear órganos y políticas intersectoriales para abordar la salud, y sobre todo fomentar la cobertura universal, y desaconsejar el copago como instrumento para paliar problemas de financiación de la atención por su impacto negativo en la equidad.

EL establecimiento de condiciones estructurales que permitan la reorientación de la Atención Primaria y dotar de recursos es imprescindible.

Luis Palomo, Joan Gené y Juan José Rodríguez Sendín en otro artículo de este informe, hablan que la reforma de Atención Primaria no ha desarrollado plenamente sus capacidades, refieren que en el nivel de la mesogestión se proponen *“medidas que favorezcan la accesibilidad; sistemas de pago que equilibren la captación, desempeño y capacidad resolutive; mejorar la integración de los recursos sociales y sanitarios: comprometer activamente a los profesionales con los objetivos de calidad y eficiencia del sistema sanitario; y finalmente incorporar más contenidos clínicos, preventivos y de colaboración con la comunidad”*⁽⁴⁷⁾. (Pág. 15)

Según el artículo introductorio del informe SESPAS 2012, la existencia de un sistema nacional de salud, de cobertura universal y con escaso copago es parte del entorno que determina la salud del individuo y de la colectividad⁽⁴⁶⁾

También hace referencia a la dimensión comunitaria o poblacional de la Atención Primaria, y, que por tanto, “reconoce” los determinantes sociales y ambientales de salud. Su propio funcionamiento, en España y otros países con un sistema nacional de salud, está vertebrado sobre la atención a individuos y familias que pertenecen una comunidad-población dada.

Asimismo destacan que en el trabajo comunitario intervienen muchos sectores, pero la Atención Primaria y la Salud Pública son los actores principales y los que más influyen en la sensibilización de otros sectores y de abogacía por la salud.

Destacan también el trabajo de los profesionales de la salud en conjunto y colaboración con los de otros sectores para potenciar la salud de la comunidad.

6. LA RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMERÍA SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD.

Cuestión de Ética

La responsabilidad en cuanto a la salud, después de todo lo visto, no es solo del individuo, si no de las condiciones sociales que le rodean.

Por ello, la atención sanitaria y las intervenciones médicas, son menos importantes para la salud comunitaria de lo que se pueda suponer. Durante la primera mitad del siglo XX la mortalidad en Inglaterra y Gales disminuyó debido, sobre todo, a las intervenciones salubristas y de higiene personal, como mejorar el agua, nutrición, alimentos...⁽⁴⁷⁾

Esto nos recuerda a Florence Nightingale, que fue una de las precursoras en intervenir sobre los Determinantes Sociales de Salud, ya que mejoró la salud de muchas personas cuidando el medio físico donde se encontraban, con limpieza, ventilación, aire... Y también fue pionera en el estudio epidemiológico sobre la población, informando acerca de condiciones sanitarias en zonas rurales y utilizando la estadística para ver el resultado de las intervenciones. Finalmente, Nightingale destacó la importancia de la promoción

La enfermería tiene papel y mucho en los Determinantes Sociales de Salud, y está de total actualidad. No hay más que mirar la temática de los dos últimos Días Internacionales de la Enfermería (DIE): Resolver la Desigualdad. En estos días internacionales se aportan unos materiales para que sean trabajados por los profesionales en los que muestran la importancia de los factores sociales⁽⁴⁸⁾⁽⁴⁹⁾.

Según los documentos preparados para trabajar el Día Internacional de la Enfermería 2011 la enfermera puede ampliar el acceso y aumentar la equidad.

El Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería menciona cuestiones sobre Determinantes Sociales de Salud:

- *“La enfermera fomenta un entorno en el que se respetan los derechos humanos, los valores, las costumbres y las creencias espirituales de cada familia y comunidad”*

- *“La enfermera comparte con la sociedad la responsabilidad de iniciar y favorecer la actuación para satisfacer la necesidad de salud y social del público, en particular la de las poblaciones vulnerables”*

- *“La enfermera, al actuar a través de la organización profesional participa en la creación y el mantenimiento de condiciones de trabajo seguras, socialmente equitativas y económicas en la enfermería.”*

También en el Código Deontológico se apremia a las enfermeras a incluir en el plan de estudios referencias a los derechos humanos, la equidad, la justicia y la solidaridad como base para acceder a los cuidados y a sensibilizar a los estudiantes sobre la importancia de la acción social en los problemas actuales⁽⁵⁰⁾.

Según la Comisión de los Determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud, *“las enfermeras y demás profesionales de salud tienen una importante función que desempeñar para conseguir la equidad en la salud, y ello es vital para desarrollar una fuerte comprensión de la manera en que el sector de salud puede actuar para reducir las desigualdades de la salud”*⁽⁴⁾

Cuestión de Formación:

Es importante formar a la enfermera en cuanto a su influencia en los Determinantes Sociales de Salud, sensibilizando de la importancia que tiene trabajar sobre ellos y preparando para tener contacto con todo tipo de pacientes: razas distintas, clases sociales distintas, discapacitados, trabajadores de todo tipo... Siendo capaces de dispensar cuidados accesibles que fomenten la equidad y estén libres de discriminación.

La enfermera que trabaja en Atención Primaria, o, dicho de otra forma, la enfermera comunitaria tiene responsabilidad más directa sobre los Determinantes Sociales de Salud. Por ejemplo, cabe mencionar las capacidades que debe

poseer la enfermera comunitaria con el nuevo desarrollo de las especialidades en España: ⁽⁵¹⁾

- a) *Analizar la situación de salud de la comunidad y planificar y desarrollar programas de promoción de la salud comunitaria.*
- b) *Planificar y desarrollar programas de educación para la salud en la comunidad.*
- c) *Diseñar, ejecutar y evaluar programas de vigilancia epidemiológica.*
- d) *Fomentar y gestionar la participación comunitaria.*
- e) *Establecer una comunicación efectiva con instituciones, servicios comunitarios y con los diferentes niveles de atención de los servicios de salud.*
- f) *Planificar y desarrollar acciones sobre la salud medio ambiental.*
- g) *Colaborar con otros especialistas y profesionales en los programas de salud en los entornos laborales de la comunidad.*
- h) *Conoce el sistema de información, seguimiento y control de accidentes laborales y enfermedades profesionales*

Ciertamente la enfermera está cerca de la población. En su trabajo de Atención Primaria puede elaborar y llevar a cabo programas de trabajo con la población (Institutos, Colegios, Asociaciones de Mujeres) y otras intervenciones dentro del centro de salud (grupos para dejar de fumar, adelgazar, control de diabetes, menopausia)...

Analizando la organización del Sistema Nacional de Salud en España, se ve que formar enfermeras profesionales mejora la calidad de los cuidados y los costos organización⁽⁵²⁾. En muchos países de la UE se ha apostado en la planificación sanitaria por las enfermeras, sin embargo en España, la proporción médico-enfermera en Atención Primaria es bastante desequilibrada ya que la dotación de enfermeras es aún bastante baja con respecto a los facultativos.

A las enfermeras les queda mucho por desarrollar y es importante por ello que haya más número de enfermeras, pues la escasez lleva a que se centren sobre todo en el trabajo que antiguamente realizaba en ATS en Atención Primaria. Para ello también es importante la formación.

Cuestión de investigación:

La enfermera "ocupa una posición única" para conseguir que los pacientes estén bien informados, también por su experiencia de la atención y la comunicación directa que tienen con los pacientes y la confianza que comparten pueden elaborar protocolos de investigación de manera que asegure la participación y representación adecuadas de todos los grupos de la población.

La enfermera está bien situada, además, para facilitar información importante sobre el contexto y sobre diferentes sistemas, grupos y asociaciones

Es importante también que las enfermeras empiecen a desempeñar una función en el ámbito de la política general y hacer que su voz se incluya en el análisis, la defensa y la investigación, especialmente en los sectores de la prestación y la reestructuración de los servicios de salud.

La práctica basada en la investigación, o mejor dicho, en pruebas, es imprescindible para obtener unos cuidados eficaces, y un acceso de calidad. Hoy, los sistemas de salud en todo el mundo están siendo puestos a prueba por las desigualdades de la calidad y cantidad de los servicios y por los cada vez menores recursos económicos.

La adopción de decisiones correctas basadas en la investigación puede ahorrar tiempo y dinero⁽⁵¹⁾.

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista sanitario, si queremos mejorar la salud de la población, nos hemos de fijar en los Determinantes Sociales de Salud y en las Desigualdades Sociales ya que influyen en ella mucho más de lo que influyen otro tipo de factores⁽⁵³⁾.

El intervenir a nivel político, por tanto, es fundamental. Es lo más eficaz para disminuir las Desigualdades Sociales en Salud. Además es importante no sólo intervenir en Salud Pública, si no hacerlo desde todas las políticas públicas. Los Determinantes Sociales de Salud requieren intervenciones multidisciplinares.

Por tanto, tenemos que hablar de cambiar ciertos conceptos, como el de equidad en salud, tan ligado al de acceso al Sistema Sanitario. Hay que ampliarle para incorporar las desigualdades injustas de salud que se producen antes de que los enfermos lleguen al sistema sanitario. Sería muy positivo que, los profesionales de la salud y la sociedad misma, nos sensibilizáramos frente a esta preocupación por la justicia social y su relación con la salud, y considerar la equidad en ese sentido más amplio como un tema de bioética.

Según ciertos autores resulta tan importante actuar sobre las diferencias de morbilidad entre individuos con parecidas exposiciones como reducir el riesgo global de los grupos de población en los que se concentran las enfermedades⁽⁵³⁾.

Afortunadamente, desde las instituciones como la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea, y los gobiernos se ha ido trabajando cada vez más en torno a esta idea, de tal manera que se le ha dado progresivamente más importancia a la investigación y monitorización de los Determinantes Sociales de Salud. También está cambiando el concepto antropológico de Salud/ Enfermedad y sus determinantes. Se está pasando de un enfoque reduccionista y biológico de la salud, sobre todo desde el terreno de la investigación y la práctica sanitaria, a comprender que en el proceso salud / enfermedad influyen más de lo que pensamos la calidad y condiciones de vida⁽⁵⁵⁾.

No obstante decir que en eso hay unos países más avanzados que otros. Concretamente España está avanzado en ciertos temas, como tener un sistema sanitario con acceso universal. Pero según ciertos investigadores, le queda mucho por potenciar en investigación sobre Determinantes Sociales de Salud⁽¹³⁾

Se está progresando aunque lentamente, pues existen barreras como la incoherencia entre políticas sociales y económicas⁽⁵⁶⁾. Una dificultad añadida que puede retrasar el avance hacia la equidad en salud es la crisis que se está viviendo en algunos países. Probablemente la inversión en Políticas Sociales se detenga o se recorte, lo que tendrá como consecuencia un aumento de las Desigualdades en Salud y un empeoramiento de la salud de la población.

La Atención Primaria de Salud tiene unas características idóneas para contribuir a la reducción de las Desigualdades en Salud, puesto que a ella accede toda la población, pone a la persona en el centro y le facilita la participación en el sistema sanitario y social. También desde la Atención Primaria se puede trabajar conjuntamente con otros sectores, por ejemplo a nivel de política local, que pueden contribuir a cambiar.

Se ve necesario que la formación de los profesionales sanitarios potencie esta visión para ser conscientes de la importancia de los Determinantes Sociales de Salud, trabajar en la medida que se pueda desde el ejercicio de la profesión en reducir las desigualdades y no culpabilizar al paciente por no cuidarse lo suficiente, ya que, en muchos casos es víctima de sus condiciones de vida.

Entre los profesionales está la enfermera, sobre todo la comunitaria, que también tiene responsabilidad en el desarrollo de su profesión. ¿Cómo?: Puede hacer mucho más de lo que piensa:

- En primer lugar tratando de dar acceso a pacientes que quizá no aparezcan con tanta frecuencia por el Centro de Salud, estando atenta a sus condiciones de vida, laborales, económicas, en definitiva sociales, sabiendo que las personas de estratos más bajos hacen menos uso de los servicios sanitarios, siendo en general quienes más lo necesitan.

- También con su participación en la comunidad, a través de la potenciación de grupos (diabéticos, menopausia, tabaco, reducción de peso...), ya que pueden generar cohesión social y así “proteger” a las personas frente a su condición social.

- Dando educación para la salud en colegios, institutos, asociaciones... tratando de influir en las condiciones de vida desde la infancia.

- En la política local, a través de los órganos de participación de la Administración Local. Puede denunciar situaciones medioambientales adversas para la salud, o ser motor de acciones que beneficien el medio en el que viven los usuarios del centro de salud...

En conclusión, se puede hacer mucho más de lo que parece desde el ámbito de la enfermería. Sería necesario tenerlo en cuenta en la formación de la enfermera, sobre todo en este momento de debate en la profesión, en el que se está definiendo las funciones dentro de cada especialidad de enfermería, y se están creando los límites para no invadir campos que no son propios de cada especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la salud. Declaración de Alma- Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: Organización Mundial de la Salud; 1978. Disponible en:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
2. Organización de Naciones Unidas. Cumbre de Milenio. Asamblea General. 8.a Sesión Plenaria. Resolución A/RES/55/2. Nueva York: ONU; 2000 [consultado en Febrero/25/2012]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
3. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Como la desigualdad social daña nuestra salud, El viejo topo.2005
4. Organización Mundial de la Salud. Subsanan la desigualdad en una generación. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS; 2008
5. Martín U, Bacigalupe A. Estructura social y salud en Euskadi: clase social, nivel educativo y lugar de nacimiento como determinantes de la salud. País Vasco. Ararteko. 2007.
6. Organización Mundial de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2005.
http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html consultado en febrero/23/2012.
7. Gil D, Palma M, Ruiz MT, Ortiz MR, Franco A, Stein A, Álvarez-Dardet C. El reto para la salud pública de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un enfoque desde la epidemiología política. Gaceta Sanitaria. 2006, Vol. 20, Num. Supl.3.
8. Wilkinson, R. G. Marmot M. Los hechos probados: los determinantes sociales de la salud. Ed. española, traducción de la 2a de la OMS ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006
9. Organización Mundial de la Salud. La Atención Primaria de Salud Más necesaria que nunca. 2008.
15/01/2012. <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>
10. Rubiales MH, Portillo RM, Rodrigo F, Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente. MacMillan Professional. 2008
11. Organización Mundial de la Salud. Conceptos clave. Consultado el 8 de Mayo 2012.

- http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/index.html
12. Organización Mundial de la Salud. Los determinantes sociales de salud. Consultado el 29/03/2012. http://www.who.int/social_determinants/es/
 13. 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. Gac Sanit. 2010. doi:10.1016/j.gaceta.2010.05.005
 14. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
 15. Urbanos R. De la hipótesis de renta relativa, o de cómo la desigualdad en la distribución de la renta afecta a la salud. Revista: gestión clínica y sanitaria, primavera 2007. Resumen de: Wilkinson R.G. Unhealthy societies: The Afflictions of Inequality, Routledge 1996.
 16. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 1990 (document number: EUR/ICP/RPD 414;http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD_414.pdf, acceso 20 de febrero de 2012).
 17. Consejo Internacional de Enfermas. Resolver la desigualdad: Aumentar el acceso y la equidad. Día internacional de la enfermería 2011. Ginebra. 2011.
 18. Puyol Á. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. Gac Sanit. 2011. doi:10.1016/j.gaceta.2011.08.007.
 19. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2008 Oct [citado 2012 Mayo 29]; 22(5): 465-473. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112008000500012&lng=es
 20. Aldasoro. Et al. "Diferencias de género en el tratamiento de revascularización precoz del infarto agudo de miocardio", . Medicina Clínica. 2007. vol.128, nº 3, pp. 81-85. Social Science & Medicine, vol. 63, nº 3, pp. 829-842.
 21. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación ¿Cómo?. Consultado el 8 de Mayo 2012. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index.html

22. Organización Mundial de Salud, 62º Asamblea mundial de la salud. Ginebra, 18-22 De mayo de 2009. Resoluciones y decisiones.
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf
23. Dahlgren G, Whitehead M. Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población- Parte 1. World Health Organization. 2006. Publicado en España por el Ministerio de Sanidad y política Social. 2010.
24. Dahlgren G, Whitehead M. Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 2. 2006. World Health Organization. Publicado en España por el Ministerio de Sanidad y política Social. 2010.
25. Calvete, A. Et al. "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 Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010; Nº1. 84; 3-11..
26. COM (2011) 567: Reducir las desigualdades en material de salud en la Unión Europea. Comisión Europea, Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2010 ISBN: 978-92-79-15037-1.
<http://cde.uv.es/documents/bibliografia/item/6686-reducir-las-desigualdades-en-materia-de-salud-en-la-ue.html>COM (2009) 567:
27. Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Consultado el 8 de Mayo 2012. <http://www.share.cemfi.es/index.asp?menu=1b>
28. Estrategia Nacional para la Equidad en Salud. Consultado el 3 de Mayo 2012. <http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludyDSS.htm>
29. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Consultada 5 de Mayo 2012. <http://www.sespas.es/sespas.php>
30. Villalbí Et al. "La cartera de servicios de Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud: La aportación de la Administración general de Estado". Revista Española de Salud Pública, vol. 84, núm. 3, mayo-junio, 2010, pp. 247-254. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España
31. Pecurulum Botines M , Peray Baiges, J. Trabajando hacia una salud pública sostenible mediante la interrelación de lo ambiental y lo social. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010;24 (Suppl 1):74–77
32. Esnaola S, Bacigalupe A, Calderón C, Zuazagoitia J, Aldasoro E. Evaluación del

- impacto en la salud del Plan de Reforma Integral de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo; 2008
33. Romano MJ, Álvarez C. Jornadas sobre los determinantes sociales de salud. Documento Resumen de las Ponencias. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona, 27 y 28 de mayo 2010
 34. García-Sánchez I, Avilés Blanco MV, Carrillo Tirado M. Determinantes sociales de las desigualdades en salud en Europa. Granada: Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública; 2007. Informes Estratégicos “La UE y el SSPA”: N°1-2007.
 35. García-Sánchez I, Páez Muñoz E. La evaluación de impacto en salud: nueva herramienta para la toma de decisiones. Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; Informe Estratégico “La UE y el SSPA N° 4–2009”.
 36. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Observatorio de Salud en Europa. Consultado el 14 de Mayo 2012.
Disponible en: <http://www.easp.es/es/content/otras-unidades/ose>
 37. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía. Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. 2008. Editor: Antonio Escolar Pujolar.
 38. Consorcio de Investigación Biomédica de Epidemiología y Salud Pública. Madrid. Instituto de Salud Carlos III. Consultado 14 de Mayo 2012. Disponible en: <http://ciberesp.es/index.php>
 39. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Comunicado de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria: El impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla. 2011.
http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/V09_Crisis_economica_y_salud_SESPAS%20_3_X.pdf
 40. Suhrcke M, Rocco L, McKee M. Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies The state of health in Bangladesh 2007. Health workforce in Bangladesh: who
 41. Real Decreto-ley 14/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes de racionalización del gasto público en el ámbito educativo. BOE. N° 96. 20 de abril 2012.
 42. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la

- sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE nº98. 21 de abril del 2012
43. Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. BOE. Nº36. 11 de febrero 2012.
 44. Navarro V. Prólogo: "Lo que está en juego". En: Benach J, Muntaner C, Tarafa G y Valverde C "La sanidad (y nuestra salud) está en venta". Icaria Editorial. Febrero 2012.
 45. Bernal E, Campillo C, González B, Meneu R, Puig-Junoy J, Repullo JR, Urbanos R. La Sanidad Pública ante la Crisis. Recomendaciones para una actuación Pública sensata y responsable. Asociación de Economía de la Salud. Barcelona. 2011. http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf
 46. Hernández Aguado I, et al. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012.doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.036
 47. Palomo L, Badía J y Rodríguez JJ. La reforma de la Atención Primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):14-19
 48. Hernan Sanz Iglesias F, Clavería Fontán A, Gervas Camacho J, Márquez Calderón M, Alvarez-Dardet C. El futuro del Sistema Nacional de Salud y su piedra angular, la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012, Volume 26, Suplemento 1, Marzo 2012, Pages 3-5
 49. Mckeown T. Record R. G. and Turner R. D. An interpretation of the decline in mortality in England and Wales Turing the twentieth Century. Population Studies 1975; 29: 391- 422.
 50. Consejo Internacional de Enfermeras. Resolver la desigualdad: aumentar el acceso y la equidad. Ginebra. 2011.
 51. Consejo Internacional de Enfermeras. Resolver la desigualdad: de las pruebas a la acción. Ginebra. 2012.
 52. Internacional Council of Nurses 2006. The ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva: Internacional Council of Nurses.
 53. BOE Núm. 157 Martes 29 de junio de 2010 Sec. III. Pág. 57235
<http://www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10364.pdf>
 54. Chapman, J. L., Zechel, A., Carter, Y. H. & Abbott, S. Systematic review of recent innovation in service provision to improve access to primary care. British Journal of General Practice. 2004. 1 de Mayo 2004 54(502): 374–381

55. Pecurull-Botines M, De Peray JL. Trabajando hacia una salud pública sostenible mediante la interrelación de lo ambiental y lo social. *Gac Sanit.* 2010;24(Supl 1):74-7.
56. Ortún V. Salud pública: «a la política rogando y con el mazo dando (en los servicios sanitarios)». *Gac Sanit.* 2007;21(6):485-9.
<http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/GacSanit07.PDF>
57. Benitez Ampudia JC. Calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud y la enfermedad. Una propuesta para la antropología médica. *Gazeta de Antropología*, 2010. Nº 26 /2.
Artículo47.<http://www.ugr.es/%7Epwllac/Welcome2010-2.html>
58. Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Davó Blanes MC, Donat Castelló L, Franco-Giraldo A, Ortiz Moncada R et al . Valoración de los objetivos de desarrollo del milenio mediante la revisión de la literatura científica en 2008. *Rev. Esp. Salud Publica* [revista en la Internet]. 2008 Oct [citado 2012 Jun 04] ; 82(5): 455-466.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000500002&lng=es