

Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012

Ildefonso Hernández-Aguado^{a,b,*}, María Santaolaya Cesteros^c y Pilar Campos Esteban^c

^a Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Área de Promoción de la Salud, Dirección General de la Salud Pública, Calidad e Innovación, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de junio de 2011

Aceptado el 30 de septiembre de 2011

On-line el xxx

Palabras clave:

Desigualdades sociales en salud

Atención primaria

Determinantes sociales de la salud

Políticas de salud

Keywords:

Social inequalities in health

Primary health care

Social determinants of health

Health policy

R E S U M E N

El sistema de salud es uno de los determinantes sociales de salud y aunque no es el más relevante, no debe desestimarse su potencial contribución a la reducción de las desigualdades sociales en la salud. Las características de la atención primaria de salud la hacen idónea para este objetivo. Una igualdad en el acceso a los servicios sanitarios, una atención proporcional a las necesidades y el trabajo conjunto con otros sectores pueden conseguir un efecto estimable en el camino hacia la equidad efectiva en salud. En este artículo se resumen los antecedentes y el marco de acción para reducir las desigualdades sociales en salud y se presenta una síntesis de propuestas de actuación en atención primaria para contribuir a este objetivo que se recogen en los documentos nacionales e internacionales más relevantes sobre políticas de salud pública. Se pretende suscitar el debate, estimular la generación del conocimiento ausente en nuestro ámbito e impulsar las acciones en la práctica. Las propuestas se presentan en cinco líneas de intervención: información para la acción, participación social, capacitación; intersectorialidad y reorientación de la atención a la salud. Cada línea de intervención se describe según los destinatarios o sujetos de la acción (ciudadanos y comunidad, equipo de atención primaria, gestión del centro y área de salud, política de salud).

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Social inequalities in health and primary care. SESPAS Report 2012

A B S T R A C T

The health system is a social determinant of health. Although not the most important determinant of health, the health system's potential contribution to reducing social inequalities in health should not be underestimated. Due to its characteristics, primary health care is well placed to attain equity in health. To make progress in achieving this goal, the main measures to be considered are the removal of barriers to access to services, the provision of care proportionate to need, and engagement in intersectoral work. This article reviews the background and framework for action to tackle social inequalities in health and provides a summary of the primary health care actions that could help to reduce social inequalities in health and are mentioned in the most important national and international documents on health policy. We hope to stimulate debate, promote research in the field and encourage implementation. The proposals are grouped in the following five intervention lines: information systems; participation; training; intersectoral work; and reorientation of health care. Each intervention is ordered according to its targets (population and civil society; primary health team; health center and health area management; and health policy decision-makers).

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En España, como en otros lugares del mundo, las desiguales condiciones de vida producen desigualdades sociales en salud¹⁻¹⁴. Se denominan así aquellas diferencias en salud que son injustas y evitables. Por ejemplo, son injustas y evitables las diferencias de esperanza de vida entre comunidades autónomas en España (fig. 1).

Esta grave situación, que tiene sus raíces en la organización política y social, concierne al conjunto de la sociedad y sin duda a todos los profesionales vinculados a la salud de la población.

Ningún ámbito de la sanidad es ajeno a estas desigualdades, y sus profesionales deben implicarse en modificar la situación.

El propio sistema de salud es uno más de los determinantes sociales de salud¹⁵, y aunque no es el más relevante ni por sí solo puede reducir las desigualdades sociales en salud, no debe desestimarse su potencial contribución a este objetivo. Una igualdad en el acceso a los servicios sanitarios, una atención proporcional a las necesidades y el trabajo conjunto con otros sectores pueden conseguir un efecto estimable en el camino hacia la equidad efectiva en salud.

El acceso universal y gratuito de nuestro Sistema Nacional de Salud ya elimina las desigualdades de gran alcance en el acceso a la asistencia sanitaria que se observan en países con graves problemas de justicia distributiva en sanidad, como Estados Unidos. Además, los sistemas de salud basados en el modelo de atención primaria

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ihernandez@umh.es (I. Hernández-Aguado).

Puntos clave

1. En España existen desigualdades sociales en salud como resultado de la diferente distribución de los determinantes sociales de la salud a lo largo de la escala social.
2. Es necesario un abordaje integral de las desigualdades sociales en salud desde un enfoque de determinantes sociales de la salud. El sistema de salud es un determinante social más, por lo que su contribución a la equidad es limitada, aunque esencial.
3. Se ha demostrado que los sistemas de salud con universalidad de acceso, así como aquellos modelos basados o centrados en la atención primaria, contribuyen en mayor medida a la equidad en salud.
4. La atención primaria tiene, por tanto, un papel relevante para abordar los determinantes sociales de la salud, fundamentalmente a través de su vertiente comunitaria, y para contribuir, en colaboración con otros actores, a la reducción de las desigualdades en salud.
5. Los autores, basándose en la literatura revisada, proponen potenciar, en todos los ámbitos (ciudadanos y comunidad, equipo de atención primaria, centro y área de salud, y nivel local, política de Salud), las siguientes líneas estratégicas:
 - Información para la acción
 - Participación social
 - Formación y capacitación
 - Intersectorialidad
 - Reorientación de la atención a la salud

de salud, como el implantado en España, han mostrado que contribuyen con mayor efectividad a reducir las desigualdades que otros modelos¹⁶⁻²¹. No obstante, las prestaciones sanitarias no se realizan aún en condiciones de igualdad efectiva tal como estableció la Ley General de Sanidad de 1986, ni la atención primaria ha desarrollado toda su capacidad para la reducción de las desigualdades sociales en salud.

Es cierto que a la atención primaria de salud se le confían de manera explícita e implícita múltiples actividades con cada vez

menos recursos, cuando ya está desbordada por la carga asistencial que debe asumir. De hecho, las previsiones iniciales de que la atención primaria desarrollase actuaciones comunitarias se vieron impedidas en la práctica por la demanda cotidiana de asistencia y una preparación de los profesionales más dirigida al cuidado que a cualquier otra faceta relacionada con la salud. De ahí que pretender la incorporación del principio de equidad en la práctica diaria puede resultar ingenuo en las condiciones actuales. Sin embargo, hay razones de eficiencia técnica y de orden ético que aconsejan incorporar la equidad efectiva como principio ineluctable de actuación.

En este artículo se revisa el marco actual en el campo de las desigualdades sociales en salud y se presenta una serie de propuestas de actuación en atención primaria, basadas en documentos de referencia nacionales e internacionales en este ámbito, que podrían contribuir a alcanzar la equidad en salud.

Antecedentes y marco de acción para reducir las desigualdades sociales en salud

La atención a los determinantes sociales de la salud está unida a la salud pública desde sus comienzos, y la búsqueda de una justicia social efectiva forma parte de sus principios básicos. En los últimos decenios, el estudio de estas causas radicales de los principales problemas de salud de la población se ha incrementado sin cesar. El tesón académico, el activismo de los investigadores y de la sociedad civil, junto a otras acciones, han propiciado y recibido el impulso reciente de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de instituciones como la Unión Europea (UE), y se ha empezado a trabajar en el desarrollo de propuestas de acción y políticas para la reducción de las desigualdades sociales en salud.

La OMS puso en marcha en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, cuyo informe mundial final, «Subsanar las desigualdades en una generación»¹⁶, publicado en 2008, supuso un hito en la sistematización del abordaje de los determinantes sociales de la salud, y un punto de partida para situar este tema en la agenda internacional. En mayo de 2009, la 62ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución WHA 62.14, que supone una clara

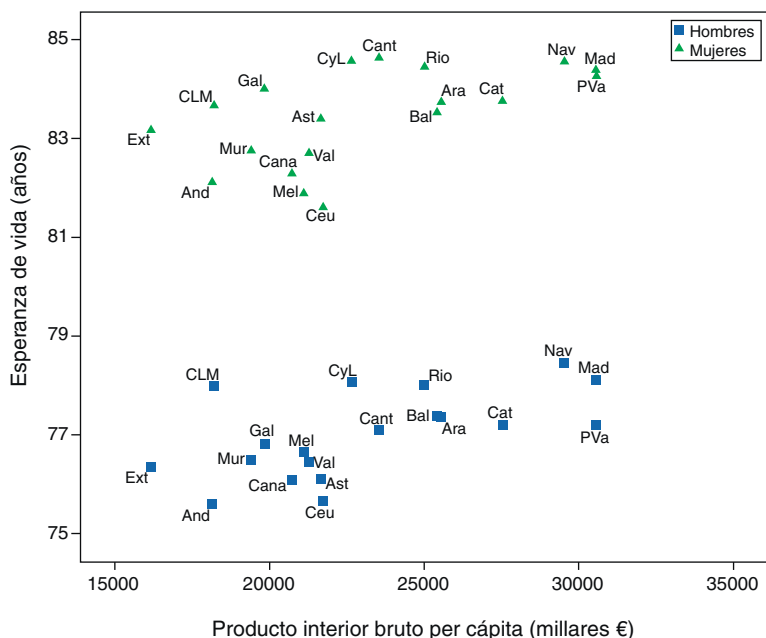


Figura 1. Esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres según el producto interior bruto per cápita en las comunidades autónomas de España (2007). Fuente: elaboración de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística²⁶.

llamada a la acción a los estados miembros para «reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud»²².

En la Región Europea de la OMS, una comisión presidida por Michael Marmot desarrolla ahora una revisión sobre los determinantes sociales y la brecha en salud, que pretende informar la nueva política de esa institución²³, resumiendo el conocimiento disponible y proponiendo acciones de ámbito nacional, regional y local para ampliar y sistematizar las acciones sobre los determinantes sociales de la salud y reducir las desigualdades en salud.

Las iniciativas de varias presidencias de la UE han contribuido en los últimos años a la priorización y el desarrollo de la equidad en salud en la agenda europea. De hecho, la UE cuenta con un grupo de expertos en determinantes sociales y desigualdades en salud cuyo objetivo es facilitar el intercambio de buenas prácticas para disminuir las desigualdades en salud. En octubre de 2009, la Comisión Europea emitió la comunicación «Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE», que supuso un gran impulso hacia el compromiso de los estados miembros con la equidad en salud²⁴. Durante la presidencia española de la UE, en junio de 2010 se aprobaron, en el Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores, las conclusiones «Equidad y salud en todas las políticas»²⁵, que constituyen un avance en el compromiso de los estados miembros.

Hay asimismo en el marco europeo experiencias pioneras en políticas para reducir las desigualdades en salud. Sus características han sido analizadas recientemente en una revisión realizada por expertos de la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (CNRDSS-E), y que ha incluido países con políticas integrales (Finlandia, Suecia, Noruega, Inglaterra e Irlanda) y otros con experiencias de interés (Dinamarca y Holanda)²⁶.

Es preciso recordar que este reconocimiento progresivo de la inequidad en salud y la consideración de posibles actuaciones para remediarla ha sido paralelo a la renuncia a las políticas públicas redistributivas en educación, renta, vivienda, empleo y otras que estuvieron en el origen de los avances sociales más destacables y consiguieron el mayor grado de igualdad hasta ahora logrado. Es decir, que pese a que las desigualdades sociales en salud van escalando posiciones en las agendas políticas nacionales e internacionales, esto se hace en momentos en que las macropolíticas dominantes amplían las desigualdades.

En España, desde el campo de la salud pública ha habido una intensa y excelente actividad investigadora sobre las desigualdades sociales en salud, que ha mostrado la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud constatadas tanto por clase social, sexo, etnia o país de origen como por territorio¹⁻⁴. Las personas de clases sociales desfavorecidas^{5,6}, las de etnia gitana⁷, las que residen en áreas con mayor privación^{8,9}, las mujeres¹⁰⁻¹², o más recientemente la población emigrante de países pobres^{13,14}, presentan peores condiciones de vida y de trabajo que se manifiestan en la salud.

Las políticas para reducir estas desigualdades no han sido prioritarias en la agenda política²⁷⁻²⁹, exceptuando las dirigidas a disminuir las desigualdades por las relaciones de género³⁰, pero el mayor protagonismo internacional y europeo de este tema ha favorecido que España lo haya elevado recientemente en su agenda política. Por un lado, en 2008 se estableció la reducción de las desigualdades sociales en salud como una prioridad para la legislatura, y se creó la CNRDSS-E, con el objeto de elaborar una propuesta de intervenciones. En mayo de 2010, la comisión presentó el documento «Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España»¹⁷, junto con un documento que la CNRDSS-E había realizado previamente sobre el análisis de la situación de

las desigualdades en salud en España y las políticas para reducir las en España y Europa²⁶. Por otro lado, el 28 de mayo de 2009 se presentó el «Informe mundial de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud» de la OMS en España. En 2010, con motivo de la presidencia española de la UE, una de las tres prioridades de salud elegidas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad fue «Innovación en salud pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud». Como apoyo técnico para esta prioridad de la presidencia se elaboró un informe en el cual participaron expertos nacionales e internacionales³¹.

Todos estos hechos, junto a experiencias recientes en algunas comunidades autónomas, como el Plan de Salud del País Vasco^{32,33}, el nuevo Plan de Salud de Andalucía³⁴ o la Ley de Barrios de Cataluña³⁵, han actuado sinérgicamente y hay ahora un contexto quizás propicio para pasar a la acción de ámbito nacional y avanzar en la equidad en salud³⁶. El enfoque de determinantes sociales en salud incide sobre el abordaje integral de la salud desde todas las políticas, pero en nuestro contexto parece apropiado, además de abogar por ella con todos los sectores que tienen impacto en la salud de la población, incidir en el sector salud.

El informe de la CNRDSS-E, al igual que el informe mundial y en línea con la Ley General de Sanidad y la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, recoge la necesidad de actuaciones decididas en nuestro sistema de salud para avanzar en la equidad en salud^{37,38}. Esto concierne al conjunto del sistema de salud, pero tiene especial aplicación en la atención primaria por ser la puerta de entrada al sistema, por su ubicación local, por la capacidad de acción de su vertiente comunitaria y por las alianzas que puede establecer con otros actores del propio sistema (profesionales de salud pública o de la atención especializada) o de otros sectores como servicios sociales, educación, etc. Para que el teórico papel clave de la atención primaria en la reducción de las desigualdades en salud se cumpla es preciso llevar a la práctica aquellas intervenciones sobre las que hay pruebas suficientes de que contribuyen a este cometido, o sobre las cuales la alternativa de la inacción haya acreditado que fracasa en el objetivo.

Integración de la equidad efectiva en atención primaria

Pese a que la mayoría de las desigualdades sociales en salud no están causadas por el sistema de salud, éste puede actuar al menos como amortiguador y reducir sus consecuencias. En el mejor de los casos, puede trabajar con otros sectores e influir para estimular las políticas y actuaciones de reducción de las desigualdades en salud. En la [tabla 1](#)

se presenta una propuesta con recomendaciones a diferentes niveles y con diversos destinatarios, que pretende suscitar el debate, estimular la generación del conocimiento en nuestro ámbito e impulsar las acciones en la práctica. Se estructuran de acuerdo a las cinco líneas de intervención que se mencionan en prácticamente todos los documentos relevantes sobre reducción de desigualdades en atención primaria: 1) información para la acción, 2) capacitación, 3) participación, 4) intersectorialidad y 5) atención a la salud. Cada línea de intervención se describe en el eje horizontal de la tabla según los destinatarios o sujetos de la acción (ciudadanos y comunidad, equipo de atención primaria, gestión del centro y área de salud, política de salud). La ubicación en cada sector de la tabla es aproximada y sólo tiene intención descriptiva.

En el espacio de este artículo no pueden analizarse con detalle cada una de las intervenciones propuestas ilustrándolas con ejemplos concretos, y menos aún identificar las barreras para su implantación y las estrategias para sortearlas. Al respecto, para el lector interesado puede ser especialmente útil el acceso al *blog* de la mesa sobre «Desigualdades sociales en salud» del Congreso

Tabla 1
Actuaciones en atención primaria de salud para reducir las desigualdades sociales en salud

Ciudadanos y comunidad	Nivel de intervención		
	Equipo de atención primaria	Centro de salud Área de salud Nivel local	Política de salud
<i>Línea de intervención 1. Información para la acción</i>			
Incluir el eje de equidad en las comunicaciones públicas sobre salud por los actores implicados. Incorporar la equidad por parte de las sociedades científicas en sus sistemas de información y evaluación de programas.	Incluir sistemáticamente las variables sociales en la historia clínica. Se propone incluir, al menos, máximo nivel educativo alcanzado, ocupación y situación laboral ⁴⁹ . Generar y difundir conocimiento científico sobre posición socioeconómica y los resultados sanitarios y sobre su mejora en el contexto asistencial ¹⁶ . Generar información actualizada de los recursos locales e iniciativas comunitarias, incluidas organizaciones voluntarias de relevancia para los usuarios del centro de salud ^{40,43,48} . Disponer de procedimientos formales de información cualitativa de diagnóstico de los determinantes sociales de la salud ³⁹ .	Conocimiento y caracterización de las necesidades de la población atendida ^{40,41} . Emplear los sistemas de información disponibles, incluyendo los sistemas de tarjeta sanitaria y las encuestas de salud comunitarias, con la finalidad de informar sobre las desigualdades sociales y las inequidades en la calidad de la atención relevantes en atención primaria ⁴² . Compartir información y recursos de análisis ¹⁶ . Disponer de indicadores clave según eje de equidad, especialmente de comienzo vital y pasos críticos –bajo peso al nacer, embarazos en adolescentes, exclusión social en juventud temprana o en adultos antes de la jubilación, etc. Establecer criterios de calidad en la aplicación del eje de equidad en la atención sanitaria (accesibilidad y pérdidas en el seguimiento según variables sociales, prioridad de la atención en función de la necesidad, etc.) e incorporarlos a la evaluación de calidad ¹⁷ . Evaluar el impacto de la gestión de atención primaria en la salud de la población, en sus determinantes y en equidad en salud ^{16,17} . Realizar auditorías de equidad en salud ¹⁶ .	Monitorización y visibilización de las desigualdades en salud y de los determinantes sociales de la salud ^{16,41,43} . Presentación estratégica de la información sobre la situación de equidad que describa costes de las desigualdades, sinergias intersectoriales y oportunidades de intervención ¹⁶ . Investigación y difusión de diferencias en accesibilidad y uso a la atención sanitaria (evidencia de la relación entre la posición socioeconómica y los resultados sanitarios) ^{4,16,18,44} . Analizar el impacto de las políticas sanitarias vigentes en la equidad en salud ⁵ . Vigilar la inclusión de la equidad entre los criterios de acreditación de la calidad de los proveedores de servicios sanitarios ¹⁷ . Incentivar la inclusión de las variables relacionadas con la equidad en la investigación en salud.
<i>Línea de intervención 2. Participación social</i>			
Empoderamiento individual y comunitario ^{16,19} . Fortalecer conocimientos y habilidades individuales y colectivas para ejercer control sobre los determinantes sociales de salud ^{42,45} . Promover la participación efectiva de la comunidad en la toma de decisiones aplicando experiencias exitosas y desarrollando órganos de participación efectiva ^{16,39,42} . Favorecer la demanda social organizada del conocimiento sobre desigualdades en salud y la adopción de medidas para mejorar la salud ⁴² .	Informar a las personas usuarias sobre sus derechos a la asistencia y mejorar la divulgación y conocimiento de los derechos del paciente ¹⁷ . Colaborar con los diferentes agentes sociales locales en el desarrollo de programas dirigidos al desarrollo de la población facilitando su participación ³⁹ . Potenciación y desarrollo de los roles de enfermera y de farmacéutico de área ⁴⁰ . Potenciación de la equidad y los determinantes sociales de la salud en las redes profesionales ¹⁶ .		Avanzar en la orientación comunitaria de la atención primaria reconociendo y fomentando la participación de los profesionales en actividades y dinámicas interdisciplinarias de acción comunitaria ¹⁷ . Regular la participación social en los procesos normativos ¹⁶ . Establecer procedimientos formales para potenciar la participación social y de los profesionales en la toma de decisiones política. Financiar y dotar de recursos a las áreas y a los centros de salud de acuerdo a los determinantes sociales de la salud y grado de desigualdad de la zona en que están ubicados. Garantizar normativamente la transparencia de las actividades públicas. Equilibrar en los organismos de participación la presencia de grupos, de forma que se reduzca la tendencia a grupos orientados a la enfermedad y se incremente la de grupos orientados a la salud.

Línea de intervención 3. Formación y capacitación

Potenciar la alfabetización sanitaria¹⁹.
Influir desde las sociedades científicas para que la equidad se incorpore en los programas de formación universitarios y en los de especialización.

Formación en conocimientos prácticos y capacidades de aplicación técnica sobre los determinantes sociales de la salud¹⁶.
Potenciación de la formación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad enmarcada en la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y difusión de buenas prácticas (Programa de actividades comunitarias en atención primaria y otros)^{4,16,39}.
Aprovechar las ocasiones de formación de grado y especialización para mostrar la relevancia de la equidad.
Generar materiales formativos que muestren la contribución a la efectividad clínica y social de la incorporación del eje de equidad a la atención sanitaria.

Incluir en el Programa de Formación Continua el enfoque de determinantes sociales de la salud⁴⁷.
Reforzar y fortalecer al personal sanitario y desarrollar su capacidad para actuar sobre los determinantes sociales de la salud asignando los recursos necesarios¹⁶.

Incorporar el enfoque de los determinantes sociales de la salud y equidad en la formación pregrado, grado y posgrado⁴⁷.
Incluir el enfoque de los determinantes sociales de la salud y equidad en la especialidad de medicina familiar y comunitaria^{4,19}.
Fortalecer las capacidades y habilidades de gestión de los técnicos y de las autoridades sanitarias para abordar la equidad en salud⁴².

Línea de intervención 4. Intersectorialidad

Establecer alianzas por parte de las asociaciones científicas con actores implicados en la acción intersectorial mostrando la relevancia del enfoque de salud y equidad en salud en todas las políticas.

Conocimiento de recursos sociosanitarios^{40,43}.
Fomentar las alianzas de trabajo con otros sectores (educación, servicios sociales, agentes locales, salud pública, etc.)⁴⁶.

Incluir en todos los planes y proyectos acciones intersectoriales siguiendo el eje de equidad¹⁶.
Desarrollo de órganos de participación intersectorial.
Incentivar a los profesionales para favorecer la acción intersectorial¹⁶

Garantizar la acción intersectorial como estrategia para mejorar los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud¹⁶.
Dotar de mecanismos y recursos que fomenten la equidad en salud en todos los sectores¹⁶.
Creación de órganos intersectoriales para abordar la salud y los determinantes sociales de la salud.
Favorecer desde el sector salud el liderazgo de otros sectores en el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Tabla 1 (Continuación)

Ciudadanos y comunidad	Nivel de intervención		
	Equipo de atención primaria	Centro de salud Área de salud Nivel local	Política de salud
<i>Línea de intervención 5. Reorientación de la atención a la salud</i>			
<p>Avanzar en la orientación comunitaria de la atención primaria reconociendo y fomentando la participación de los profesionales en actividades y dinámicas interdisciplinarias de acción comunitaria¹⁷.</p> <p>Desarrollar por las sociedades científicas procedimientos para incluir la equidad en todas sus actuaciones (recomendaciones preventivas, guías clínicas, etc.)</p>	<p>Considerar el impacto de la práctica diaria en las desigualdades en salud y de intervenciones focalizadas como complemento a los mecanismos de cobertura universal^{40,42}.</p> <p>Ampliar los servicios de captación en la calle y domicilios de población no atendida^{17,39}.</p> <p>Atención integral de la persona en función de sus necesidades dedicando tiempo a considerar las causas radicales de sus problemas de salud y dedicando tiempo y esfuerzo de forma proporcional a la necesidad.</p> <p>Conocer el contexto y los determinantes sociales de salud del área geográfica atendida.</p> <p>Identificar grupos que no acceden y facilitar su cobertura.</p> <p>Disponer de información escrita y sencilla sobre los recursos sociales locales para proporcionar a los ciudadanos.</p>	<p>Desarrollo de estructuras para potenciar la acción comunitaria en salud de los equipos de atención primaria, en colaboración con otros sectores (educación, servicios sociales, agentes locales, salud pública, etc.).</p> <p>Establecer procedimientos para atender las circunstancias y necesidades de los grupos sociales desfavorecidos y marginados, y para eliminar las barreras existentes de accesibilidad^{16,40}.</p> <p>Adecuar el conjunto de recursos proporcionalmente a las necesidades de la población, equilibrando la densidad de profesionales de salud proporcionalmente al nivel social de la población con refuerzo en áreas desfavorecidas¹⁶⁻¹⁷.</p> <p>Asegurar que no existan desigualdades en la cartera de servicios ofertada en los distintos puntos de atención.</p> <p>Reducir las barreras administrativas al empadronamiento y a la consecución de la tarjeta sanitaria en todos los centros y vigilar inequidades en las prácticas locales¹⁷.</p> <p>Potenciar la implicación de los profesionales en la calidad de los servicios públicos con especial énfasis en la eliminación de desigualdades¹⁷.</p> <p>Proporcionar servicios adaptados a la población (p. ej. competencia cultural o flexibilidad de horarios) con especial atención a grupos en situación de vulnerabilidad¹⁷.</p> <p>Garantizar condiciones de empleo y trabajo dignas y justas a los profesionales¹⁷.</p>	<p>Desarrollar sistemas sanitarios de cobertura universal^{16,18,42} con enfoque selectivo³, organizados en torno a la atención primaria¹⁶⁻²¹ y con una configuración que asegure que la equidad es una prioridad⁴⁷.</p> <p>Implementar servicios integrales de atención primaria con potenciación de una prevención y promoción basada en los determinantes sociales de la salud^{16,17,45}.</p> <p>Establecer sistemas de acreditación como incentivo –únicos con capacidad de formación especializada y con especial dotación de recursos– a los centros de salud que incorporan la orientación comunitaria y los principios de equidad y equidad en salud en su actuación.</p> <p>Desarrollar y cumplir la ley general de sanidad, la de cohesión y calidad, y las promulgadas o futuras de salud pública.</p> <p>Abogacía e influencia de la agenda nacional, para potenciar el compromiso gubernamental con la equidad en salud⁴²⁻⁴³.</p> <p>Fortalecer el liderazgo del sector público en la financiación de sistemas de atención de la salud equitativos, que garanticen el acceso universal a la atención, independientemente de la capacidad de pago¹⁶.</p> <p>Promover la equidad efectiva en acceso, uso y resultados estableciendo sistemas para compartir buenas prácticas, comisiones autonómicas o nacionales de apoyo en equidad y proporcionar herramientas de intervención en equidad para gerentes y profesionales de atención primaria.</p> <p>Adoptar un marco basado en los determinantes sociales de la salud, favoreciendo las intervenciones integradas multinivel (local, regional, nacional).</p> <p>Ampliar la cobertura de prestaciones deficitarias a costa de la medicalización innecesaria (bucodental, rehabilitación, gratuidad de algunos medicamentos, ayudas visuales y auditivas, etc.) priorizando por criterios de equidad¹⁷.</p> <p>Redistribución de recursos con criterios de equidad social, garantizando que las áreas o grupos menos favorecidos tengan más servicios e igual calidad¹⁷.</p> <p>Favorecer que las infraestructuras sean preferentemente de propiedad y gestión públicas¹⁷.</p> <p>Desaconsejar copago como instrumento para paliar problemas de financiación de la atención por sus impactos regresivos en la equidad económica y la salud.</p> <p>Establecimiento de condiciones estructurales que permitan la reorientación de la atención primaria⁴⁶.</p>

Nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria de junio de 2011³⁹. En las ponencias accesibles desde el *blog* pueden encontrarse ejemplos muy adecuados, y son especialmente enriquecedores el conjunto de los comentarios vertidos. Entre las propuestas hay algunos aspectos que deseamos subrayar.

No hay duda de que sin información es difícil que haya acción, y es necesario vigilar la prevalencia de la «ley de atención inversa», de forma que se detecten las faltas de cobertura y calidad de atención distribuidas socialmente, sea por ejemplo en el control de la hipertensión arterial, sea en el cumplimiento terapéutico o en otro aspecto asistencial. Este tipo de información fomenta la atención universal proporcional, es decir, la que garantiza el universalismo de una atención sin barreras, pero que además modula su intensidad según la necesidad concreta de cada persona y de cada área, ya que la contextualización de este universalismo proporcional es pertinente para cada profesional, para el equipo, para los gestores y para los decisores que deben establecer los mecanismos para que la atención primaria sea redistributiva y contribuya a la reducción de las desigualdades sociales. No es sólo una cuestión ética de discriminación positiva, lo es además de efectividad asistencial, como bien se ha apuntado³⁹; y la pregunta correcta es ¿cómo puede atenderse bien sin tener en cuenta los determinantes sociales de la salud, o es que acaso en prevención cardiovascular se desconoce el valor predictor que tienen las variables sociales tanto del desenlace como del proceso de prevención en sí mismo? Es más, puede suceder y sucede que los equipos de atención primaria no tengan siempre recursos para implantar acciones preventivas y de promoción de salud con las garantías de eficiencia y seguridad necesarias, y por ello mejor deben abstenerse, pero la cuestión de equidad es diferente porque ésta ha de ser inherente a cualquier actuación, aunque fuese sólo por principios de efectividad clínica.

Casi todas las intervenciones propuestas requieren iniciativas de influencia y abogacía para que puedan desarrollarse. Por ello es necesario: 1) que las autoridades sanitarias sientan que arriesgan la salud de la población (y su puesto) si no consideran los determinantes sociales de la salud y la equidad en su actividad, y que los gerentes no desarrollen ninguna acción sin tenerlos en cuenta; 2) que los profesionales incorporen la equidad a su trabajo diario igual que el fonendoscopio, la jeringa o la palabra; 3) que en los medios sanitarios y en los de comunicación social se acostumbren a que los determinantes sociales y la equidad en todas sus dimensiones son inseparables de cualquier discurso sobre la salud; 4) que las juntas directivas de las sociedades científicas se preocupen al comprobar que ninguno de sus grupos de trabajo es de determinantes sociales y que en sus documentos de recomendaciones clínicas o preventivas está ausente la equidad; 5) que la población sepa cómo su condición afecta a su salud y al remedio o cuidado de su enfermedad; y 6) que los epidemiólogos nos preguntemos por qué hemos conseguido que la *odds ratio* empape casi todas las revistas científicas y hemos impregnado la ciencia sanitaria del estudio de los factores de riesgo individual, y no hemos sido capaces de hacer pensar en términos poblacionales como aconsejaba Rose⁴⁸. Y todo ello es necesario porque son muchas las barreras que surgen para implementar las propuestas recogidas. Recordemos tan sólo que la formación sobre determinantes sociales está prácticamente ausente en toda la trayectoria formativa de los profesionales sanitarios, que las sociedades científicas de profesionales de atención primaria con pocas excepciones se guían por enfoques asistenciales centrados en la enfermedad, y que los políticos no captan muy bien qué quiere decir lo de las desigualdades sociales en salud. Todo indica que debemos trabajar mucho más en el ámbito de la influencia, ideando métodos para que los grupos activos, que los hay y bien capacitados, tengan mayor repercusión pública. Crear instrumentos para esta influencia sería un primer paso. Por ejemplo, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

puede propiciar un comité nacional de reducción de desigualdades sociales al estilo y aprendiendo del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, con representantes del mayor número posible de sociedades profesionales y científicas, e incluyendo la participación de los sectores de la sociedad civil y no sanitarios.

Contribuciones de autoría

Los tres autores han participado en las distintas fases de preparación del manuscrito, desde su concepción hasta el visto bueno de la última versión.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Al Comité técnico y asesor de la prioridad sobre monitorización de los determinantes sociales de la salud de presidencia española de la Unión Europea 2010, y a todos los autores y contribuyentes.

Bibliografía

1. Borrell C, Benach J, coordinadores. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2003.
2. Borrell C, Benach J, coordinadores. L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.
3. Borrell C, Benach J, CAPS-FJ Bofill Working Group. Evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. Gac Sanit. 2006;20:396-406.
4. Escolar A, editor. Primer informe de desigualdades y salud en Andalucía. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública; 2008.
5. Regidor E, Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, et al. Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas. Med Clin (Barc). 1996;106:295-389.
6. Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: la salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18 (Supl 1).
7. La Parra D. Hacia la equidad en salud: estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, y Fundación Secretariado Gitano, 2009. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www.msps.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/comuGitana.htm#estudioEPG>
8. Benach J, Yasui Y. Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. J Epidemiol Commun Health. 1999;53:423-31.
9. Borrell C, Marí-Dell'Olmo M, Serral G, et al. Inequalities in mortality in small areas of eleven Spanish cities (the multicenter MEDEA project). Health Place. 2010;16:703-11.
10. Artazcoz L, editora. Monográfico Género y Salud. Gac Sanit. 2004;18 Supl 2.
11. Observatorio de Salud de la Mujer. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA., 1993-2003. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_sociales_salud.y_SS.pdf
12. Observatorio de salud de la mujer. Desigualdades de mortalidad por CCAA entre 1981 y 2002. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/desigualdadesMortalidad.CCAA.pdf>
13. Oliva J, Pérez G, editores. Monográfico Inmigración y Salud. Gac Sanit. 2009;23 Supl 1.
14. Aerny Perret N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceñ JL, et al. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. Gac Sanit. 2010;24:136-44.
15. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. En: Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010.
16. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social

- Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. 2008. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www.who.int/social.determinants/thecommission/finalreport/en/index.html>
17. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www.msps.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta.Politicas.Reducir.Desigualdades.pdf>
 18. National strategy to reduce social inequalities in health. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Care Services; 2007.
 19. Fair society, healthy lives – The Marmot Review. London: The Marmot Review; 2010.
 20. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83:457–502.
 21. Starfield B. The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*. 2011;10:15 (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15>
 22. World Health Assembly World Health Assembly resolution WHA62.14 on reducing health inequalities through action on social determinants of health. Geneva, World Health Organization. 2009. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf.files/A62/A62.R14-en.pdf>
 23. World Health Organization. Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region European Social Determinants and Health Divide Review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf.file/0003/124464/E94370.pdf
 24. European Commission. Communication from the commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on “Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU”. Brussels: European Commission; 2009 (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph.determinants/socio.economics/documents/com2009_en.pdf
 25. Council of the European Union. Council conclusions on equity and health in all policies: solidarity in health. Brussels: European Union; 2010 (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf
 26. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: http://www.msps.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf
 27. Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Q*. 1998;76:469–92.
 28. Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. En: Borrell C, García-Calvente M, Martí-Boscá JV, editores. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe SESPAS 2004. *Gac Sanit.* 2004; 18(Supl 1):158–67.
 29. Borrell C, Peiró R, Ramón N, et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gac Sanit.* 2005;19:277–85.
 30. Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, et al. Gender sensitivity in the formulation of Spanish health plans: what it could have been but wasn't. *Gac Sanit.* 2004;18 Suppl 2:36–46.
 31. Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud, reducción de las desigualdades en salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www.msps.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE.2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf>
 32. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Plan de salud 2002-2010. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-publ01/es/contenidos/informacion/plan_salud.2002.2010/es.ps/politicas.plan_salud.html
 33. Esnaola S, Bacigalupe A, Aldasoro E, et al. Políticas para disminuir las desigualdades en salud en España. *Gac Sanit.* 2009;23:253–4.
 34. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Tercer plan andaluz de salud, 2003-2008. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csald/portal/index.jsp?opcion=listadoTematico&idioma=es&perfil=org&tema=temas_es/P_2.ANDALUCIA.EN.SALUD.PLANES.Y.ESTRATEGIAS/&desplegar=temas_es/P_2.ANDALUCIA.EN.SALUD.PLANES.Y.ESTRATEGIAS/
 35. Departament de Política Territorial i Obres Públiques, Generalitat de Catalunya. Programa de barris i àrees urbanes d'atenció especial. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/ptop/menuitem.dbf7b17bb47cda345f13ae92b0c0e1a0/?vgnnextoid=975e275785fa7210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=975e275785fa7210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
 36. Página web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Apartado de Equidad en Salud y Desigualdades Sociales en Salud. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www.msps.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludDSS.htm>
 37. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE. 1986; abril; 102:15207–24.
 38. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE. 2003 mayo; 128:20567–88.
 39. Cofío R. Mesa “Desigualdades Sociales en Salud”. Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Zaragoza, 2011. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://desigualdadesensalud.wordpress.com/>
 40. Royal College of General Practitioners. Addressing health inequalities. A guide for general practitioners. London: Royal College of General Practitioners; 2008.
 41. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
 42. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
 43. Peiró R, Ramón Bou N. Desigualdades en salud: una perspectiva de desarrollo desde atención primaria. *Comunidad.* 2003;6:1–2.
 44. Martín García M. Desigualdades en salud. En: Observatorio Políticas de Salud. Fundación 1º de Mayo. La situación de la salud y el sistema sanitario en España: conclusiones y recomendaciones. Madrid; 2010.
 45. Ruiz-Giménez Aguilar JL, Domínguez Bigador J. Reflexiones sobre “lo comunitario” en nuestro sistema sanitario. *SEMFYC Aten Primaria.* 2006;38:421–4.
 46. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, et al., Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;21:73–84.
 47. Royal College of Physicians. How doctors can close the gap. En: Tackling the social determinants of health through cultural change, advocacy and education. London: Royal College of Physicians; 2010.
 48. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol.* 1985;14:32–8.
 49. Grupo, S.E.E., Grupo SEMFYC. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria.* 2000;25:350–63.