

Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria

Ángel Otero Puime y María Victoria Zunzunegui

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

| | |
|--|----|
| Introducción | 88 |
| Determinantes de la salud: del Informe Lalonde al modelo de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud | 88 |
| Marco conceptual de la CDSS | 88 |
| Determinantes estructurales de las desigualdades en salud | 89 |
| Determinantes intermedios. | 91 |
| Exposición, vulnerabilidad y consecuencias de la enfermedad | 92 |
| Influencia de los determinantes sociales en el acceso a la atención sanitaria | 92 |
| Demanda, accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios. | 92 |
| Determinantes sociales asociados a la utilización de los servicios sanitarios | 92 |
| Variables demográficas. Edad y sexo como factores que pueden influir en la atención sanitaria | 93 |
| Variables socioeconómicas. | 94 |
| Valores, creencias y atención de salud. Enfermedad y dolencia | 96 |
| Importancia de las relaciones sociales en la utilización de los servicios sanitarios | 97 |
| Abordaje de las desigualdades sociales en salud y de las desigualdades en la atención sanitaria. | 97 |
| Abordaje intersectorial de la salud | 97 |
| Abordaje desde los servicios sanitarios y sociales. | 98 |

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- El marco conceptual de los determinantes de la salud ha ido cambiando en las últimas décadas en el contexto de la evolución del pensamiento sobre el papel de la salud

pública y del sistema sanitario en el logro de la igualdad en salud entre la población.

- Hoy en día, tras la publicación del informe de la Comisión de los determinantes sociales de la salud de la OMS, publicado en 2008, el concepto de «determinantes de la salud» se identifica con el de «determinantes sociales de la salud».
- El gradiente social basado en la división de la sociedad que genera la diferente posición socioeconómica de los individuos es el determinante central más importante que conduce a la actual distribución desigual de la salud en la población.
- Existen otros estratificadores de la sociedad que también actúan como determinantes estructurales de la desigualdad en salud: raza, género, edad, enfermedad.
- El gradiente social de la salud está desencadenado por una diferente exposición al daño, diferente vulnerabilidad y/o diferentes consecuencias de la enfermedad según se desciende en la escala social.
- La posición socioeconómica del paciente (y su nivel de instrucción), así como su origen étnico, su sexo, la edad o su nivel de instrucción, puede influir en la toma de decisiones de los profesionales sanitarios en el momento de la atención y se asocian a desigualdades en la utilización de los servicios sanitarios.
- Equidad en salud y equidad en la accesibilidad a la atención sanitaria son conceptos diferentes y la superación de las desigualdades en salud no puede entenderse sólo en términos de distribución igualitaria de la atención sanitaria.
- La posición central de la clase social como determinante estructural de las desigualdades hace que la búsqueda de la equidad en salud requiera de la participación de todos los sectores de la sociedad.
- Al propio sistema sanitario le corresponde un papel clave en la superación de las desigualdades en la atención sanitaria.
- Una de las formas de medir la desigualdad en la atención sanitaria es el estudio de los determinantes sociales de la salud asociados a una diferente utilización de los servicios sanitarios que hacen los distintos individuos de la población.
- Desde el propio sistema sanitario deben abordarse directamente que se actúe sobre la organización del sistema y en la relación entre los profesionales sanitarios y los usuarios del sistema.

Introducción

El marco conceptual de los determinantes de la salud ha ido cambiando en las últimas décadas en el contexto de la evolución del pensamiento sobre el papel de la salud pública y del sistema sanitario en la mejora de la salud de la población y en la superación de las desigualdades en salud existentes.

El modelo de Lalonde consolidó el concepto de que el sistema sanitario es uno de los determinantes de la salud junto a otros como la carga genética, los estilos de vida y el medio ambiente.

Tras la publicación del informe de la Comisión de los determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sistema sanitario es uno de los muchos «determinantes sociales de la salud» y no el más importante en el proceso causal de las desigualdades en la salud observadas en la población, que se identifica con la estratificación social de los individuos. Este marco conceptual conlleva a resaltar la importancia de una respuesta intersectorial para poder superar las desigualdades en salud existentes.

La desigualdad en la atención sanitaria que reciben los distintos individuos es sólo una parte de la desigualdad en salud, y desde el interior del propio sistema sanitario existen posibilidades de responder a esa desigualdad en la atención recibida, reflejada en la diferente accesibilidad o utilización de los servicios sanitarios.

En este capítulo se intenta presentar una aproximación al concepto de los determinantes sociales de la salud, un breve análisis de la influencia de esos determinantes en la utilización de los servicios sanitarios y, finalmente, una breve referencia al abordaje para superar las desigualdades en salud y en la atención sanitaria.

Determinantes de la salud: del informe Lalonde al modelo de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud

El modelo de los determinantes de la salud que se difundió en el conocido Informe Lalonde sobre «Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses», publicado por el Ministerio de Sanidad canadiense en 1974, supuso un apoyo pedagógico muy útil para agrupar y describir los diversos factores y condiciones que influyen en el proceso salud-enfermedad, tanto a nivel individual como poblacional. En él se agrupan los distintos determinantes en cuatro grandes apartados: biología humana, estilo de vida, medio ambiente y sistema sanitario.

En el contexto del año 1974, en el esquema de Lalonde se sobreentendía que los determinantes asociados a la *biología humana* (carga genética, desarrollo, envejecimiento, entre ellos) eran poco modificables y que la actuación pública se centraría en los otros determinantes. Desde la perspectiva de este capítulo, que trata de los factores que influyen en la atención que presta el sistema sanitario, es destacable la aportación de considerar al propio *sistema sanitario* como un determinante específico, separado de los otros determinantes. En el informe, y como ejemplos dentro de este grupo de determinantes, se cita, entre otros, la mala utilización de los recursos,

los sucesos adversos producidos por la propia asistencia sanitaria o las listas de espera.

El término *medio ambiente* (o *environment*), utilizado en este modelo como un determinante específico de la salud, se refiere a un concepto amplio y complejo que engloba aspectos diferentes: el medio natural, el medio o entorno creado por el hombre, el medio social o el medio cultural. El concepto *estilo de vida* (y conductas de salud) está muy ligado a las propias características de las personas y de su interacción con el medio en que viven.

Este esquema elemental, propuesto por Laframboise, aunque más ampliamente conocido como «modelo Lalonde», ha contribuido a facilitar la comunicación entre los técnicos, los responsables políticos y la propia población y, sobre todo, ha sido un punto de partida para profundizar en el significado de los distintos determinantes que otros modelos posteriores han recogido.

Junto a este modelo, otros autores han ido desarrollando otros diferentes que persiguen conocer mejor y profundizar en las bases conceptuales de los determinantes de la salud y las relaciones existentes entre ellos, con el objetivo último de facilitar la formulación de políticas e intervenciones encaminadas a la promoción, la prevención o los cuidados de la salud individual y colectiva.

La profusión de modelos distintos, que veces sólo se diferencian en pequeños detalles a la hora de definir este o aquel determinante, y el consecuente debate entre los autores pueden hacer que el estudio de los determinantes de la salud y del contexto histórico en el que se presentan pierda la perspectiva final de que el marco conceptual debe estar dirigido a la acción, a la puesta en marcha de políticas y programas concretos para transformar la realidad observada y mejorar la salud de los individuos y de las poblaciones.



Hoy en día, el concepto *determinantes de la salud* se identifica mayoritariamente con *determinantes sociales de la salud*.

En este sentido, aun reconociendo la importancia del debate y de las distintas aportaciones, en este capítulo se va a utilizar la terminología del marco conceptual de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), contenido en su informe final publicado en 2008. En la bibliografía y el material web aportado se pueden encontrar referencias y accesos a publicaciones a diferentes modelos sobre los determinantes de la salud y sus características, por si el lector quiere profundizar en este tema.

Marco conceptual de la CDSS

La amplia aceptación por la comunidad científica del marco conceptual adoptado por la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) ha hecho que en la actualidad el concepto *determinantes de la salud* se identifique mayoritariamente con *determinantes sociales de la salud*.

Se denominan determinantes sociales de la salud aquellas condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los propios sistemas de salud.

El hecho de que la carga genética, como parte del determinante clásico de la *biología humana*, quepa en el concepto *determinantes sociales* puede resultar criticable, especialmente en esta época en que la genética humana constituye un eslabón clave en la investigación y en el desarrollo de las ciencias de la salud. La orientación a la acción de la CDSS hace aceptable una pérdida de exactitud en algunos términos, e incluso la no utilización de otros en el marco conceptual propuesto (como clase social), con la finalidad de homogeneizar el lenguaje y facilitar la comunicación entre los distintos agentes implicados en la formulación y el desarrollo de políticas de salud (científicos, profesionales sanitarios, políticos, agentes sociales, instituciones, medios de comunicación, grupos, etc.).

Es importante tener presente que la finalidad de la CDSS es la de superar las desigualdades en salud existentes entre los países y en el interior de cada país. Tanto el título como el subtítulo de su informe final son muy clarificadores respecto a sus intenciones y a su apuesta por poner el conocimiento disponible al servicio de la acción: «Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud».

Un esquema del marco conceptual del que parte la CDSS se presenta en la figura 6.1.

Se trata de un modelo conceptual y causal en que el determinante central del proceso que conduce a una distribución desigual de la salud y el bienestar en la población es la *posición social de los individuos* de esa población. Esta división de la sociedad está influenciada por el *contexto socioeconómico y político* en el que vive dicha población. La posición social y el contexto reciben el nombre de *determinantes estructurales*.

Los *determinantes intermedios*, denominados así para resaltar su posición en la cadena causal entre la posición social y las desigualdades en salud, se refieren a las *condiciones materiales de la vida diaria, factores psicosociales, estilos de vida, factores biológicos* y el propio *sistema sanitario*.

En el esquema de la figura 6.1 se señala también que la propia distribución de la salud en la población puede afectar, a su vez, a los determinantes estructurales.

En los siguientes apartados se presenta una descripción más detallada de algunos de los determinantes sociales de la salud enumerados por la OMS. La bibliografía de referencia básica es el citado informe final de la CDSS de 2008 y la última versión del documento de trabajo sobre el Marco Conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud elaborado por O. Solar y A. Irving en 2007. En la página web se facilita el acceso a estos y otros documentos relacionados.

Determinantes estructurales de las desigualdades en salud

Los determinantes estructurales son aquellos que generan o refuerzan la estratificación en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual. En el marco conceptual de la CDSS se identifican la posición social y el contexto sociopolítico y económico.

Posición social

La sociedad está dividida en estratos o clases sociales, en función de una distribución jerárquica del poder, del acceso a los recursos (dinero) y del prestigio entre los individuos que la componen. Las condiciones que provocan esa división son de varios tipos y se conocen como *estratificadores sociales* (tabla 6.1).

Tabla 6.1 Principales estratificadores de la posición social

| |
|-------------------------|
| Posición socioeconómica |
| Educación |
| Ocupación |
| Ingresos |
| Género |
| Raza/etnia |
| Edad* |
| Enfermedad* |

*Estos estratificadores sociales no se recogen en el Marco Conceptual de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud.

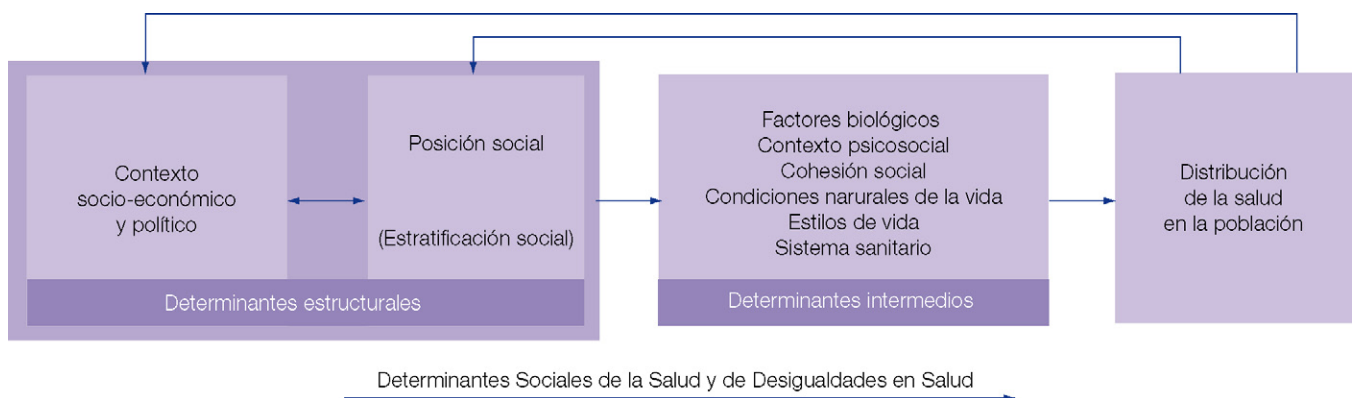


Figura 6.1 • Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Modificada a partir del Informe de la OMS CDSS, 2008.

La *posición socioeconómica* de los individuos de esos estratos (p. ej., bajo, medio, alto) es el estratificador social más relevante en el marco conceptual que explica las desigualdades sociales en salud entre la población.

Desde la perspectiva de la epidemiología social, los principales indicadores utilizados para clasificar la posición socioeconómica (PSE) de las personas son los ingresos, el nivel de instrucción y la ocupación. Ingresos y educación son variables que se pueden considerar como resultado del propio proceso de estratificación social, mientras que la ocupación es el indicador más próximo a esa estratificación.

La clase social, aunque se refiere a la estratificación social, tiene, en sentido estricto, otro significado ya que se relaciona con la propiedad y el control de los medios de producción. Es una medida que se ha usado ampliamente, también en nuestro país (Muntaner et al., 2003). En el esquema final del marco conceptual de la CDSS sobre los determinantes sociales, la clase social no se menciona entre los estratificadores de la posición social, a pesar de que figuraban en la última versión del documento de trabajo de Solar e Irving de 2007.

Esta diferente valoración y empleo de los términos y conceptos relacionados con la sociología y los fenómenos sociales se relaciona con distintas perspectivas y etapas del pensamiento científico. Marx y Weber representan dos referencias en este ámbito.

En la literatura científica médica actual, el término más utilizado para el estratificador de la posición socioeconómica es *estatus socioeconómico* (ESE, en inglés: *socio-economic status* [SES]).

El gradiente social que supone la división en estratos sociales se refleja también en un *gradiente social de la salud*, que se refiere al decrecimiento escalonado o lineal de la salud según se desciende en la PSE de las personas (Marmot, 2004).

El *Black Report* sobre desigualdades en salud (1980) y el *Whitehall Study* publicado en 1991 (Marmot et al., 1991) son dos publicaciones pioneras y clásicas en señalar la clara relación entre la posición social y la salud, que abrieron el camino a una línea de investigación trascendente, con numerosas publicaciones que han refrendado y ampliado aquellas aportaciones iniciales consolidando el ámbito de la epidemiología social (Berkman e Kawachi, 2000; Solar e Irving, 2007).

En España, los trabajos iniciales en este campo se remontan, también, a finales de los años ochenta, y han consolidado, igualmente, una potente línea de investigación de reconocido prestigio, orientada a la acción (Alonso y Antó, 1988; Regidor y González, 1989; Navarro y Benach, 1966; Borrel et al., 1999; Regidor, 2002; Borrel y Malmusi, 2010).



El determinante social de la salud más importante en el proceso que conduce a una distribución desigual de la salud en la población es la *posición socioeconómica* de los individuos que la integran.

Género y raza/etnia

Aparte de la posición socioeconómica, *el género y la raza o etnia* son también importantes estratificadores de la división social, que frecuentemente se interrelacionan con la PSE, aunque son variables diferentes.

Género se refiere a aquellas características de los hombres y mujeres que están socialmente construidas, mientras que *sexo* designa características biológicamente determinadas (WHO, 2002).

El género supone convenciones ligadas a la cultura que marcan la relación entre hombres y mujeres, entre niños y niñas. Los modelos socialmente construidos de masculinidad pueden tener efectos negativos sobre la salud en hombres y niños (p. ej., cuando favorecen la violencia o el abuso de alcohol). Sin embargo, las mujeres y las niñas tienen una mayor carga de efectos negativos sobre la salud desde esa perspectiva social del género.

El *sexismo*, al igual que el *racismo*, es una forma de discriminación social que, entre otras consecuencias, conlleva también desigualdades en salud. Por *discriminación social* se entiende un proceso, que comporta una forma de dominio, por el cual los miembros de un grupo socialmente definido son tratados de forma diferente (especialmente de forma injusta) debido a su pertenencia a ese grupo (Krieger, 2001).

Raza o etnia se refiere a grupos sociales, que frecuentemente comparten un origen y una cultura comunes, cuyos límites son definidos por otro grupo social diferente en función de una actitud dominante de la que se beneficia y a la posesión de una característica física selectiva (p. ej., el color de la piel). Como resaltan Solar e Irving en su mencionado informe, citando a Krieger, es importante tener claro que la raza o etnia es una categoría social, no una categoría biológica. La construcción social de las diferencias raciales o étnicas es la base de divisiones sociales y prácticas discriminatorias en muchos y variados contextos geográficos y culturales.

Entre la *población migrante* es frecuente encontrar la confluencia e interacción de varios de estos estratificadores sociales, PSE baja, género y raza o etnia que potencian la posibilidad de desigualdades sociales en salud de esta población.

La *edad* y el *propio nivel de salud* o discapacidad también puede incluirse como estratificadores sociales, sobre todo desde de esta perspectiva de las desigualdades en salud (más adelante se hará una referencia al *ageísmo*, como forma de discriminación a los mayores, y a la *exclusión social* que algunas personas pueden sufrir a consecuencia de la enfermedad que padecen).

Contexto socioeconómico y político

Los determinantes estructurales de las desigualdades en la salud se presentan siempre en un determinado contexto político, histórico y cultural. El contexto socioeconómico y político se refiere, entre otras variables, a las características del gobierno, a las políticas públicas (macroeconómicas, sociales, sanitarias, educativas, del mercado de trabajo, etc.), a la cultura y a los valores de esa sociedad. El factor contextual que más afecta a la salud es, según señala el informe de la OMS, la política del estado de bienestar y las políticas redistributivas (o la ausencia de tales políticas).

Determinantes intermedios

Este grupo de determinantes intermedios se presenta en el marco conceptual como los *factores intermediarios* entre los determinantes estructurales y la desigual distribución de la salud y el bienestar en la población.

Siguiendo la terminología de la CDSS, los determinantes intermedios se agrupan en seis apartados:

- *Condiciones materiales de la vida*: incluyen determinantes asociados al *medio ambiente físico* tales como la vivienda, el barrio o el municipio; al medio laboral, como las condiciones de trabajo y empleo, la alimentación, el vestido, etc.
- *Contexto psicosocial*: se refiere a aspectos psicológicos del individuo en relación con el contexto y las circunstancias sociales en que vive: afectos, emociones, tipo de respuesta ante circunstancias adversas, grado de control sobre la propia vida (locus de control), respuesta al estrés, estrategias de afrontamiento, redes sociales, apoyo social, etc. En el segundo apartado de este mismo capítulo se hace una presentación más detallada de las *relaciones sociales*, que se relaciona directamente con redes y apoyo social (Otero et al., 2006).
- *Cohesión social*: esta denominación aparece explícitamente entre los determinantes intermedios del marco conceptual de la CDSS, a pesar de que en documentos anteriores se hacía referencia al concepto «capital social» como sinónimo. Cohesión social es un término sobre el que no existe un consenso amplio a la hora de definirlo. Se relaciona con el grado de integración social, la presencia de fuertes vínculos comunitarios, altos niveles de participación ciudadana en actividades cívicas y confianza en los demás. Mientras el contexto psicosocial se refiere a características y respuestas de los individuos en la relación con otras

personas, la cohesión social tiene una vertiente referida a las relaciones que se establecen entre los individuos y entre sus organizaciones dentro de un contexto identitario (sean países, comunidades, ciudades o grupos específicos). Supone cierta visión compartida sobre problemas comunes, entre los que destaca una actitud de solidaridad y protección ante situaciones de desventaja que puedan sufrir los miembros de esa comunidad, especialmente la pobreza. «Capital social» —para muchos autores, sinónimo de cohesión social— se equipara a un activo de capital acumulado (recursos disponibles) derivado de la participación del individuo en las organizaciones sociales. La *exclusión social*, en el extremo opuesto, se corresponde con una situación de segregación de esa red de seguridad que ofrece la cohesión social.

- *Estilos de vida*: incluye los hábitos de vida con su influencia protectora o perniciosa para la salud: ejercicio físico, dieta, hábito tabáquico, consumo de alcohol, etc.
- *Factores biológicos*: hace referencia a la carga genética, la edad y el sexo.
- *Sistema sanitario*: las características y organización del sistema sanitario en cada contexto se convierte en un determinante intermedio de la salud, especialmente a través de la accesibilidad y grado de utilización de los servicios sanitarios según se pertenezca a un grupo social u otro. Los factores que se asocian a la utilización que las personas hacen del sistema sanitario se describen con más detalle en el apartado siguiente.

Los cuatro determinantes de la salud que se presentaban en el esquema/modelo inicial de Lalonde en 1974, se corresponderían con estos determinantes intermedios en el modelo de la CDSS de 2008 (fig. 6.2). El sistema sanitario, los estilos de vida y los factores biológicos reciben la misma denominación en ambos modelos. El contexto psicosocial y la cohesión social

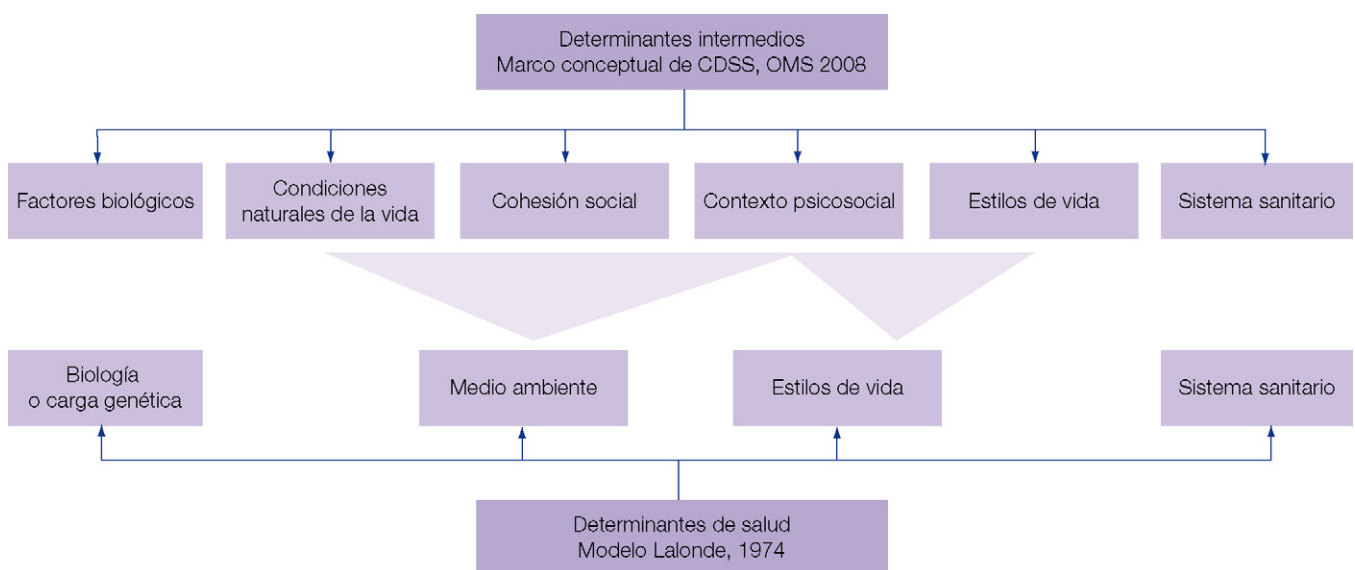


Figura 6.2 • Determinantes de la salud y determinantes sociales de la salud intermedios. Composición propia a partir de los Modelos de Lalonde de 1974 y de la CDSS de la OMS de 2008.

son factores intermedios que se relacionan con el concepto de ambiente social, mientras que las condiciones materiales de la vida se identifican con el ambiente físico.

Exposición, vulnerabilidad y consecuencias de la enfermedad

Los determinantes sociales de la salud, dependiendo de sus características, pueden actuar como factores protectores de la salud o como factores de riesgo, produciendo las desigualdades.

La conexión causal entre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud se expresa a través de una diferente exposición al daño, de una diferente vulnerabilidad y/o de las diferentes consecuencias del proceso de enfermar que tienen los distintos grupos o estratos sociales. Todos los determinantes intermedios, y no sólo el sistema sanitario, actúan como causas próximas a la desigualdad en salud a través de estas variables.



Los determinantes intermedios desencadenan la desigualdad en salud a través de una diferente exposición al daño, de una diferente vulnerabilidad y/o de las diferentes consecuencias de la enfermedad en los distintos grupos o estratos sociales.

Influencia de los determinantes sociales en el acceso a la atención sanitaria

No todas las personas de la sociedad, incluso en un sistema de cobertura universal y gratuito en el momento de su uso, como el sistema sanitario español, tienen las mismas oportunidades de acceder a él o de utilizarlo. Esta desigualdad en la atención sanitaria es una más de las desigualdades en salud y para su análisis, comprensión y, sobre todo, para la búsqueda de respuestas es aplicable el mismo modelo conceptual propuesto por la OMS (v. fig. 6.1).

Esto significa que la posición social de las personas y la estratificación de la sociedad que conlleva es, también, el determinante clave en la causalidad de esta desigualdad en el acceso y en la utilización de los servicios sanitarios. En este sentido, la alternativa para superar la división social que está en la raíz de esta desigualdad requiere de una respuesta global que implique a todos los sectores de la sociedad.

Junto a la posición social existen otros determinantes de esta desigualdad en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios más directamente ligados a la relación entre los profesionales sanitarios y los usuarios del sistema de salud que deben ser afrontados directamente desde dentro del propio sistema sanitario.

Sin ser exhaustivos, en este apartado se va a hacer una breve referencia a esos determinantes sociales asociados a la utilización de los servicios sociales sobre los que los profesio-

nales sanitarios tienen más posibilidades de actuación dada su proximidad.

Demanda, accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios

Demanda, accesibilidad y utilización son términos relacionados aunque se refieren a aspectos diferentes.

Demanda se identifica con los servicios que los individuos solicitan. Supone la existencia de una necesidad primero percibida y luego expresada, según la definición clásica de Bradshaw. Esto significa que la demanda es una forma de identificar la necesidad de atención sanitaria de una población. Desde el interior del sistema sanitario se define la necesidad a partir de la opinión de los expertos basándose en normas y estándares (necesidad normativa), que no siempre es percibida como tal por toda la población (en otros capítulos de esta obra se trata con mayor profundidad este tema). No todas las necesidades sanitarias son sentidas por las personas, y aun siendo percibidas como tales, no siempre se expresan como una demanda específica. Por su parte, *utilización* se refiere a los servicios que los individuos obtienen.

Entre la demanda y la utilización de los servicios se encuentra la *accesibilidad*, entendida como la disponibilidad de recursos en el momento y lugar que se necesiten. No todos los individuos con una misma necesidad tienen la misma oportunidad de recibir atención sanitaria.



Equidad en salud y equidad en la atención sanitaria son conceptos diferentes. La desigualdad en el acceso a la atención sanitaria es una más de las desigualdades en salud.

Accesibilidad y equidad

Equidad en salud y equidad en la atención sanitaria son conceptos diferentes. Abogar por la equidad en salud no es sólo alcanzar una distribución igualitaria de la atención sanitaria (Sen, 2002). La desigualdad en el acceso a la atención sanitaria es una forma más de las desigualdades en salud, aunque es la que los profesionales de la salud sienten más próxima y sobre la se podría intervenir más directamente desde dentro del propio sistema sanitario. El objetivo de alcanzar la equidad en salud, de la superación de las desigualdades sociales en salud, requiere de una intervención intersectorial.

Determinantes sociales asociados a la utilización de los servicios sanitarios

Una aproximación a la evaluación de la accesibilidad a la atención sanitaria es estudiar la utilización que la población hace de los servicios sanitarios y, especialmente, los determinantes sociales que influyen en esa utilización.

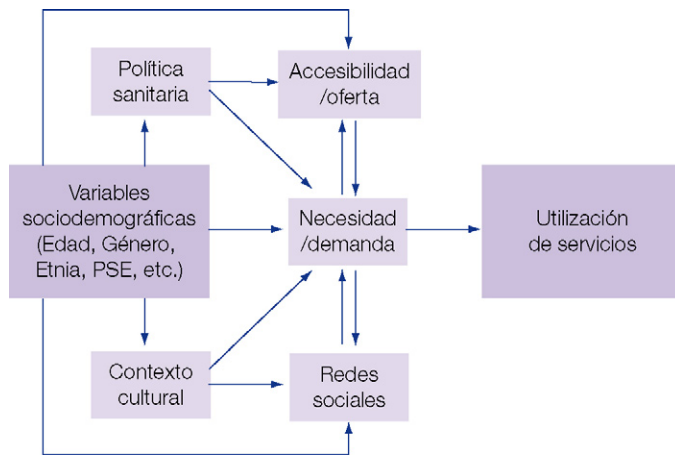


Figura 6.3 • Determinantes sociales asociados a la utilización de los servicios sanitarios. Esquema de relaciones causales. PSE: posición socioeconómica.

Estos determinantes se pueden clasificar en dos grandes grupos:

- Características de la población, que incluyen: variables demográficas (edad, sexo, raza), variables socioeconómicas (ocupación, nivel económico, nivel de instrucción, trabajo y empleo), valores y creencias, relaciones sociales, etc.
- Características del sistema sanitario: políticas de salud (a nivel nacional, regional y local), la organización del sistema y la accesibilidad a los servicios.

En la figura 6.3 se presenta un esquema de un modelo causal que relaciona los distintos determinantes sociales con la utilización de los servicios sanitarios.

En los apartados siguientes se describen de forma breve esos factores asociados a la utilización, aceptando que la interrelación entre ellos hace difícil una exposición en compartimientos estancos. Como tales determinantes sociales, ya fueron citados en el segundo apartado de este capítulo.

Variables demográficas. Edad y sexo como factores que pueden influir en la atención sanitaria

La evidencia de que la edad y el sexo del paciente se asocian a una diferente utilización de los servicios de salud, que puede expresar inequidad en la atención sanitaria, es amplia y variada.

Un ejemplo concreto que permite visualizar fácilmente esta desigualdad es el caso de la intervención de artroplastia total de cadera o de rodilla en pacientes con artrosis moderada o severa que no responden a la medicación ni al tratamiento rehabilitador. Esta cirugía se acepta como tratamiento indicado para tales pacientes y la edad o el sexo no deberían ser obstáculos para el acceso y la utilización de este servicio. La realidad es bien diferente y muestra situaciones de inequidad en los servicios de salud aun en sistemas sanitarios que tienen cobertura universal y gratuidad en el momento de recibir la prestación.

Como se señala en la sección online “Dos ejemplos sobre las desigualdades en la utilización de la artroplastia total de rodilla según la edad y el sexo del paciente”, que resume los resultados y comentarios de dos artículos recientes, la edad y el sexo explican por sí mismos parte de la desigualdad en el acceso y en la utilización de este tratamiento ante la misma necesidad (al margen de otras variables, como pueden ser la raza o el grupo étnico, la PSE o los recursos sanitarios disponibles).

El trabajo de Judge et al. muestra que los mayores de 85 años, ante la misma necesidad, tienen un 30% menos de probabilidad de recibir una prótesis de rodilla que los del grupo de 50 a 60 años. Y las mujeres, un 38% menos que los hombres.

El trabajo de Borhkoff et al. constata una actitud diferente de los profesionales sanitarios (médicos de familia y cirujanos ortopédicos en este caso) a la hora de recomendar la artroplastia total de rodilla a dos pacientes que presentan un cuadro clínico similar en todo por el sólo hecho de ser un hombre o a una mujer. El 67% de los médicos recomendaron la intervención al hombre y sólo el 33%, a la mujer.

Existen limitaciones metodológicas en estos dos estudios que condicionan la crudeza de estos datos, pero sus resultados, en coherencia con los de muchos otros trabajos, muestran la evidencia del desigual trato en la atención sanitaria por razones de edad y sexo.

Aparte de las diferencias señaladas en los ejemplos recogidos sobre la artrosis de rodilla, existen muchos otros en la literatura científica que señalan estas diferencias en la atención sanitaria: las mujeres tienen menos probabilidad que los hombres de recibir medicación hipolipemiente después de un infarto de miocardio, de recibir diálisis renal o un trasplante renal ante una necesidad igual, así como de ingresar en una unidad de cuidados intensivos, etc. (se puede ver una revisión de este tema en el artículo de Borkhoff et al., 2008). Una revisión realizada en Portugal sobre todos los ingresos hospitalarios por enfermedad cardíaca durante el período 2000-2006 confirma los resultados de otros estudios anteriores de que las mujeres reciben menos tratamientos de cateterización y revascularización que los hombres (Perelman et al., 2010).

Existen varias explicaciones para estas diferencias observadas. De una parte, actitudes de discriminación por razón de edad y sexo («ageísmo» en el caso de las personas mayores y «sexismo») entre los profesionales sanitarios que afectan al proceso de la atención y del contacto profesional sanitario-paciente. Esta actitud discriminativa puede ser consciente o una tendencia inconsciente que activa estereotipos previos.

Por otra parte, se pueden encontrar explicaciones que justifican diferencias en la utilización, sin que estén directamente relacionadas con actitudes de discriminación explícita. Es el caso de las preferencias del paciente para elegir un tipo de tratamiento determinado (p. ej., la cirugía en el caso de la artrosis de rodilla comentado) que puede ser diferente entre hombres y mujeres.

En cualquier caso, la discriminación por género es una realidad objetivable en la atención sanitaria. En un estudio basado en los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 se cuantifica que el sexismo percibido por las mujeres de 20 a 64 años en España es del 3,4% (Borrel et al., 2010)

Como un ejemplo final sobre la influencia de la edad y el sexo en la utilización de los servicios sanitarios, aunque con

Tabla 6.2 Distribución de las hospitalizaciones evitables por ACSC* por edad y sexo en la Comunidad Autónoma de Madrid

| Grupo de edad | Hombres | Mujeres |
|---------------|---------|---------|
| 65-74 años | 21,95% | 10,96% |
| 75-84 años | 46,29 | 22,33% |
| ≥ 85 años | 74,77% | 52,57% |

ACSC: *Ambulatory Care Sensitive Condition* (condiciones atendidas desde la atención primaria).

Elaboración propia a partir de Magan et al., 2010.

otro significado, se presenta en la tabla 6.2 la distribución de las tasas de hospitalización evitable por ACSC (del inglés *ambulatory care sensitive conditions*, procesos que pueden ser resueltos en atención primaria) según la edad y el sexo en una población de mayores de 65 años (Magan et al., 2010). Este indicador de hospitalización evitable supondría, en teoría, una medida de la calidad y buen funcionamiento del sistema sanitario. Se observan mayores tasas de hospitalización evitable en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad.

Inicialmente, una interpretación primera de estos datos indicaría que las mujeres se verían más favorecidas en los resultados obtenidos en este indicador, ya que estarían menos expuestas a los riesgos de la iatrogenia inherentes a una estancia hospitalaria que, en teoría, sería evitable. Los autores llaman la atención sobre otra interpretación y es que esa tasa mayor en hombres podría estar reflejando una tendencia similar a la expresada con anterioridad: la mayor utilización hospitalaria podría verse como un intento de buscar el mejor y más avanzado tratamiento o cuidados que no se refleja en la atención al grupo de mujeres.

La raza o el grupo étnico, como ya se señalaba en la tabla 6.1 sobre estratificadores de la posición social, es un determinante social de la desigualdad en salud y de la discriminación (racismo). Es también una variable demográfica que puede explicar por sí misma diferencias en la utilización de los servicios sanitarios.



Las características sociodemográficas del paciente, como el sexo, la edad, el origen étnico o la posición socioeconómica, pueden influir en la toma de decisiones de los profesionales sanitarios y se asocian a diferencias en la utilización de los servicios.

Viejismo o ageísmo

El término «viejismo» (*ageism*) se empezó a emplear en el ámbito sociosanitario a partir de 1969. Se trata de un tipo de prejuicio, de creencia al fin, que supone un rechazo e infravaloración de las personas mayores como resultado de mitos y

estereotipos muy extendidos entre la población que se vinculan a la vejez (como la enfermedad, la discapacidad, la dependencia o la muerte). De acuerdo con Losada, el viejismo (este autor lo denomina *edadismo*) está ampliamente extendido en toda la población y ha sido señalado como la tercera gran forma de discriminación de nuestra sociedad, tras el racismo y el sexismo (Losada, 2004).

Este prejuicio hacia los mayores tiene una peculiaridad y es que suele estar presente sin ser advertido o sin que exista una intención explícita de hacer daño. Suele estar tan internalizado que resulta muy difícil reconocerlo conscientemente. Es el «viejismo implícito» (Levy, 2002, citado por Losada, 2004).

Los profesionales sanitarios, en el proceso de atención a las personas mayores, pueden sufrir de este prejuicio aun de forma inconsciente. Es importante tener presente que en la atención primaria este grupo constituye la proporción mayor de la población atendida, lo que exige tener presente el riesgo de viejismo implícito entre sus profesionales y poder plantear actividades específicas para superarlo.

Variables socioeconómicas

La posición socioeconómica (PSE) está asociada al acceso y a la utilización de los servicios sanitarios. En el contexto del sistema sanitario español, un sistema de acceso universal, la asociación de la PSE con la utilización de los servicios sanitarios puede tener distintas lecturas.

Así, en un estudio con datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2003, se muestra que las personas en la PSE más baja habían utilizado en mayor medida la consulta del médico de familia en el sistema público y el ingreso en los hospitales públicos que los de PSE más alta. Este aumento en la utilización se mantiene una vez estandarizado por edad, sexo y comorbilidad. La utilización de los especialistas del sector público no variaba entre los distintos estratos sociales. La utilización de los servicios privados seguía un gradiente opuesto: mayor en estratos altos para los tres indicadores: médico de familia, hospitalización y visitas a especialistas (Regidor et al., 2008).

Los autores concluyen que los datos muestran una inequidad en la utilización de los servicios públicos de medicina de familia y de hospitalización que favorece a los grupos socioeconómicos de nivel más bajo frente a los más altos. Esta desigualdad podría deberse a una sobreutilización de los servicios públicos o al hecho de que las personas con mayor PSE utilizan los servicios privados.

Por otra parte, en otro artículo sobre el mismo tema, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 referidos a la utilización del sistema público y estandarizando la necesidad de utilización por la salud autopercebida, se encuentra también una mayor probabilidad de consultas al médico de familia para las clases sociales más desfavorecidas, pero una menor utilización de las consultas a los especialistas y de test de cribado de cáncer de cuello de útero para este mismo grupo. No encuentran diferencias en la hospitalización ni en la utilización de otras pruebas preventivas (Garrido-Cumbrera et al., 2010).

En el estudio ya citado sobre las hospitalizaciones evitables por ACSC, la única variable que se mantuvo como explicativa en el modelo final, aparte de la del sexo, fue la referida a la

PSE (Magan et al., 2010). Los autores partían en su hipótesis inicial de que se encontrarían asociadas variables ligadas al propio sistema sanitario (carga de trabajo, dotación de recursos sanitarios, distancia al centro de salud o al hospital) que los resultados del estudio no pudieron demostrar.

Nivel de instrucción del usuario como determinante en la utilización de los servicios sanitarios

Si las diferencias en la accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios que se asocia a la posición social requiere respuestas intersectoriales y desde dentro del sector sanitario, especialmente a nivel de la política sanitaria de la organización del sistema, la inequidad en la atención sanitaria que se puede asociar al nivel de instrucción de los usuarios requiere de respuestas ligadas directamente a cambios en actitudes y habilidades en los profesionales sanitarios implicados.

El concepto de *analfabetismo sanitario funcional* (del inglés *functional health illiteracy*) se viene empleando en las publicaciones científicas para referirse a las dificultades que el bajo nivel de instrucción de los pacientes puede provocar en la capacidad de comprensión de la información, especialmente escrita, que le dan los profesionales sanitarios referida a su enfermedad. La trascendencia de este fenómeno de «analfabetismo sanitario» ha hecho que se le identifique como una «epidemia silente» (Marcus, 2006).



Alfabetización sanitaria (health literacy) se define como la capacidad de los pacientes de leer, comprender y usar la información sanitaria para tomar decisiones en los cuidados de salud.

Este bajo nivel de alfabetización sanitaria influye directamente en el proceso de atención a la enfermedad y en el cumplimiento de las medidas prescritas, que requiere de un paciente informado.

Los profesionales sanitarios han de prestar una especial atención a sus habilidades de comunicación y a las actividades de educación sanitaria con estos pacientes, sobre todo en el caso de las enfermedades crónicas, donde tan importantes son las medidas de autocuidado.

La literatura médica muestra que, en pacientes crónicos con un bajo nivel de instrucción, la prescripción farmacéutica es mayor que en enfermos con morbilidad similar pero de un nivel de instrucción mayor, lo que se puede explicar tanto por dificultades en la comunicación profesional sanitario-paciente como por motivos relacionados con actitudes del paciente.

Condiciones de empleo y trabajo

Las condiciones de empleo y trabajo, como un determinante social de la salud intermedio, contribuyen en gran medida al desarrollo de las desigualdades sociales en salud entre la pobla-

ción adulta y pueden influir en la utilización de los servicios sanitarios.

Hay varias situaciones relacionadas con las condiciones de empleo y trabajo de especial trascendencia para la salud de la población: *a)* desempleo y empleo precario; *b)* puestos de trabajo mal remunerados; *c)* puestos de trabajo que conllevan riesgos de accidentes o de enfermedades profesionales relacionadas con agentes físicos, químicos o biológicos, y *d)* puestos de trabajo en entornos psicosociales perjudiciales (Siegrist, 2010).

Estos cuatro tipos de condiciones de empleo y trabajo perjudiciales para la salud se distribuyen de forma irregular entre la población activa, de manera que los trabajadores de los ESE más bajos están expuestos a un mayor riesgo. Es importante, por tanto, supervisar dichas condiciones y documentar sus efectos en la salud de los trabajadores como base de políticas específicas y medidas de intervención y prevención de riesgos laborales en los lugares de trabajo.

La reciente crisis económica y financiera ha extendido el riesgo de desempleo a la población activa más cualificada. El desempleo de larga duración (superior a un año) está asociado a un incremento sustancial de las afecciones cardiovasculares o cerebrovasculares, de la mortalidad por todas las causas, y a la depresión y el suicidio (como consecuencia más grave de la depresión) (v. referencias en la revisión de Siegrist, 2010).

Población migrante

La proporción de los migrantes constituye una parte importante de la población de muchos países. En la Unión Europea (UE) se estima que el número de migrantes supera los 44 millones (9% de la población total). En España esta proporción es mayor (13%, que supone, actualmente, 5,6 millones de personas).

La salud desempeña un papel fundamental en la integración de los migrantes y en su contribución a las sociedades. La migración también puede exacerbar el impacto de los determinantes sociales de la salud, ya que se tienen que enfrentar a retos específicos adicionales en relación con los que tenían en sus países de origen, como al viaje migratorio, a redes sociales débiles, a la discriminación y a barreras culturales y del lenguaje. En la UE, el riesgo de pobreza es entre 2 y 4 veces mayor entre los migrantes. Estos grupos tienden a habitar en viviendas de mala calidad y en condiciones de hacinamiento, así como en zonas social y étnicamente segregadas (Rico et al., 2010).

A pesar de estas dificultades, el estado de salud de algunos emigrantes es a menudo superior a la media. Este fenómeno es conocido como el «efecto del migrante sano», que en la mayoría de los casos tiende a remitir tras varios años en el país de acogida.

La trayectoria de la salud en los emigrantes (evolución del estado de salud en el país de acogida) tiene varias etapas que se suceden en el tiempo: primero una etapa de selección positiva de los sanos (incluyendo el efecto de la selección positiva de los que buscan trabajo), seguida de una segunda etapa de disminución del nivel de salud a pesar de cierta mejora socioeconómica, debida al efecto acumulativo de los determinantes sociales durante la infancia en su país de origen (influencia de la trayectoria vital en la salud, especialmente de los sucesos ocurridos en la infancia) y de la exposición, ya en el país de

destino, a las nuevas condiciones de vida, a los riesgos del trabajo y a las enfermedades crónicas (Malmusi et al., 2010).

Estas condiciones de la población emigrante pueden afectar al acceso y la utilización de los servicios sanitarios.

Atención sanitaria y exclusión social

La pobreza y la exclusión social pueden constituir importantes barreras a la hora de recibir una atención sanitaria de calidad.

Existen varios tipos de exclusión social: económica, económica-laboral, educativa, sociosanitaria, etc. Como se señala en el Informe 2009 sobre Exclusión Social en España (La Caixa, 2010), en la actualidad la desigualdad de rentas no es el único, ni probablemente el más importante, de los ejes generadores de vulnerabilidad y exclusión social. Tradicionalmente, las situaciones de exclusión social se habían concentrado en las edades más avanzadas, provocadas por restricciones en la participación en el mercado de trabajo (por enfermedad, discapacidad, desempleo o abandono) o la viudedad de las mujeres que se habían mantenido desvinculadas del ámbito laboral. La principal forma de exclusión era la económica.

La exclusión social ha dejado de ser una condición fija o una característica personal o de un colectivo para convertirse en un riesgo asociado a determinadas etapas del ciclo de vida que exponen a las personas que las atraviesan a situaciones de mayor precariedad. Las etapas del ciclo vital donde se concentra la exclusión social en España son fundamentalmente tres: infancia, juventud y ancianidad.

El desempleo y la crisis económica están haciendo que aumente el número de jóvenes, personas con bajo nivel educativo e inmigrantes, que quedan excluidos en la sociedad.

La propia enfermedad como determinante de la exclusión social

Diversos episodios de enfermedad pueden provocar que personas «integradas» caigan inesperadamente en situaciones de precariedad económica y social, de las que no les resulte fácil salir. La enfermedad crónica de larga duración y la discapacidad son factores que pueden propiciar el empobrecimiento de las personas, ya que fuerzan su salida del mercado de trabajo y limitan las posibilidades de volver a entrar en él, llevando a la persona, en determinados contextos, a la exclusión económico-laboral (La Caixa, 2010).

Aparte de esta exclusión económico-laboral, existen otras formas de exclusión social relacionadas con la enfermedad que pueden provocar un rechazo social y conducir a la marginación y el aislamiento (caso de enfermos de sida, tuberculosis, trastornos mentales graves). La estigmatización de esos enfermos se expresa en actitudes de evitación por parte de un número considerable de miembros de la sociedad. Uno de cada cuatro europeos con problemas de salud mental declara haber tenido que abandonar su hogar como consecuencia del deterioro de las relaciones con las personas con las que convivía; algo más de la mitad relata haber sido maltratado en público a causa de sus problemas, y un porcentaje similar teme ser agredido en su vecindario (La Caixa, 2010).

Un estudio de M.V. Zunzunegui et al. (2003) mostraba que el diagnóstico de demencia senil se asociaba a una posterior

disminución en la utilización de los servicios sanitarios por estos enfermos.

Valores, creencias y atención de salud. Enfermedad y dolencia

Como se intenta reflejar en la figura 6.3, la utilización de los servicios sanitarios es el resultado de un proceso complejo que se inicia antes del contacto del paciente con el profesional sanitario. El proceso asistencial comienza fuera del sistema sanitario. Antes de llegar a utilizar o solicitar el servicio sanitario, la persona percibe unos síntomas que valora y cataloga de acuerdo con sus experiencias anteriores, sus creencias y valores.

La *enfermedad* que vive y siente cada paciente y su entorno supone un hecho socialmente significativo, una transformación social de la patología (*dolencia*) que la ocasiona y de la percepción de sus signos y síntomas. Esta transformación de la dolencia en enfermedad está condicionada por un marco cultural determinado.

Existe diferentes modelos teóricos para analizar este proceso asistencial que reciben distintos nombres relacionados entre sí (p. ej., itinerario terapéutico, carrera moral, conducta en pos de la salud, procesos del padecimiento). En nuestro contexto es clásico el modelo de los «procesos asistenciales» propuesto por J. M. Comelles (1985), que se define como el conjunto de actos y gestos rituales a que se ve sometida una persona por unos padecimientos que podrían beneficiarse de la asistencia sanitaria (o sociosanitaria).

La multiculturalidad en nuestras sociedades hace que los profesionales de la salud tengan que tener en cuenta estos condicionantes fundamentales para la comunicación con el paciente y para la continuidad del proceso asistencial.

En el contexto español, el fenómeno inmigratorio es una realidad que ha ido transformado muchos escenarios de la vida pública española y, en particular, de la atención primaria.

Como han señalado diversos estudios, aunque las necesidades de salud de los inmigrantes son esencialmente equiparables a las de la población autóctona, existen desigualdades en la atención sanitaria que reciben asociadas a diferencias culturales, sociolaborales, legislativas, económicas e idiomáticas. Las diferencias culturales y lingüísticas dificultan la comunicación y el correcto abordaje de muchos problemas de salud de la población inmigrante.

Las representaciones sociales de la salud, así como los factores que modulan el tránsito salud-enfermedad y los que influyen en la elección del sistema de atención, pueden (y suelen) ser diferentes a los de la población autóctona.

Lasheras (2003), en un trabajo realizado en la población inmigrante irregular latinoamericana en Madrid, encontró que la representación social de salud más frecuente entre esos inmigrantes era la de una visión holística basada en la concepción global y armónica de la persona, junto con la identificación de la salud como un instrumento o capital que se puede invertir o cambiar por trabajo. A la hora de la utilización del servicio existía una cierta idealización del sistema sanitario y del médico especialista, que se asociaba a una minusvaloración del médico de familia y a grandes expectativas sobre la asistencia sanitaria.

Antes de llegar a utilizar servicios sanitarios era frecuente la consulta o visita a servicios no profesionales del tipo de curanderos u otras personas con prestigio en la propia comunidad de emigrantes (servicios legos).

En este contexto, ese trabajo resaltaba la importancia de que los profesionales sanitarios en su atención a la población inmigrante conocieran y valoraran aspectos culturales diferentes que influyen en el proceso de salud-enfermedad. Como un ejemplo concreto se citaba el respeto a los cuidados legos salvo que se objetive un efecto perjudicial para la salud del paciente y la recomendación concreta de que, si fuera necesario, se argumentara la postura crítica sin deslegitimar la totalidad de ese tipo de cuidados.

Importancia de las relaciones sociales en la utilización de los servicios sanitarios

En el proceso de atención sanitaria, las relaciones sociales constituyen un elemento importante, tanto a la hora del acceso al servicio sanitario como en la continuidad de los cuidados (cumplimiento del tratamiento, identificación de signos o síntomas de riesgo, promoción del autocuidado, motivación del enfermo, etc.).

Redes familiares, redes sociales, apoyo social y relaciones sociales son conceptos íntimamente relacionados aunque, en sentido estricto, no son sinónimos. *Relaciones sociales* es un término más amplio y engloba ambos componentes. Se trata de la red de personas con las que se comunica un individuo, las características de los lazos que se establecen y el tipo de interacciones que se producen (Otero et al., 2006).

Aunque distintos autores emplean «redes sociales» como un término general que englobaría tanto aspectos de estructura como de función de los vínculos humanos, como el apoyo social, nosotros proponemos reservar el término «redes sociales» para los aspectos estructurales, en concreto para el tejido de personas con las que se comunica un individuo.

Apoyo social se refiere a una de las funciones de las redes sociales que se suele medir a partir del apoyo emocional que se recibe de familiares y amigos. Existen otros tipos de apoyo social como el apoyo instrumental (recursos materiales), informativo (sobre recursos disponibles) o de valoración (juicios y opiniones).

Otra interacción psicosocial muy importante que se produce en las redes sociales es la de la percepción de tener un *rol social* reconocido por los otros miembros de la red (el rol de padre o de madre, el rol de amigo, etc.). Ese reconocimiento del propio rol está asociado de forma positiva a la salud (Zunzunegui et al., 2008).

Existen varios tipos o esferas de redes sociales: la red familiar, la red de amigos, la red de participación comunitaria (asociaciones, centros sociales, deportivos y religiosos, clubes), etc. Hoy en día, la influencia de Internet se ha apoderado en cierta medida del término y se llega a identificar red social con redes de contactos bidireccionales a través de la Red; conceptualmente, este tipo de redes ubicadas en Internet se incluyen en la definición de «redes sociales».

La importancia de la red familiar es diferente según la cultura de cada comunidad. En países que se reclaman de la cultura mediterránea, la familia ocupa un lugar preferente en las relaciones socia-

les. A pesar de las transformaciones sociales a la que está sometida la sociedad actual, la red familiar sigue siendo muy importante en nuestro contexto, especialmente para las personas mayores.

El National Cancer Institute de EEUU, une en su definición de apoyo social tanto el componente estructural de las redes sociales como el propio mecanismo psicosocial, lo que puede resultar más operativo desde una perspectiva de cuidados socio-sanitarios (red compuesta por familia, amigos, vecinos y miembros de la comunidad que está disponible para brindar ayuda psicológica, física y financiera en los momentos de necesidad).

No siempre las redes sociales suponen una aportación positiva a la salud, pues también se han identificado efectos negativos de redes sociales en determinadas circunstancias (p. ej., adicción al alcohol y otras drogas o la transmisión del VHC o el VIH ligado a conductas de riesgo).

Berkman y Glass (2000) han elaborado un modelo conceptual sobre la influencia de las relaciones sociales en la salud, ampliamente aceptado entre los investigadores de este campo. En el documento sobre relaciones sociales (Otero et al., 2006) que se facilita en la página web se recoge información suplementaria sobre este modelo causal.

Abordaje de las desigualdades sociales en salud y de las desigualdades en la atención sanitaria

En coherencia con el marco conceptual de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud, se deriva una primera reflexión: el reto de eliminar las desigualdades en la salud es una tarea que requiere de políticas y programas de todos los sectores clave de la sociedad, no únicamente del sector sanitario.

Como ya se ha señalado, la superación de las desigualdades en la salud, la equidad en la salud, no puede entenderse sólo en términos de distribución igualitaria de la atención sanitaria.

Esta reflexión no disminuye la importancia de las acciones que deben ponerse en marcha desde el interior del propio sistema sanitario y que implican directamente a sus profesionales en su relación directa con los pacientes y la población. Se trata de niveles de actuación diferentes en el abordaje de las desigualdades sociales en la salud.

Abordaje intersectorial de la salud

Las actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud han de contar con la participación de todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial, así como de foros y organismos internacionales.

La CDSS señala en su informe tres principios de acción que suponen un claro un abordaje intersectorial (tabla 6.3):

1. Mejorar las condiciones de vida. En concreto, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. Se refiere a los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.

Tabla 6.3 Recomendaciones e intervenciones recogidas en el informe de la CDSS de la OMS

| |
|---|
| <p>Mejorar las condiciones de vida cotidianas*</p> <p>Equidad desde el principio (atención a la infancia)</p> <p>Entornos salubres para una población sana</p> <p>Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno</p> <p>Protección social a lo largo de la vida</p> <p>Atención de salud universal</p> |
| <p>Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos*</p> <p>Equidad sanitaria en las políticas, sistemas y programas</p> <p>Financiación equitativa</p> <p>Responsabilidad del mercado</p> <p>Equidad de género</p> <p>Emancipación política/integración y posibilidad de expresarse</p> <p>Una gobernanza mundial eficaz</p> |
| <p>Medición y análisis del problema*</p> <p>La acción sobre los determinantes sociales de la salud será más eficaz si se dispone de sistemas de datos básicos, tales como los registros civiles y programas de observación sistemática de las inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces</p> |

*Estos tres epígrafes constituyen las recomendaciones principales que formula la CDSS. En cada uno de los apartados, el informe de la CDSS de la OMS señala intervenciones concretas, a modo de peticiones a los gobiernos y a la comunidad. Modificada de la CDSS de la OMS 2008.

3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar las intervenciones. Supone ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

Al sector sanitario, desde esta perspectiva intersectorial, le corresponde asumir un papel de liderazgo compartido en el abordaje integral de la salud, abogando y sensibilizando a esos otros sectores implicados (economía, trabajo, educación, medio ambiente, vivienda, transporte, servicios sociales, etc.) para actuar conjuntamente en la reducción de las desigualdades en la salud.

Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta que el necesario abordaje intersectorial de las políticas para superar las desigualdades en salud suponen la participación de múltiples actores, lo que exige disponer de aptitudes y habilidades para generar confianza, para la negociación, la planificación y el trabajo en equipo. Es lo que algunos autores denominan *diplomacia de la salud* (Ministerio Sanidad y Política Social, 2010).

Abordaje desde los servicios sanitarios y sociales

Como se desprende de la descripción del apartado sobre la influencia de los determinantes sociales en el acceso a la atención sanitaria, algunos de esos factores concretos deben abordarse directamente desde el propio sistema sanitario con políticas y programas que actúen sobre la organización del sistema y también en la relación entre los profesionales sanitarios y los usuarios del sistema.

Existen aspectos relacionados con la accesibilidad a los servicios sanitarios que suponen políticas de gestión a nivel macro y meso (estructuras superiores del Servicio Nacional de Salud y de la organización en cada distrito y área de salud) y programas y actividades a desarrollar a nivel micro (en el propio centro de salud).

La identificación de los problemas concretos relacionados con los determinantes sociales de la salud en la accesibilidad y la utilización de los servicios sanitarios han de ser el punto de partida para la elaboración de políticas, programas o actividades que intenten dar respuesta a esos problemas concretos y diferentes en cada contexto (p. ej., actitudes en la actividad profesional que reflejen discriminación por razón de género o edad, mejora en las habilidades de comunicación con los pacientes con bajo nivel de instrucción, conocimiento y respeto a los valores y creencias de las distintas culturas y minorías que conviven en la comunidad, identificación y aproximación desde el sistema sanitario a los individuos y grupos excluidos socialmente, etc.).

Evaluación y monitorización

Como corresponde a cualquier actividad de planificación, la actividad de seguimiento de las actividades puestas en marcha requiere de registros e indicadores que permitan la evaluación y monitorización de los progresos.

El seguimiento y la evaluación de las políticas y actividades puestas en marcha para la superación de las desigualdades en la salud, así como los programas de formación, han de incorporarse como objetivos concretos de todas las instituciones implicadas en el reto de superar esas desigualdades (OMS-CDSS, 2008).

En este sentido, desde dentro del propio sistema sanitario, y más concretamente, desde sus centros y servicios, es necesario la evaluación y la monitorización de los programas y actividades llevadas a cabo para corregir y superar las desigualdades en la atención que se hubieran detectado.

Bibliografía comentada

Berkman L, Kawachi I. Social Epidemiology. Nueva York: Oxford University Press; 2000. Este texto es básico en la consolidación de la epidemiología social como campo específico e interprofesional de la salud pública. Participan reconocidos profesores e investigadores de este ámbito,

especialmente de Estados Unidos y del Reino Unido.

Informe SESPAS 2010. La Salud Pública en la sociedad española: Hacia la salud en todas las políticas. Gac Sanit. 2010; 24 Supl 1.

Borrel 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; 24 Supl 1:101-8.

El informe 2010 de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, incluye entre sus 22 capítulos varios relacionados con las desigualdades

sociales y la salud, con especial referencia a la situación en España (determinantes sociales, mercado de trabajo, salud infantil, etc.).

Ministerio de Sanidad y Política Social 2010. Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <http://www.msps.es/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf>
Este documento impulsado por el gobierno español con ocasión de la presidencia de la UE en 2010 es una excelente

oportunidad para actualizar distintos temas relacionados con la equidad y los determinantes sociales de la salud.

OMS-CDSS Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
Es la traducción al castellano del Informe de la CDSS de la OMS, documento clave sobre el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud y su orientación a la acción. Los distintos

capítulos del documento contienen una profunda revisión de los diferentes determinantes de la salud.

Regidor E, coord. Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo xx. Alicante: Universidad de Alicante. Sede Universitaria de Concentaina; 2002.

Esta obra recoge las principales aportaciones al estudio de las desigualdades en la salud realizadas en España hasta esa fecha, que previamente habían sido publicadas en distintas revistas científicas por los grupos de investigadores pioneros en este campo en Cataluña y en Madrid.

Bibliografía general

- Black D. et al. Report of the working group on inequalities in health. Londres: Stationery Office; 1980.
- Borkhoff CM, Hawker GA, Kreder HJ, Mahomed NN, Glazier RH, Wright RH. The effect of patients' sex on physicians' recommendations for total knee arthroplasty. *CMAJ*. 2008;178:681-7.
- Borrel 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;24(Supl 1):101-8.
- Borrel C, Artazcoz L, Gil-Gonzalez D, Pérez G, Rohifs I, Perz K. Perceived sexism as a health determinant in Spain. *Journal of Women Health*. 2010;19:741-50.
- Comelles JM, Martínez Herráez A. Enfremedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina. Madrid: Eudema; 1993.
- Caixa Catalunya Informe de la inclusión social en España 2009. Barcelona: Fundació Caixa Catalunya; 2010.
- García AM. Mercado laboral y salud. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*. 2010;24(Supl 1):6-67.
- Garrido Cumbre M, Borrel C, Lalencia L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Passarin MI, et al. Social class inequalities in the utilization of health care and preventive medicine services in Spain, a country with a National Health Service. *Int J Health Serv*. 2010;40:525-42.
- Judge A, Welton NJ, Sandhu J, Ben-Shlomo Y. Equity in access to total joint replacement of the hip and knee in England: cross sectional study. *BMJ*. 2010;341:c4092.
- Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*. 2001. 2001;30:668-77.
- Losada A. Edadismo. consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Madrid: Portal Mayores, Informes Portal Mayores; 2004.
- Magán P, Alberquilla A, Otero A, Ribera JM. Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions and Quality of Primary Care. Their Relation With Socioeconomic and Health Care Variables in the Madrid Regional Health Service (Spain). *Med Care*. 2011; En prensa (Epub ahead of print Oct 2010).
- Malmusi D, Borrel C, Benach J. Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine*. 2010;71:1610-9.
- Marcus EN. The silent epidemic: The health effects of illiteracy. *N Engl J Med*. 2006;335:339-41.
- Marmot M, Smith G, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, et al. Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *Lancet*. 1991;337:1387-93.
- Muntaner C, Borrel C, Benach J, Pasarín MI, Fernández E. The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *Int J Epidemiol*. 2003;32:950-8.
- Muntaner C, Benach J, Chung H, Schrecker T. Welfare state, labour market inequalities and health. In a global context: An integrated framework. SESPAS report 2010. *Gac Sanit*. 2010; 24 Supl 1:56-61.
- Navarro V, Benach J. Comisión de Estudios de las Desigualdades Sociales en España. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
- Otero A, Zunzunegui A, Zunzunegui MV, Beland F, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes. Relaciones Sociales y Envejecimiento Saludable. N.º 9/2006 de la Serie Documentos de Trabajo. Bilbao: Fundación BBVA; 2006. Disponible en: www.fbbva.es.
- Perelman J, Mateus C, Fernandes A. Gender equity in treatment for cardiac heart disease in Portugal. *Soc Sci Med*. 2010;71:25-9.
- Rajmil L, Díez E, Peiró R. Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*. 2010;24(Supl 1):42-8.
- Regidor E, Martínez D, Calle ME, Astasio P, Ortega P, Domínguez V. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:183.
- Rico A, Petrova-Benedict R, Basten A, Urbanos R. Exclusión social y desigualdades estructurales en salud. En: Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. p. 44-53.
- Sen A. ¿Por qué la equidad en salud?. *Revista Panam Salud Pública*. 2002;11:302-9.
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra: World Health Organization; 2007.
- Siegrist J. Condiciones laborales y desigualdades en salud. En: Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. p. 40-4.
- WHOgender glossary. Appendix to Integrating gender perspectives in the work of WHO: WHO gender policy. Ginebra: World Health Organization; 2002.
- Zunzunegui MV, Belan F, Sánchez MT, Otero A. Longevity and relationships with children: the importance of the parental role. *BMC Public Health*. 2009;9:351.

Autoevaluación

1. ¿Cuál de los siguientes indicadores se considera como resultado o consecuencia del proceso de estratificación social más que como causa de la posición socioeconómica?
 - a. Nivel de instrucción
 - b. Ocupación
 - c. Género
 - d. Cohesión social
 - e. Cultura

Correcta: a. Desde la perspectiva de la epidemiología social, los principales indicadores utilizados para clasificar la posición socioeconómica (PSE) de las personas son los ingresos, el nivel de instrucción y la ocupación. Ingresos y educación son variables que se pueden considerar como resultado del propio proceso de estratificación social, mientras que la ocupación es el indicador más próximo a esa estratificación. La cohesión social es un determinante intermedio de la salud relacionado con una actitud de solidaridad y protección ante situaciones de desventaja que puedan sufrir los miembros de una comunidad. La cultura, los valores y creencias forman parte del contexto sociopolítico que se da en una sociedad o grupo poblacional y no es el resultado del proceso de estratificación social en esa comunidad.
2. ¿Cuál de los siguientes determinantes de la salud es el elemento central o más importante en el proceso que conduce a una distribución desigual de la salud en la población?
 - a. Carga genética
 - b. Estilos de vida
 - c. Sistema sanitario
 - d. Posición socioeconómica
 - e. Condiciones de la vida diaria

Correcta: d. El marco conceptual de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) coloca a la posición social como elemento central del proceso que conduce a una distribución desigual de la salud en la población. La posición socioeconómica es el indicador más importante de la posición social. La carga genética es un determinante que se incluye dentro de los factores biológicos, uno de los determinantes intermedios de la salud, como sucede con las condiciones materiales de la vida diaria, los estilos de vida y el propio sistema sanitario. La denominación de «determinantes intermedios» persigue resaltar su posición intermedia en la cadena causal entre el determinante principal (la posición social) y el resultado (la distribución desigual de la salud en la población).
3. En el modelo clásico de Lalonde sobre los determinantes de la salud aparece uno que no se recoge con la misma denominación entre los determinantes intermedios del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud de la OMS. Señálelo:
 - a. Estilos de vida
 - b. Factores biológicos
 - c. Medio ambiente

- d. Sistema sanitario
- e. Cohesión social

Correcta: c. «Medio ambiente» como determinante específico, que es uno de los cuatro determinantes clásicos del modelo Lalonde, no aparece con esa denominación en el modelo de la OMS sobre determinantes sociales de la salud, ya que, en este marco conceptual, el medio se considera en sentido amplio, incluyendo tanto el medio social como el medio físico, que en el modelo de la OMS se identifica como «condiciones de la vida diaria». Los otros tres determinantes del modelo clásico aparecen con la misma denominación entre los determinantes intermedios (factores biológicos, estilos de vida y sistema sanitario).

4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con el fenómeno conocido como el «efecto del migrante sano»?
 - a. El estado de salud de los inmigrantes al inicio de su estancia en el país de acogida es superior a la media de la población autóctona de esa misma edad y sexo
 - b. La trayectoria de salud de los migrantes a lo largo de los años es equivalente a la de los nacionales
 - c. La mejora de la situación socioeconómica de los inmigrantes en el país de acogida anula los efectos de los determinantes sociales durante la infancia en su país de origen
 - d. Los migrantes tienen una menor probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas durante su estancia en el país que la población autóctona
 - e. Las desigualdades ante la vulnerabilidad a las enfermedades crónicas es similar entre los migrantes y la población autóctona

Correcta: a. La trayectoria de salud en los inmigrantes (evolución del estado de salud en el país de acogida) tiene varias etapas que se suceden en el tiempo: primero una etapa de selección positiva de los sanos (incluyendo el efecto de la selección positiva de los que buscan trabajo), que se asocia al fenómeno del «emigrante sano». Tras esta primera etapa hay una segunda etapa de disminución del nivel de salud a pesar de cierta mejora socioeconómica, debida al efecto acumulativo de los determinantes sociales durante la infancia en su país de origen (influencia de la trayectoria vital en la salud, especialmente de los sucesos ocurridos en la infancia) y de la exposición, ya en el país de destino, a las nuevas condiciones de vida, a los riesgos del trabajo y a las enfermedades crónicas (v. Malmusi et al., 2010).

5. Elija la respuesta correcta en relación con la conexión entre determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud:
 - a. El sistema sanitario es el determinante intermedio a través del cual se expresan las diferentes consecuencias del proceso de enfermar según los distintos estratos sociales
 - b. La conexión causal entre los determinantes sociales y las desigualdades en la salud se resume en las consecuencias de la enfermedad en los distintos estratos sociales
 - c. Los determinantes sociales pueden actuar como factores protectores de la salud o como factores de riesgo, produciendo las desigualdades

d. La distribución igualitaria de la atención sanitaria garantiza la superación de las desigualdades en la salud para la población

e. La vulnerabilidad a las enfermedades crónicas es similar entre los distintos estratos sociales

Correcta: *c.* Todos los determinantes intermedios, y no sólo el sistema sanitario, son las vías por las que se expresan las desigualdades en la salud de los diferentes estratos sociales (de ahí su nombre de determinantes intermedios entre los determinantes principales y la desigualdad en salud). La diferente vulnerabilidad, exposición al daño y consecuencias de la enfermedad representan la conexión causal con la aparición de las desigualdades en la salud ligadas al gradiente social, no sólo las diferentes consecuencias de la enfermedad. Equidad en salud y equidad en la atención sanitaria son conceptos diferentes. Abogar por la equidad en salud no es sólo alcanzar una distribución igualitaria de la atención sanitaria (Amartya Sen, 2004).

6. ¿Cuál de las siguientes características se relaciona con el concepto «viejismo» o «edadismo»?

a. Enfermedad frecuente en la vejez

b. Prejuicio o creencia

c. Fenómeno poco prevalente entre la población general

d. Fácilmente identificable

e. No afecta a los profesionales sanitarios

Correcta: *b.* El término «viejismo» o «edadismo» es una traducción del inglés *ageism*, que apareció en la literatura científica a partir de 1969. Se trata de un prejuicio que conlleva una forma de discriminación y rechazo o infravaloración de las personas mayores como resultado de mitos y estereotipos muy extendidos entre la población, que también puede afectar a los profesionales sanitarios. Este prejuicio hacia los mayores tiene la peculiaridad de que puede estar presente sin ser advertido o sin que exista una intención explícita de hacer daño, lo cual implica que pueda ser difícil reconocerlo («viejismo implícito»).

7. En relación con el fenómeno de la exclusión social en nuestro medio y en la actualidad (2011), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a. Toda exclusión social se asocia con la pobreza

b. La exclusión social se concentra en las edades más avanzadas

c. La exclusión social es una condición estable de una persona o colectivo determinado

d. Es un riesgo asociado a determinadas etapas del ciclo vital

e. El padecer una enfermedad nunca es causa de exclusión social

Correcta: *d.* Aunque la exclusión social se debe en muchos casos a una exclusión económica, existen otras causas, como la exclusión educativa o la causada por ciertas enfermedades que estigmatizan a los pacientes y provocan su rechazo social y aislamiento. Hasta hace unos años, la exclusión social se centraba en las personas mayores, asociada a la pérdida de poder económico. Hoy en día se asocia con más frecuencia a etapas vitales que suponen un mayor riesgo de empobrecimiento: infancia, juventud y tercera edad.

8. Necesidad, demanda, accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios son términos relacionados. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a. La demanda de un servicio sanitario requiere de la existencia previa de una necesidad percibida

b. «Demanda» se identifica con los servicios que los individuos utilizan

c. La demanda de asistencia sanitaria es equivalente a la necesidad de servicios sanitarios de una población

d. La accesibilidad es un factor independiente de la utilización de los servicios sanitarios

e. La utilización de los servicios sanitarios mide la necesidad de servicios sanitarios de una población

Correcta: *a.* Para demandar un servicio sanitario se requiere de una necesidad sentida por la persona o su entorno aunque no todas las necesidades, ni siquiera las necesidades sentidas, se expresan en demanda de servicios. Una demanda no significa siempre la utilización, que está condicionada por la disponibilidad y accesibilidad de los propios servicios. La demanda y la utilización no reflejan toda la necesidad de servicios sanitarios de una población, ya que existen necesidades no sentidas.

9. El objetivo de la superación de las desigualdades sociales en la salud requiere de una intervención intersectorial. En relación con este abordaje intersectorial, ¿cuál es la respuesta correcta?

a. Por su formación, los profesionales sanitarios ya disponen de las aptitudes y habilidades que se requieren para el trabajo intersectorial

b. Las acciones desde el interior del propio sistema sanitario para la superación de las desigualdades en salud son más efectivas que la intervención intersectorial

c. La participación de la población y de la sociedad civil, aunque importante, no forma parte de la definición de abordaje intersectorial

d. Los tres principios de acción de la Comisión de la OMS para los Determinantes Sociales de la Salud responsabilizan al sistema sanitario de su aplicación

e. Al sector sanitario le corresponde un protagonismo especial, abogando y sensibilizando a los otros sectores implicados en el objetivo de superar las desigualdades en salud

Correcta: *e.* Se requiere de una intervención sobre los profesionales sanitarios mediante programas de formación y motivación para mejorar su capacitación en la implicación de otros sectores públicos y privados e instituciones en el abordaje intersectorial para superar las desigualdades en la salud. Se correspondería con habilidades que algunos autores denominan «diplomacia de la salud». Desde el sector sanitario sólo no es posible resolver las desigualdades sociales que en general las desigualdades en salud, aunque su papel es fundamental en la sensibilización de otros sectores y de la propia población, cuya participación es imprescindible.

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se relaciona con el concepto de «analfabetismo sanitario» (*health illiteracy*) que algunos autores han identificado como una epidemia silente?

- a. El grado de conocimiento de las medidas de promoción y prevención ante los principales riesgos de salud es muy bajo en la población general
- b. Las actividades de propaganda y marketing para el fomento del consumo de ciertos productos han colaborado al analfabetismo sanitario funcional en la población
- c. La alfabetización sanitaria se identifica con la capacidad de los pacientes de comprender y usar la información que le transmite el profesional sanitario
- d. El manejo de las situaciones que produce el analfabetismo sanitario requiere de un abordaje intersectorial más que de una actuación en la relación médico-paciente

- e. El analfabetismo sanitario es un término que se emplea más en la relación con la comunidad que con los individuos

Correcta: c. El concepto de «analfabetismo sanitario funcional» (*functional health illiteracy*) se viene empleando en las publicaciones científicas para referirse a las dificultades que el bajo nivel de instrucción de los pacientes puede provocar en la capacidad de comprensión de la información, especialmente escrita, que le dan los profesionales sanitarios referidas a su enfermedad. La trascendencia de este fenómeno de «analfabetismo sanitario» se sitúa, sobre todo, en las consecuencias que tiene en el seguimiento y cumplimiento de las medidas terapéuticas y en la relación profesional sanitario-paciente, y su manejo requiere tener presente este condicionante a ese nivel y buscar alternativas que garanticen la comprensión del mensaje que se le da al paciente.

Enlaces web

Informe OMS de Determinantes Sociales, publicado en 2008 WHO/IER/CSDH/08.1

Informe Final de la Comisión: «Subsanar las desigualdades en una generación». Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

www.who.int/social_determinants

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

Documento «Hacia la Equidad en Salud». Presidencia Española UE. 2010 / Ministerio de Sanidad.

http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf

Marco Conceptual OMS. Revisión bibliográfica básica en el marco conceptual de la CDSS OMS: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. WHO. Commission on social determinants of health, April 2007. Disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

Otros modelos de determinantes de la salud: Véase el artículo de Carmen Borrel en Informe SESPAS 2010. Se puede encontrar en Portal de Mayores IMSERSO (v. más adelante) o directamente en la revista *Gaceta Sanitaria*:

www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7010&sumarioid=13009640

Cohesión social: Artículo Social Polis EF1: Local Welfare Systems: A Challenge for Social Cohesion. Disponible en:

www.socialpolis.eu

Relaciones sociales: Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Ángel Otero Puime et al., 2006:

www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_2006_09.pdf

Ageísmo y demás temas relacionados con determinantes sociales y personas mayores. Portal de mayores del IMSERSO/CSCIC: <http://www.imsersomayores.csic.es/>

Numerosas referencias sobre este tema en la sección de documentos buscando con los epígrafes «viejismo», «edadismo» o «ageísmo». Se trata de un portal muy importante con accesos a temas muy relacionados con determinantes sociales.

Judge, A. et al. Equity in access to total joint replacement of the hip and knee in England: cross sectional study, *BMJ* 2010; 341:c4092

<http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4092.full>

Cornelia M. Borkhoff, PhD, Gillian A. Hawker, MD MSc, Hans J. Kreder, MD MPH, Richard H. Glazier, MD MPH, Nizar N. Mahomed, MD ScD and James G. Wright, MD MPH. The effect of patients' sex on physicians' recommendations for total knee arthroplasty. *CMAJ*, March 11, 2008; 178 (6).

<http://www.cmaj.ca/cgi/content/abstract/178/6/681>

Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. DRAF. April 2007

http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

Alexa T. McCray. Promoting Health Literacy.

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B7CPS-4FJT8T8-8&_user=9920944&_coverDate=04%2F30%2F2005&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1758372916&_rerunOrigin=scholar.google&_acct=C000000593&_version=1&_urlVersion=0&_userid=9920944&md5=c643b9a30514237ab3dc6f8bc398e20e&searchtype=a

Otero Puime A. et al. Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Documentos de trabajo 9. Fundación BBVA.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/otero-relaciones-01.pdf>

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. *GacSanit.* 2010. doi:10.1016/j.gaceta.2010.05.005

[http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-9111\(10\)00151-2.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-9111(10)00151-2.pdf)

Casos y problemas

CASO 1. Equidad en el acceso al reemplazamiento total de cadera y rodilla en Inglaterra: un estudio transversal. Tomado de Judge et al., 2010.

El trabajo pretende explorar si la utilización real de esta intervención quirúrgica, ante una necesidad igual, está asociada a variaciones geográficas y/o sociodemográficas. Para ello, los autores dividen la población de Inglaterra en distintos grupos de estudio (por edad, sexo, situación socioeconómica, ruralidad, etnia o distrito).

Como variable principal emplean la «razón de equidad» en el acceso a la implantación de prótesis de rodilla (o de cadera) que definen como el cociente entre:

1. El número de intervenciones necesarias en los distintos grupos del estudio estimado a partir de datos transversales de estudios previos.
2. El número de intervenciones realizadas, obtenido a partir de las bases de datos hospitalarias.

Realizan un análisis de regresión de Poisson multinivel incorporando las variables individuales de edad y sexo y las variables sociodemográficas de las distintas unidades censales de toda Inglaterra (estatus socioeconómico, ruralidad, características étnicas de la población en esas zonas geográficas).

Del modelo final de la razón de equidad para el acceso a la intervención de prótesis total de rodilla se han tomado los siguientes resultados:

| Variables* | Grupo referencia | Razón de equidad acceso OR (IC del 95%) |
|-----------------------|------------------|---|
| Edad*: ≥85 años | 50-59 años | 0,87 (0,82-0,83) |
| Sexo: hombre | Mujer | 1,31 (1,28-1,34) |
| ESE: zonas deprivadas | Medio alto | 0,33 (0,31-0,34) |

*El modelo incluye más variables y con más categorías por variable.

ESE: estatus socioeconómico; IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

Los autores concluyen que sus resultados muestran inequidad en el acceso a la intervención de artroplastia de rodilla (y de cadera) asociada a la edad y al sexo (también a la deprivación socioeconómica, ruralidad y etnicidad. (Estos datos no se han reproducido en este cuadro abreviado.)

CASO 2. El efecto del sexo del paciente en las recomendaciones para la artroplastia total de rodilla. Tomado de Judge et al., 2010

Para valorar si había diferencias en la indicación/recomendación de la intervención quirúrgica que hacen los médicos si están ante una mujer o un hombre, en igualdad de condiciones clínicas, estos autores realizaron un estudio con 38 médicos de familia y 29 cirujanos ortopédicos que atendieron de forma independiente a dos pacientes (un hombre y una mujer) con un cuadro clínico similar.

Los pacientes habían sido seleccionados previamente por dos cirujanos ortopédicos que habían confirmado que la gravedad de la enfermedad era idéntica en ambos casos, basándose en exámenes físicos y radiografías de rodilla. Ambos pacientes tenían 67 años y su cuadro clínico era compatible con artrosis moderada/severa, con dolor y limitaciones funcionales resistente a tratamientos farmacológicos y rehabilitadores, con imágenes radiológicas de artrosis, y que al final hacían la pregunta: «¿Cree usted que necesito una prótesis de rodilla?».

Los principales resultados del estudio fueron los siguientes: la mitad de los médicos consultados dieron la misma indicación al hombre que a la mujer de recomendarles o no la implantación de prótesis total de rodilla. El 42% lo recomendaron al hombre pero no a la mujer, y un 8% lo recomendaron a la mujer pero no al hombre.

En resumen, el 67% de los médicos recomendaron la cirugía al hombre y el 33%, a la mujer (OR: 4,2; IC del 95%: 2,4-7,3).

Relación entre la recomendación de artroplastia total de rodilla según el sexo del paciente y el tipo de médico

| Tipo de médico | OR (IC del 95%) | p |
|------------------------------|-----------------|--------|
| <i>Cirujano ortopédico</i> | | |
| Paciente hombre (ref. mujer) | 22,1 (6,4-76,0) | <0,001 |
| <i>Médico de familia</i> | | |
| Paciente hombre (ref. mujer) | 2,2 (1,04-4,71) | 0,043 |

Esta información es un resumen personal de los autores del capítulo de los dos trabajos citados: Judge et al., 2010, y Borkhoff et al., 2008.



Presentaciones en PDF

Aspectos sociales y salud

