



Co-directores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Francesc Borrell (UB)

Jefa de Redacción

Núria Estrach (UAB/UB)

Consejo científico

Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
liam-
humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
liam-
humanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y ENFERMEDADES PREVALENTES. DE LA EPIDEMIOLOGÍA A LA PRÁCTICA DIARIA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

PABLO PÉREZ SOLÍS

Resumen: Los modelos de determinantes sociales de la salud forman parte, desde hace décadas, de las estrategias de Salud Pública. A lo largo de este tiempo, diversos estudios epidemiológicos han mostrado la relación entre los determinantes sociales y las enfermedades prevalentes, lo que nos obliga a reducir la brecha entre este modelo y la práctica clínica de los/las profesionales de la salud. Por consiguiente, es necesario que los modelos de determinantes sociales sean elemento fundamental en la orientación de los sistemas sanitarios. En este artículo intentaremos señalar la importancia de aplicar una visión de determinantes en el abordaje de los problemas de salud desde la organización sanitaria a la consulta individual.

Palabras clave: Salud Pública/ Atención Primaria de Salud/ Medicina Social, Determinantes Sociales de la Salud

Title: SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND PREVALENT DISEASES. FROM EPIDEMIOLOGY TO DAILY PRACTICE IN A PRIMARY CARE CONSULTATION.

Abstract: The models of social determinants of health have been part of Public Health strategies for decades and should be a fundamental element in health systems orientation. Over time, various epidemiological studies have shown the relationship of social determinants with prevalent diseases, so it is necessary to reduce the gap between this approach and the clinical practice of health professionals. In this article we will try to point out the importance of applying a vision of determinants in addressing health problems from the health organization to the individual consultation.

Keywords: Public Health/ Primary Health Care/ Social Medicine/ Social Determinants of Health.

Artículo recibido: 3 setiembre 2019; **aceptado:** 11 noviembre 2019

INTRODUCCIÓN

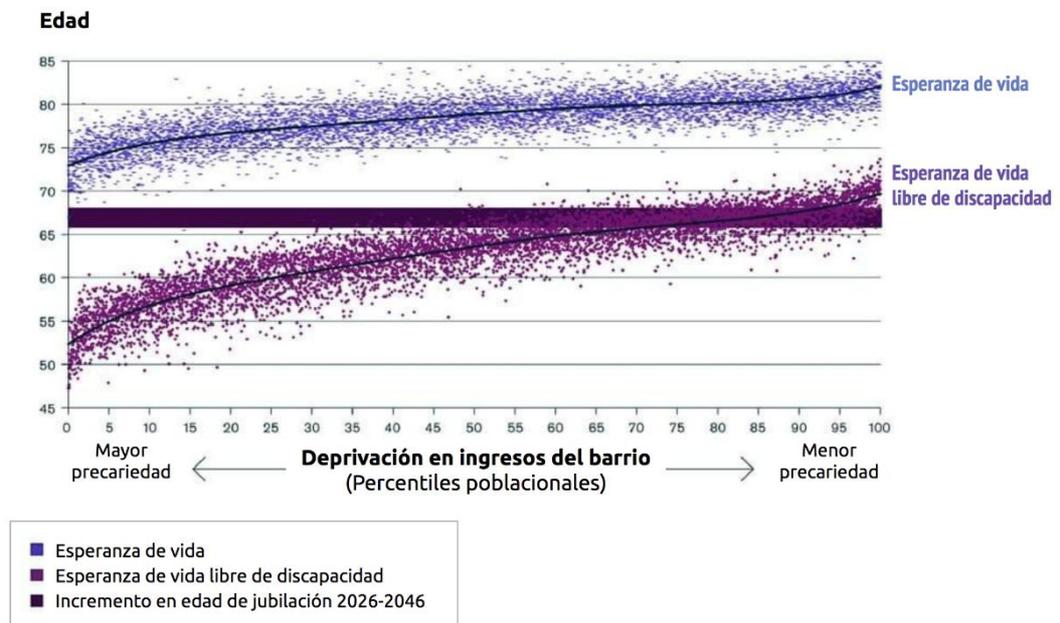
INEQUIDADES EN SALUD SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL VECINDARIO

La relación directa entre la precariedad socioeconómica y una menor esperanza de vida está suficientemente demostrada en las investigaciones de Salud Pública. En diversos estudios ecológicos, por ejemplo, en entornos urbanos, las investigaciones han constatado importantes diferencias de salud dentro de la misma ciudad determinadas por el territorio. Estudios que se han

publicado en formatos tan sugerentes como el ya clásico ejemplo de la línea de metro Jubilee de Londres, o de algunas ciudades de los Estados Unidos(2).

La esperanza de vida como indicador de salud pública está cada vez más cuestionada, sobre todo para comparar poblaciones o el efecto de los determinantes de salud (incluido el sistema sanitario) en las regiones donde las personas cada vez viven más años. No obstante, la esperanza de vida libre de

Ingresos de la población del barrio, esperanza de vida y esperanza de vida libre de discapacidad



Fuente: Traducido de UCL Institute of Health Equity (2012) (a)

TheKingsFund

Figura 1.-Ingresos económicos y esperanza de vida

discapacidad, una manera de medir los años de vida saludable, puede darnos claves. Así es, por ejemplo, en la figura 1, donde se observa que la deprivación de ingresos del barrio tiene un mayor efecto en la esperanza de vida libre de discapacidad que en la esperanza de vida total, y que solo en aquellos situados en percentiles altos, aquella está por encima de la jubilación.

Distintos ejes de desigualdad, además del económico, también afectan a otros indicadores de salud, como veremos más adelante con algunos ejemplos.

COMPARANDO PAÍSES DESARROLLADOS ¿LA RENTA PER CÁPITA TIENE UN REFLEJO EN EL NIVEL DE SALUD?

Aunque en comparaciones entre países ricos algunos ponen en duda la valoración de la *renta per cápita* para cotejar y predecir diferencias de salud, lo cierto es que la desigualdad de renta si se puede asociar de facto a algunas diferencias de salud consistentes. Un gran defensor de este postulado es el epidemiólogo británico Richard Wilkinson: a su parecer, lo que realmente influye en la salud, y otros elementos relacionados con el bienestar, es tanto la renta relativa y el lugar en la escala social, como la desigualdad entre las rentas más altas y las más bajas en el entorno en el que uno vive (3). De hecho, para medir la desigualdad económica en un país ya se han planteado indicadores como el coeficiente de Gini, muy extendido, o la ratio S80/S20, como veremos en detalle a continuación.

LOS MODELOS DE DETERMINANTES DE SALUD Y REPRESENTACIONES GRÁFICAS

La relación de los determinantes sociales con la salud es un hecho conocido e incorporado al desarrollo de la medicina desde el siglo XIX, principalmente como elemento clave de la Salud Pública. La investigación epidemiológica de la segunda mitad del siglo XX y la incorporación de los nuevos conocimientos a la política sanitaria desembocaron en algunos hitos que merece la pena señalar: el informe Lalonde de 1974(4) (Canadá) y “Los Hechos probados”(5) (1998) de Richard Wilkinson y Michael Marmot.

Existen diversas maneras de transmitir modelos de determinantes sociales de salud, desde perspectivas complementarias. Después de unas cuantas ponencias, donde utilizamos este marco, seleccionaríamos cuatro figuras que, además de dar una idea rigurosa y a la vez cercana a colectivos no dedicados a la Epidemiología y a la Salud Pública, aportan, a su vez, 4 puntos de vista:

1. Preponderancia de los factores sociales, económicos y conductuales: el peso otorgado a los determinantes de salud es variable en distintas

descripciones publicadas en la literatura (6). No existe una distribución válida para todos los ámbitos, aunque los factores sociales y económicos, y las conductas saludables, son los determinantes que más influyen en los resultados en salud. Es muy clara la figura de Rafael Cofiño, basada en los datos del modelo del University of Wisconsin Population Health Institute (figura 2). Este modelo excluye factores genéticos (no

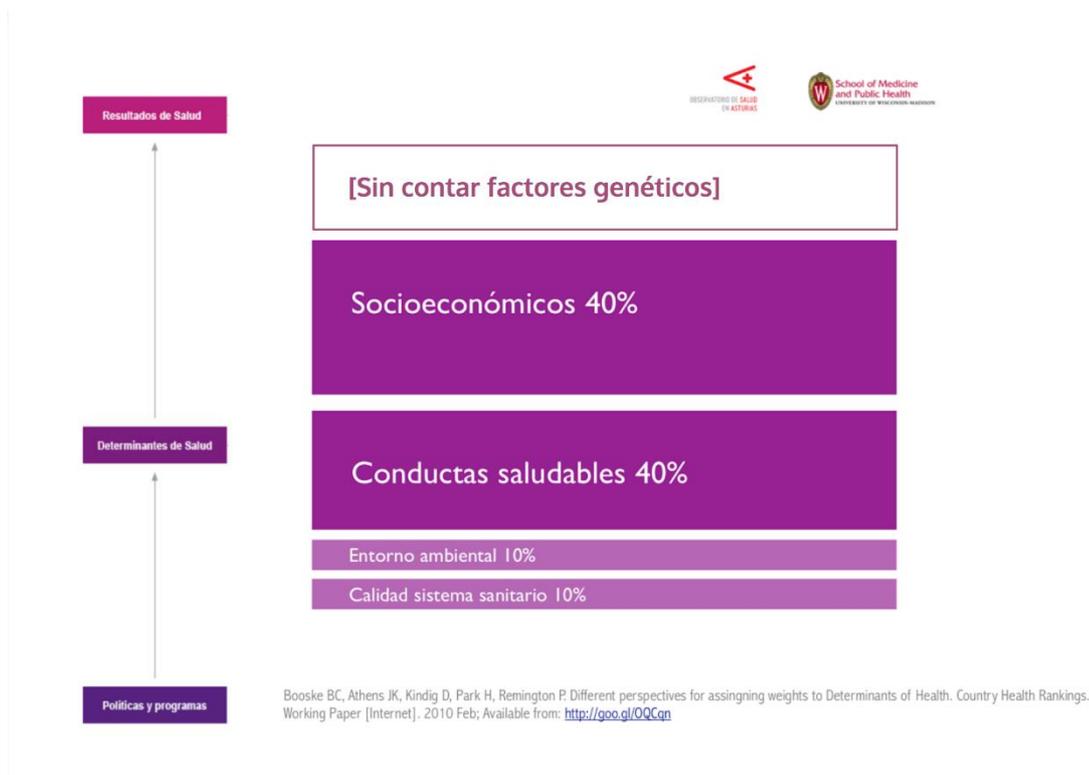


Figura 2.-Pesos relativos en la consecución de una mejor salud de variables significativas: sistema sanitario, entorno socioambiental, conductas saludables.

modificables).

2. Preponderancia de los factores socioeconómicos, culturales y ambientales. Es clásica la figura de Dahlgren y Whitehead, publicada en 1991(7) (figura 3), donde se muestran distintos determinantes distribuidos desde aquellos más distantes a los más cercanos al individuo, sobre los que ejercen gran influencia los primeros (condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales).

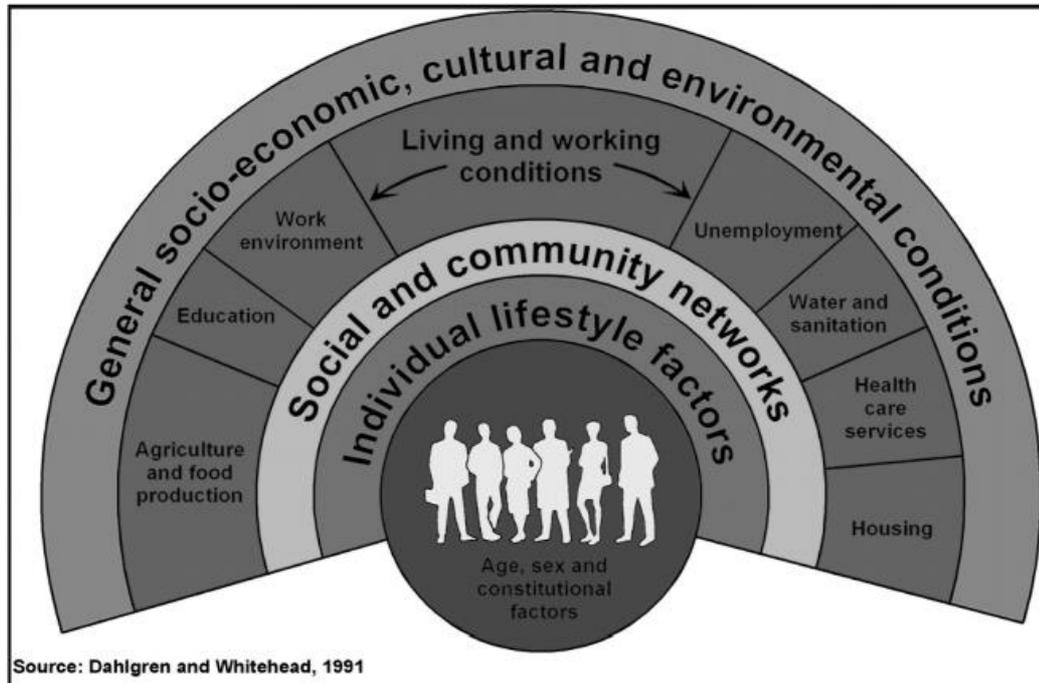


Figura 3.- Determinantes de la salud.

3. Preponderancia de la cadena de acontecimientos e influencias. En su artículo publicado en 2013(8), Rafael Cofiño presenta un diseño que aporta otro punto de vista: la cadena de acontecimientos e influencias que ejercen entre sí los determinantes de la salud, hasta llegar a su papel en la fisiopatología de la enfermedad (figura 4).
4. Preponderancia del aislamiento: del individuo hacia si mismo y del sistema político hacia el individuo. Por último, es especialmente interesante e intuitiva la representación de la figura 5(9): un individuo que avanza empujando el peso de los riesgos para su salud, sobre una cuesta cuya pendiente depende de distintos determinantes sociales. En ella observamos el valor limitado de las intervenciones individuales para cambiar los hábitos y las conductas, frente a la importancia de las políticas generales para modificar las condiciones de vida.

Estas representaciones gráficas, basadas en modelos explicativos que se proponen desde hace décadas, han ido consolidándose con el tiempo.

Gracias también a que la Epidemiología sigue publicando datos y relaciones cada vez más consistentes con esos planteamientos.

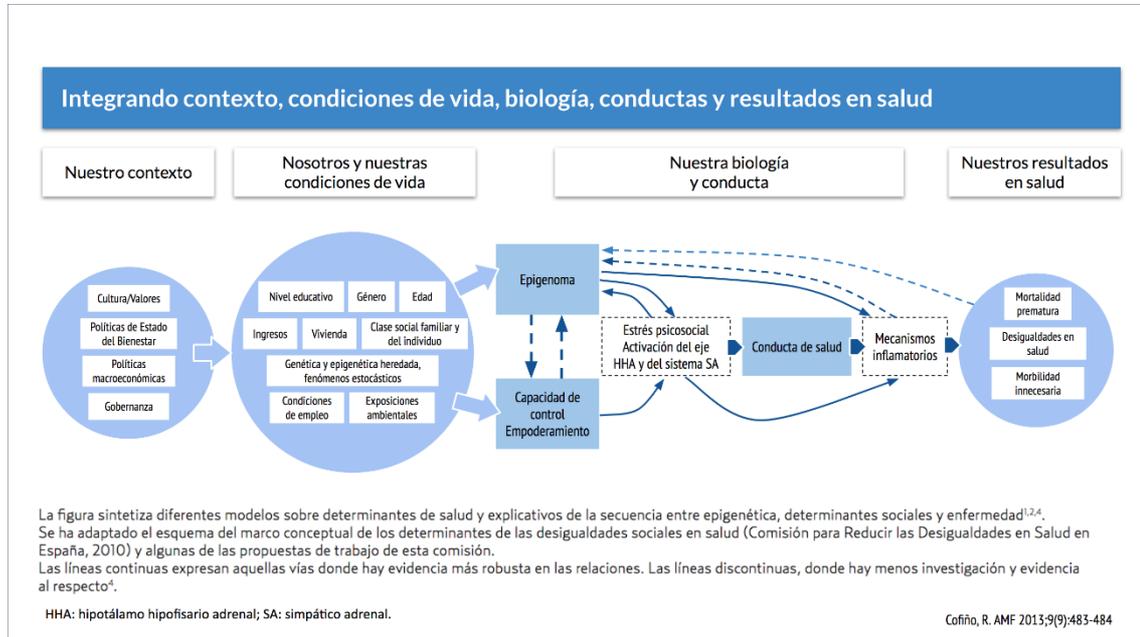


Figura 4.- Condiciones de vida, biología y conductas en los resultados de salud.

DETERMINANTES SOCIALES Y SUS EFECTOS CONCRETOS EN ENFERMEDADES PREVALENTES

El gradiente social



Figura 5.- Gradiente social..

Los determinantes sociales van más allá de una simple asociación estadística. Aunque casi todos los estudios que muestran la relación entre los determinantes so-

ciales y diversos problemas de salud son de tipo observacional, hoy en día es difícil defender que estos hallazgos son una mera asociación estadística. Es

decir: en muchas de esas conexiones, la acumulación de información nos acerca al establecimiento de una relación causal entre ciertos determinantes sociales y algunas enfermedades.

A continuación, presentaremos sin más pretensión de que sirvan como ejemplo, algunos hallazgos que provienen de estudios seleccionados por corresponder a patologías o problemas sociales muy prevalentes o por haber sido realizados en nuestro contexto territorial.

1. Las relaciones sociales influyen en la enfermedad y la mortalidad.

La falta de apoyo social se ha relacionado con una mayor morbilidad y mortalidad. En los últimos años diversos estudios epidemiológicos han mostrado esta asociación. Aunque no existe una única definición del concepto “capital social”, “apoyo social” o “red social adecuada” empleada en los estudios, de hecho puede englobar elementos cuantitativos o cualitativos, o configurarse con distintos indicadores vinculados a las relaciones (familiares o no), la participación, cohesión en el territorio o apoyo percibido (10).

Un metaanálisis de 148 estudios observacionales (11) (308 849 individuos), seguidos una media de 7,5 años, mostraba que aquellos con relaciones sociales adecuadas tienen la mitad de riesgo de mortalidad que aquellos con relaciones sociales insuficientes. La magnitud del efecto es comparable a dejar de fumar, y excede muchos factores de riesgo de mortalidad bien conocidos (por ejemplo, la obesidad y el sedentarismo). En este caso, los investigadores observaron que los estudios que empleaban indicadores más complejos de integración social predecían más la mortalidad que aquellos con criterios más sencillos como el estado civil.

También se ha estudiado el efecto de las relaciones sociales en problemas de salud concretos: como las enfermedades cardiovasculares, de tal modo que las personas en situación de aislamiento social tenían un incremento del riesgo de eventos coronarios (29%) e ictus (32%)(12). El aislamiento social o su percepción parecen configurarse como un factor de riesgo de mortalidad

prematura, mediada por conductas (tabaco, sedentarismo, autoeficacia) y mecanismos psicológicos y fisiológicos.

Abordar la soledad y el aislamiento social, especialmente en poblaciones con mayor precariedad, sería una prioridad para la prevención de algunas de las enfermedades crónicas que producen mayor carga de morbilidad en países de rentas altas.

2. La vivienda y su impacto en la salud.

En 2018 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó *WHO Housing and health guidelines*(13), documento que actualiza evidencias científicas y recomendaciones para reducir los riesgos asociados a las malas condiciones de la vivienda. El documento recoge y ordena la información sobre la asociación entre un hogar precario y enfermedades respiratorias, cardiovasculares, salud mental y enfermedades infecciosas. Distribuye su contenido en cuatro apartados principales, sobre los que sería preciso incidir por parte de los Estados: hacinamiento, temperaturas demasiado altas o bajas, lesiones relacionadas con la vivienda y accesibilidad para personas con discapacidad funcional.

En relación con los hogares, sabemos que, por ejemplo, las temperaturas interiores de menos de 16°C y, especialmente, de 12°C, se han relacionado con problemas de salud: se asocia a una mayor tensión arterial, síntomas de asma y mala salud mental. Esas temperaturas bajas suelen ser consecuencia de la baja temperatura exterior, deficiencias estructurales, como falta de aislamiento y estanqueidad, y la falta de calefacción. Los hogares fríos contribuyen a un exceso de morbimortalidad en invierno, la mayor parte por enfermedades respiratorias y cardiovasculares, especialmente en ancianos. El exceso de mortalidad invernal debida a vivienda fría supone el 30% del exceso de mortalidad invernal total y, además, se ha estimado en 38 200 al año (12.8/100 000) en 11 países europeos(14). En España, Javier Segura del Pozo calculaba el exceso de mortalidad invernal, debido a pobreza energética, en un mínimo de 4800 muertes anuales(15).

Los desahucios son otro problema, vinculado a la vivienda, bien conocido en nuestro país. Diversas publicaciones han mostrado en las personas afectadas por un desahucio un peor estado de salud percibida, de forma independiente con su nivel socioeconómico(16), o una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y enfermedad mental que la población general (86% frente a 49,6% y 44,9% frente al 8,7%, respectivamente)(17).

3. La enfermedad cardiovascular y vínculos con la situación socioeconómica.

Diversos indicadores de precariedad socioeconómica [individuales o del territorio(18)] se han relacionado con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. No siempre explicable por la mayor prevalencia de factores de riesgo o estilos de vida poco saludables, o con distinto impacto de estos según el nivel de deprivación(19). Pueden existir diferencias en esta asociación entre distintas enfermedades cardiovasculares, y también distinto impacto según el sexo(20).

Por ejemplo, un estudio británico(21) que utilizaba un índice combinado de deprivación de múltiples barrios, mostró un importante gradiente socioeconómico en la carga de ictus isquémico y hemorragia intracraneal, especialmente en el riesgo de hospitalización y mortalidad e incluso, en la calidad de los cuidados. La diferente calidad o intensidad de atención sanitaria según nivel socioeconómico, señalada ya en 1971 por Tudor Hart(22), es otro asunto de gran interés en el debate sobre la orientación de los sistemas sanitarios, que excede el propósito de este artículo.

También se ha relacionado situaciones de deprivación no económica ni material, como el aislamiento social o unas relaciones sociales deficitarias (medidas por indicadores más o menos complejos). Por ejemplo, en una revisión sistemática y metaanálisis de estudios observacionales los/as autores/as concluían que tenían relación con un aumento de riesgo (en torno al 30%) de evento coronario y de ictus.

En nuestro país se ha realizado algún estudio analizando estas diferencias. Por ejemplo: un estudio caso-control(23), a partir del registro hospitalario de pacientes atendidos por un primer infarto agudo de miocardio (IAM), mostró, dentro del grupo de trabajadores no manuales, una clara asociación lineal entre nivel de estudios y el riesgo de IAM, que era independiente de los factores de riesgo cardiovascular.

4. Dos ejemplos más: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la diabetes.

Un menor nivel educativo o de ingresos(24) y de conocimientos en salud (25) se ha asociado a mayor riesgo de hospitalización por exacerbaciones de EPOC(26). Además, dentro de un mismo municipio pueden detectarse diferencias territoriales en mortalidad por EPOC. En España, el proyecto MEDEA (proyectomedea.org) planteó como objetivo describir la evolución de las desigualdades socioeconómicas y ambientales en mortalidad en áreas geográficas de ciudades de España. Dentro de ese proyecto, se realizó un estudio ecológico transversal con datos del municipio de Oviedo 1996-2007(27) que mostró: una fuerte asociación de la mortalidad por EPOC con un índice compuesto de privación socioeconómica, que se incrementaba en cada quintil de privación y se reprodujo en los dos períodos de estudio (1996-2001 y 2002-2007).

El informe *Health at a Glance: Europe 2018* (28) de la Comisión Europea incluye datos de prevalencia de diabetes mellitus autoreportada, recogido en la base de datos de Eurostat. En España la prevalencia detectada es del 6,8%. Ahora bien, si tenemos en cuenta el nivel educativo, observamos que baja al 2,9% en personas con estudios superiores y llega al 10,1% en personas con estudios primarios. Ese comportamiento, en menor o mayor medida, se reproduce en todos los países de la Unión Europea.

¿ES POSIBLE INTERVENIR SOBRE ESA REALIDAD DESDE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA? ALGUNAS IDEAS, PROPUESTAS Y CONCLUSIONES

Las intervenciones sobre las repercusiones de la pobreza en la salud pueden llevarse a cabo desde las políticas públicas (como todo problema de origen social y con elementos estructurales entre sus causas), pero también desde el sistema sanitario y la comunidad (1).

Desde el ámbito sanitario proponemos algunos enfoques que implican desde niveles organizativos o de planificación a los/las profesionales asistenciales en su consulta. Veámoslo:

DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO AL TERRITORIO

En 2005, Iona Heath afirmaba que “a pesar de los enormes avances en la ciencia médica en los últimos 100 años, existe una infravalorada pero inevitable brecha entre el mapa de la ciencia médica y el territorio del sufrimiento de la persona”(29). Como señalaron posteriormente Javier Padilla y Vicky Lopez(1), la tarea del médico/a de Atención Primaria es conectar la brecha entre el mapa (guía clínica) y el territorio (paciente y su contexto).

Asimismo, es preciso incluir en las guías clínicas, protocolos y programas información del impacto del contexto social en el riesgo de cada problema de salud. Abordar el contexto social y las desigualdades, en los algoritmos o guías para la toma de decisiones, visibiliza el papel de esos elementos y da herramientas para reducir inequidades desde la práctica clínica (30).

PROPUESTAS PARA LA CONSULTA

A pesar de la clara interrelación de los problemas sociales con la salud, existe una gran variabilidad en la reacción de los/las profesionales ante éstos. Y, en muchas ocasiones, se considera que son ajenos a las responsabilidades propias de la labor asistencial sanitaria. Sin embargo, creemos que es fundamental su identificación, al menos en el/la paciente frágil o de riesgo, y ante problemas de salud crónicos, complejos o en población hiperfrecuentadora. Por tanto, debemos estar preparados/as para reconocer e identificar los problemas

sociales en la propia consulta, detectar riesgos de inequidades generadas por la propia institución o nuestra intervención, así como desarrollar empatía ante situaciones donde no solamente existe una responsabilidad individual, sino también una responsabilidad social o contextos de alto riesgo.

Las dimensiones de la posición socioeconómica (entre las principales podemos enumerar la clase social basada en ocupación, ingresos económicos, nivel de estudios, la etnia y el género, que atraviesa todas las demás) que conocemos de un/a paciente, no solamente nos ayudan a identificar riesgos para la salud, sino a modular nuestro abordaje clínico, adaptado a la realidad del/la paciente y sus circunstancias.

Podemos concretar algunas propuestas factibles para la consulta de Atención Primaria:

1. Aplicar una orientación comunitaria en nuestra consulta, es decir, “pasar consulta mirando a la calle”, sensibles a los determinantes sociales de los problemas que nos consultan, descrito con interés didáctico como Nivel 1 de Orientación Comunitaria (31).
2. Trabajar con códigos Z en la historia clínica: la Clasificación Internacional de Atención Primaria-2 (CIAP-2) incluye los problemas sociales en los códigos Z00-Z29, y es recomendable y útil su utilización para etiquetar episodios en la historia clínica informática. Registrar los factores que influyen en la situación del/la paciente pueden orientar nuestras decisiones y nuestro esfuerzo.
3. Conocer herramientas de evaluación de pobreza y necesidades sociales: la detección de determinantes sociales de la salud por los/as médicos/as asistenciales entraña dificultades que limita la aplicación de estrategias de cribado(32). No obstante, existen herramientas para su aplicación en la Atención Primaria, como el cuestionario para el cribado de necesidades sociales diseñado desde The EveryONE Project, de la American Academy of Family Physicians, o la pregunta “en el último año, ¿tiene o ha tenido

- usted dificultades para llegar a fin de mes?”, validada en nuestro contexto para el cribado de la pobreza (33).
4. Trabajar con más intensidad con los que más lo necesitan, frente a la Ley de Cuidados Inversos. La educación de la salud y la asistencia sanitaria que practicamos en la consulta debería realizarse seleccionando el tipo de mensajes e intervenciones y priorizando a qué personas es más necesario y eficaz dirigirlos.
 5. Investigar en la consulta ciertos problemas de salud vinculados específicamente con la pobreza y la precariedad. Problemas que no hemos estudiado aún, porque quizás no los hayamos identificado, o simplemente no habían aparecido. Por lo tanto, hemos de estar atentos ante una persona en esas circunstancias porque, además del problema de salud que hayamos identificado, puede presentar otros relacionados con la precariedad o pobreza. Problemas que el conocimiento científico y la epidemiología asocian con determinadas situaciones de precariedad.
 6. Intensificar relación y protagonismo de Trabajo Social Sanitario en los equipos, profesionales ya incluidos dentro del Equipo de Atención Primaria, con una cartera de servicios definida y, además, el reconocimiento como profesión sanitaria en 2019 por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

PROPUESTAS PARA LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

El enfoque de determinantes sociales de la salud es transversal y debe tener un encuadre intersectorial que atraviese los ámbitos sanitarios y no sanitarios de las políticas públicas. Eso puede concretarse en:

1. Los Planes de Salud y otros documentos estratégicos asuman una apuesta clara por la Atención Primaria y una visión de “salud en todas las políticas” con un planteamiento multisectorial, orientado a la reducción de inequidades.

2. Incluir el enfoque de determinantes en programas y proyectos de salud de sectores y áreas más concretos (nivel táctico y operativo, gobernanza municipal, etc), así como en programas de investigación e innovación.
3. Incorporar herramientas de evaluación de la equidad de las instituciones y sus programas. Existen algunos modelos de fácil aplicación como el del Observatorio de Salud en Asturias (34).
4. Impulsar las recomendaciones de la Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, puesta en marcha desde la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en 2008, y publicadas en 2015 (35).

CONCLUSIÓN

Este artículo no pretende, ni mucho menos, revisar el *estado de la cuestión* en el conocimiento de la relación determinantes sociales y la salud, sino plantear que dicho modelo es aplicable desde el ámbito de la consulta individual, espacio de intervención más habitual de los/las médicos/as de familia y comunidad en Atención Primaria.

Existen muchas barreras y muchas tareas por hacer. Desde proporcionar los recursos adecuados o promover una cultura profesional que vaya más allá de lo biomédico, hasta reorientar al propio sistema sanitario para que encaje su papel dentro de una red de cuidados integrados con un planteamiento multisectorial.

Es un reto diario para los/las profesionales asistenciales trasladar a la práctica diaria esa visión, expresada como las “gafas de determinantes” o “pasar consulta mirando a la calle”(36). Potenciar el enfoque centrado en las condiciones de vida y los entornos de las personas. Ejercer intermediación para reducir las inequidades que puede generar el propio sistema sanitario. En efecto, todo un desafío.

Pablo Pérez Solís

Médico de Familia y Comunidad. Centro de Salud Laviada (Gijón). Grupo de trabajo Inequidades en Salud y Salud Internacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

papeso@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Padilla Bernáldez J, López Ruiz MVL. Repercusiones de la pobreza sobre la salud de los individuos y las poblaciones. FMC. 2016;23(2):50-60 Disponible en: <https://www.fmc.es/es-repercusiones-pobreza-sobre-salud-individuos-articulo-S1134207216300093>.
2. Robert Wood Johnson Foundation. Mapping Life Expectancy [Internet]. Robert Wood Johnson Foundation. 2015 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.rwjf.org/en/library/articles-and-news/2015/09/city-maps.html>
3. Wilkinson R, Pickett K. The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better. London: Allen Lane. London: Allen Lane; 2009. 352 p.
4. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document [Internet]. Ottawa, Ontario, Canada: Government of Canada. Health Canada; 1974 [citado 31 de agosto de 2019] p. 77. Disponible en: <http://publications.gc.ca/site/eng/9.692294/publication.html>
5. Wilkinson RG, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108082>
6. Booske BC, Athens JK, Kindig DA, Park H, Remington PL. Different Perspectives for Assigning Weights to Determinants of Health. Wisconsin: University of Wisconsin, Population Health Institute; 2010 p. 22.
7. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies; 1991. Report No.: 2007:14.
8. Cofiño R. Tu código postal puede modificar tu código genético. AMF. 1 de octubre de 2013;9:483-4.
9. Taket AR. Making partners: intersectoral action for health : proceedings and outcome of a joint working group on intersectoral action for health, Utrecht, the Netherlands, 30 November-2 December 1988. Copenhagen]; [The Hague, Netherlands: World Health Organization, Regional Office for Europe ; Ministry of Welfare, Health, and Cultural Affairs; 1990.
10. Pevalin DJ, Rose D. Social capital for health: investigating the links between social capital and health using the British Household Panel Survey [Internet]. University of

Essex: Health Development Agency (NHS); 2003 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://repository.essex.ac.uk/9143/>

11. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Med.* 27 de julio de 2010;7(7):e1000316.
12. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart.* 1 julio de 2016;102(13):1009-16.
13. WHO Housing and Health Guidelines [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 31 de agosto de 2019]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535293/>
14. Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D. Environmental burden of disease associated with inadequate housing: a method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European region. [Internet]. Bonn, Germany: The WHO European Centre for Environment and Health; 2011 p. 238. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/142077/e95004.pdf
15. Segura del Pozo J. Impacto de la pobreza energética en la salud [Internet]. *Salud Pública y otras dudas.* 2015 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2015/11/21/impacto-de-la-pobreza-energetica-en-la-salud/>
16. Bolívar Muñoz J, Bernal Solano M, Mateo Rodríguez I, Daponte Codina A, Escudero Espinosa C, Sánchez Cantalejo C, et al. La salud de las personas adultas afectadas por un proceso de desahucio. *Gac Sanit.* 1 de enero de 2016;30(1):4-10.
17. Bernal M, Bolívar J, Daponte A, Escudero C, Fernández Santaella M, Mata J, et al. Estado de salud de la población afectada por un proceso de desahucio. Resumen ejecutivo. [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública; Stop Desahucios Granada; Universidad de Granada; 2014 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000100002
18. Ramsay SE, Morris RW, Whincup PH, Subramanian SV, Papacosta AO, Lennon LT, et al. The influence of neighbourhood-level socioeconomic deprivation on cardiovascular disease mortality in older age: longitudinal multilevel analyses from a cohort of older British men. *J Epidemiol Community Health.* 1 de diciembre de 2015;69(12):1224-31.
19. Foster HME, Celis-Morales CA, Nicholl BI, Petermann-Rocha F, Pell JP, Gill JMR, et al. The effect of socioeconomic deprivation on the association between an extended measurement of unhealthy lifestyle factors and health outcomes: a prospective analysis of the UK Biobank cohort. *Lancet Public Health.* 1 de diciembre de 2018;3(12):e576-85.
20. Pujades-Rodriguez M, Timmis A, Stogiannis D, Rapsomaniki E, Denaxas S, Shah A, et al. Socioeconomic Deprivation and the Incidence of 12 Cardiovascular Diseases in 1.9 Million Women and Men: Implications for Risk Prediction and Prevention. *PLOS ONE.* 21 de agosto de 2014;9(8):e104671.
21. Bray BD, Paley L, Hoffman A, James M, Gompertz P, Wolfe CDA, et al. Socioeconomic disparities in first stroke incidence, quality of care, and survival: a nationwide registry-

- based cohort study of 44 million adults in England. *Lancet Public Health*. 1 de abril de 2018;3(4):e185-93.
22. Hart JT. The inverse care law. *Lancet Lond Engl*. 27 de febrero de 1971;1(7696):405-12.
 23. González-Zobl G, Grau M, Muñoz MA, Martí R, Sanz H, Sala J, et al. Posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio. Estudio caso-control de base poblacional. *Rev Esp Cardiol*. septiembre de 2010;63(9):1045-53.
 24. Eisner MD, Blanc PD, Omachi TA, Yelin EH, Sidney S, Katz PP, et al. Socioeconomic status, race and COPD health outcomes. *J Epidemiol Community Health*. enero de 2011;65(1):26-34.
 25. Omachi TA, Sarkar U, Yelin EH, Blanc PD, Katz PP. Lower Health Literacy is Associated with Poorer Health Status and Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Gen Intern Med*. enero de 2013;28(1):74-81.
 26. Halpin DM, Miravittles M, Metzdorf N, Celli B. Impact and prevention of severe exacerbations of COPD: a review of the evidence. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 5 de octubre de 2017;12:2891-908.
 27. Rodríguez V. Mortalidad por EPOC y desigualdades socioeconómicas en varones del municipio de Oviedo: resultados del estudio coordinado MEDEA II [Internet]. e-notas. Notas de Evaluación. 2012 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.enotas.es/?resena-investigacion=mortalidad-por-epoc-y-desigualdades-socioeconomicas-en-varones-del-municipio-de-oviedo-resultados-del-estudio-coordinado-medea-ii>
 28. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018 - State of Health in the EU Cycle [Internet]. París/EU, Brussels: OECD Publishing; 2018 [citado 31 de agosto de 2019]. 212 p. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf
 29. Heath I, Sweeney K. Medical generalists: connecting the map and the territory. *BMJ*. 15 de diciembre de 2005;331(7530):1462-4.
 30. Lang T. Ignoring social factors in clinical decision rules: a contribution to health inequalities? *Eur J Public Health*. 1 de octubre de 2005;15(5):441-441.
 31. Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 1 de octubre de 2018;32:5-12.
 32. Davidson KW, McGinn T. Screening for Social Determinants of Health: The Known and Unknown. *JAMA* [Internet]. 29 de agosto de 2019 [citado 31 de agosto de 2019]; Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2749417>
 33. Robles S, Rabanaque G, Gil F. Validación de una herramienta de diagnóstico de pobreza en la Comunitat Valenciana. *Comunidad*. 2018;20(3):5.
 34. Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública. Herramienta de Evaluación Rápida de Equidad. [Internet]. Observatorio de Salud en Asturias. 2016

[citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/equidad/web/formulario>

35. 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 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 p. 112. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

36. Cofiño R. Orientación comunitaria de la Atención Primaria. Nivel 1: Pasar consulta mirando la calle (1) [Internet]. salud comunitaria. 2016 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2016/07/04/orientacion-comunitaria-de-la-atencion-primaria-nivel-1-pasar-consulta-mirando-la-calle-1/>

Cómo citar este artículo:

Pérez Solís, P. "Determinantes sociales de la Salud y enfermedades prevalentes. De la epidemiología a la práctica diaria en una consulta de Atención Primaria". *Folia Humanística*, 2019 (13): 1-18. Doi: <http://doi.org/10.30860/0056>.

© 2019 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.