Universitat de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

INTERVENCIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA Y SU CONTRIBUCIÓN A MEJORAR LA EQUIDAD EN SALUD

Aida Irene Pérez Bauzá

Grado en Medicina

Facultad de Medicina

Año Académico 2021-22

INTERVENCIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA Y SU CONTRIBUCIÓN A MEJORAR LA EQUIDAD EN SALUD

Aida Irene Pérez Bauzá

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Medicina

Universitat de les Illes Balears

Año Académico 2021-22

Palabras clave del trabajo: determinantes sociales de la salud, desigualdades sociales, equidad.

Tutora: Dra. Elena Muñoz Seco.

	Autor/a		Tutor/a	
Se autoriza a la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación	Sí	No	Sí	No
	☒	☐	☒	☐

RESUMEN

Intervenciones desde atención primaria y su contribución a mejorar la equidad en salud

Los determinantes sociales de la salud tienen un importante impacto en la salud de las personas. La clase social, el género, la edad y la etnia han demostrado tener más influencia en la salud que los propios hábitos individuales. Dichos determinantes sociales tienen consecuencias en la salud de importante morbimortalidad, que si no se conocen pueden acabar medicalizandose de manera inadecuada.

La atención primaria es la entrada al sistema sanitario y es el nivel asistencial donde la mayoría de patologías consecuencia de los determinantes sociales van a ser tratados. Este trabajo tiene como objetivo revisar y analizar las intervenciones que se han realizado para la disminución de los condicionantes sociales desde Atención primaria.

Aunque realmente los cambios en los condicionantes sociales se deben hacer mediante políticas más equitativas, las intervenciones desde atención primaria han demostrado tener un impacto positivo en la mejora de la salud y la calidad de vida.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN …….. página 5

OBJETIVOS…….. página 14

MATERIAL Y MÉTODOS …… página 15

RESULTADOS …….. página 16

CONCLUSIONES …….. página 33

BIBLIOGRAFÍA ……. …… página 32

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Los determinantes de sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud se definen como las circunstancias en que las personas crecen, viven y envejecen. La primera vez que se les relaciona con el estado de salud de las personas fue en el **informe Lalonde** (Canadá, 1974)(1).

1.2 Modelos que definan determinantes sociales de la salud

Se han desarrollado diferentes modelos que pretenden estudiar su influencia en diferentes niveles. A continuación, se desarrollarán los dos modelos más conocidos.

En primer lugar, el modelo definido por **Solar E. Irwin y Navarro**(2) se divide en dos elementos: los condicionantes estructurales y los determinantes intermedios. Los condicionantes estructurales se relacionan con la estructura social y la distribución de recursos. Los determinantes intermedios vienen definidos por los recursos materiales, los cuales se interrelacionan con los factores psicosociales, conductuales y biológicos.

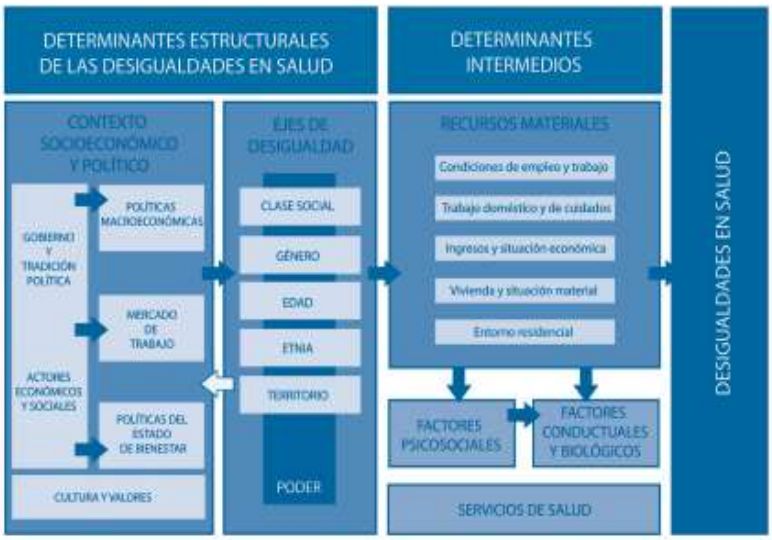


Figura 1. Marco conceptual de Solar. E. Irwin y Navarro

En segundo lugar, el modelo de **Dargrhen y Whitehead**(3) es el modelo usado por la OMS. Se basa en la ordenación de los condicionantes en capas de manera jerárquica. Explica que las desigualdades sociales en salud son el resultado de las interacciones entre los diferentes niveles de las condiciones causales.

Figura 2. Marco conceptual del modelo de Darghen y Whitehead

1.3 Las desigualdades sociales

Los condicionantes sociales implican la generación de desigualdades sociales. Las desigualdades son todas aquellas situaciones donde existe una diferencia de acceso a recursos, que deberían ser equitativos.(1)

Las desigualdades sociales en salud son las que afectan a la salud de las personas y su acceso al sistema sanitario. La inequidad se define como la existencia de diferencias injustas y evitables en acceso y manejo de los pacientes debido a desigualdades sociales, económicas, demográficas o geográficas(2).

Las desigualdades sociales se caracterizan por tener una gran magnitud que conlleva a un exceso de morbimortalidad, superior a la mayoría de factores de riesgo(2).

1.4 Los condicionantes sociales

La posición socioeconómica, el género, la edad, el territorio y la etnia son ejes de desigualdad que tienen un enorme impacto en la salud. A continuación, se realiza una revisión bibliográfica de la importancia de dichos condicionantes sociales en la salud.

1.4.1 Posición socioeconómica

Las clases sociales se definen, según el sociólogo **Max Webber,** como grupos que comparten creencias, valores y circunstancias como son la educación, la ocupación y los ingresos (2).

La clase social es un parámetro difícil de cuantificar. Desde la **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria** se hizo una propuesta para la medición basada en la clasificación nacional de ocupaciones(4). Dicha clasificación es la empleada por este trabajo a la hora de referirse a clases sociales altas (corresponden a ocupaciones en dirección de empresas o trabajos cualificados) o clases sociales bajas (asociadas a trabajos manuales o no cualificados).

Las desigualdades sociales presentan un gradiente social, es decir, a medida que se disminuye en la escala social, disminuye el nivel de salud (tanto expresada como autopercibida), incrementa la prevalencia de enfermedades graves y aumenta el riesgo de muerte prematura. La clase social es el eje principal del resto de las desigualdades sociales, por lo que es un factor sobre el cual es difícil intervenir de manera directa(5).

Las clases sociales menos favorecidas tienen peores hábitos de vida respecto a las clases sociales altas. Factores de riesgo cardiovascular como el sedentarismo y la mala alimentación están relacionados con la posición socioeconómica. Existen datos que demuestran una mayor prevalencia de obesidad en trabajadores de oficios manuales versus no manuales. Se ha objetivado que los niños menores de 16 años cuyos padres pertenecen a clases sociales altas, realizan con más frecuencia un deporte extraescolar(2).

Este impacto sobre la calidad de vida influye en que haya una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, especialmente de naturaleza cardiovascular, en clases sociales poco favorecidas(6). También, presentan un mayor riesgo de contraer enfermedades transmisibles(7).

Son varios estudios los que también apuntan a una peor salud mental de las personas con una posición socioeconómica baja. Se registran unas tasas más elevadas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio, así como un mayor consumo de fármacos antidepresivos e hipnóticos(7). En relación a los hábitos tóxicos, existe una mayor prevalencia de alcoholismo y hábito tabáquico en los estratos sociales pobres. Además, es un grupo que tiene más dificultad para la deshabituación de los hábitos tóxicos(8).

Esta mayor prevalencia se asocia al estrés causado por la precariedad laboral e inestabilidad económica. La precarización de las condiciones laborales se relaciona con un aumento de los accidentes laborales y de accidentes de tráfico(7).

1.4.2 Género

Las diferencias entre géneros no siempre se pueden explicar de manera biológica y no se puede negar la existencia de un componente social importante. La consecuencia de los roles de género implica la subordinación de la mujer en la mayoría de las culturas(5).

En la actualidad, siguen existiendo estigmas y valores que continúan contribuyendo a la invisibilización de la cuestión femenina(5). Las labores domésticas y el trabajo reproductivo siguen recayendo en su totalidad sobre el género femenino. Se ha objetivado que la carga de trabajo doméstico y de cuidados impide a las mujeres dedicar el mismo tiempo que los hombres al trabajo remunerado y a actividades de ocio y autocuidado(10). De media, las mujeres duermen menos horas y realizan menos ejercicio que los hombres, siendo esta diferencia más remarcable en clases desfavorecidas(2).

El sistema sanitario contribuye también al empeoramiento de la salud femenina. La violencia que el sistema sanitario ejerce sobre las mujeres puede ser directa o indirecta. La violencia directa se debe a una peor calidad asistencial en el género femenino, debido

en parte al sesgo de género en la literatura científica. La violencia indirecta se asocia con el peor acceso que tienen las mujeres al sistema sanitario y a la medicalización inadecuada de procesos de la vida cotidiana femenina(5).

Las mujeres tienen una peor situación referente a los determinantes sociales intermedios(5). El género como determinante de salud también tiene un impacto negativo en los hombres, que se traduce en una menor esperanza de vida. La identidad masculina tradicional asocia conductas adictivas y violentas, conducción de riesgo y una menor realización de prácticas de prevención. En el ámbito laboral, los hombres suelen realizar trabajos más peligrosos(2).

1.4.3 Inmigración

La inmigración ha aumentado de manera significativa desde el siglo XX. En 2020, llegó a formar un 11,4% de la población total en nuestro país. El origen de dichos inmigrantes es principalmente América Latina, el norte de África y países del Este de Europa(11).

Por norma general, los inmigrantes procedentes de países con rentas bajas, presentan un patrón similar de patologías que la población autóctona, pero con una menor frecuencia(2). La población inmigrante presenta una mortalidad un 8% menor que la población española de la misma edad y emplean un 30% menos de los servicios sanitarios(11).

A su llegada a España, su estado de salud y su calidad de vida es mejor en inmigrantes respecto a la población autóctona de su mismo estatus social y grupo etario. Este fenómeno es conocido como ‘el efecto de inmigrante sano', que se debe a que la personas que emigran son jóvenes sanos, con capacidad de trabajar(2).

Los inmigrantes suelen estar expuestos a peores determinantes sociales (tanto estructurales como intermedios) en el país de acogida(11). Respecto a los determinantes intermedios, los inmigrantes trabajan con más frecuencia sin contrato o con contratos de naturaleza temporal. Por lo tanto, están expuestos a mayor tasa de desempleo, salarios más bajos y/o precariedad y como consecuencia, peores condiciones de

vivienda. Todos estos indicadores tienen resultados más acentuados en caso de mujeres, inmigrantes en situación irregular o en refugiados(5).

Es tan importante el impacto de los condicionantes sociales de la salud, que después de vivir pocos años en el país de acogida, la salud de los inmigrantes empeora de manera rápida, llegando a niveles de calidad de vida y de salud percibida peores que la población autóctona(2).

1.4.4 Población gitana

En España, se censan 750.000 gitanos en España de los cuales 10.000 viven en chabolas(5). La etnia gitana suele sufrir discriminación social e institucional por parte de las instituciones sanitarias. Existen datos recientes que apuntan a una mayor mortalidad infantil y una esperanza de vida inferior a la media española. Este hecho se asocia a un menor uso de actividades preventivas, como el programa de vacunación infantil(12).

En la etnia gitana existen una serie de expectativas respecto a la atención primaria que influyen en su relación con el sistema sanitario. En el caso de la mujer gitana, trasladan directamente el cuidado de su salud al médico, cosa que conlleva una gran dependencia al sistema sanitario y una actitud pasiva respecto a su salud(13).

Los principales motivos de consulta son dolores osteomusculares, problemas mentales, hipertensión y diabetes, siendo estos problemas más prevalentes en mujeres gitanas mayores de 50 años respecto a los hombres de la misma edad(12).

Las mujeres gitanas presentan un mayor riesgo de enfermar que los hombres. Este hecho se relaciona con la doble discriminación a la que se enfrentan: pertenecen a una minoría étnica y son mujeres en una sociedad tradicional, donde los roles de género son más marcados(14).

Referente a la situación de la vivienda, es habitual que residan en infraviviendas, chabolas o guetos. Este fenómeno conlleva un aumento de la prevalencia de problemas cardiovasculares y de enfermedades mentales(12).

1.4.5 Edad

En la actualidad, en el Estado Español se presenta una población claramente envejecida fruto del aumento de la esperanza de vida y el cambio de modelo familiar. Esta población presenta una elevada tasa de cronicidad, pluripatología, complejidad terapéutica y discapacidad(15).

La vejez se asocia frecuentemente a riesgos sociales, económicos y de salud, entre los que se destaca la pobreza y la soledad(16). Muchos trabajos han planteado la existencia de una discriminación por cuestión de edad: el edadismo. Las personas mayores se ven sometidos a maneras específicas de exclusión y son tratados de forma diferente por la sociedad(17).

El sistema sanitario actual, aún centrado en los casos agudos, carece de herramientas y recursos para estos pacientes y como consecuencia, se dan casos de desahucio terapéutico en los pacientes geriátricos(18). En nuestro país, las prestaciones de servicios de dependencia se basan en la solidaridad inter e intrageneracional, donde generalmente es una única persona la que asume la responsabilidad del cuidado. Las políticas actuales dan por supuesto que son las familias las que tienen que asumir la provisión del bienestar de sus miembros. Existe una contradicción clara en los países mediterráneos con este modelo 'familista' de los cuidados, ya que existen menos prestaciones de apoyo(9).

Los cuidados informales actúan como un determinante social intermedio que genera desigualdades en salud(18). Las personas encargadas de los cuidados son en su mayoría mujeres y tienen una relación familiar o marital con la persona dependiente. Carecen de formación específica y no perciben una remuneración económica por el trabajo realizado, el cual ocupa prácticamente todo el día(9) .

El síndrome del cansancio del cuidador se refiere al desgaste físico y psicológico que sufren las personas debido al cuidado constante y continuado de un enfermo crónico(18). Se caracteriza la presencia de apatía, depresión, ansiedad, irritabilidad e

insomnio entre otros. Con frecuencia asocian dolores osteomusculares, cefaleas y abuso de sustancias(19).

El coste económico que supone la dependencia, junto a la escasez de recursos por parte de la instituciones ha desembocado en unas importantes implicaciones: la vejez es un problema social que requiere de soluciones colectivas(18).

1.4.5 Territorio, barrios y la situación de la vivienda.

A nivel territorial, se ha demostrado que existen diferencias en cuanto a nivel de salud de una región a otra. Se han identificado diferencias significativas entre la esperanza de vida de comunidades autónomas más ricas (Navarra o Madrid) y las más pobres (Andalucía)(5).

En lo referente al barrio, es un elemento dinámico en el que varían sus características físicas y sociales. El proceso espacio temporal más común es la segregación, que consiste en que diferentes grupos de personas definidos por unos determinados ejes de desigualdad social se distribuyen en las ciudades de manera no aleatoria(21). Según **Leal y Sorando,** la segregación espacial en Madrid en términos de clase ha aumentado con el tiempo(22). En un estudio sobre la mortalidad en diferentes barrios de Barcelona se detectaron unas mayores tasas de mortalidad evitable en los barrios de mayor privación económica(23).

La vivienda se reconoce como un determinante de la salud, ya que las condiciones de la vivienda repercuten en la salud física y mental(5). La insatisfacción con las condiciones de vivienda se relaciona con una peor salud autopercibida, depresión, insomnio y problemas conductuales y académicos en la infancia. Unas condiciones de vivienda insalubres se asocian con una mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares y respiratorias. También implican una mayor exposición a alérgenos, químicos nocivos y plagas que se asocian con enfermedades infecciosas. La percepción de inseguridad en el barrio conlleva una disminución del tiempo fuera del hogar, de la actividad física y de las relaciones sociales (24).

Por su importancia en nuestro país, se debe destacar la problemática de los desahucios. Las personas que se encuentran en proceso o en riesgo de desahucio sufren un marcado empeoramiento de la salud física y mental(5). El riesgo de desahucio es un problema social con consecuencias directas en la salud de las personas, tanto las directamente afectadas como la propia comunidad(25).

Varios trabajos han evidenciado un agravamiento en la salud de las personas en una situación de desahucio así como el empeoramiento de su salud mental a medida que avanza el proceso. Las mujeres en situación de desahucio presentan mayor incidencia de hábito tabáquico, un hecho que se asocia con estrés de la situación(24).

En la comunidad, la presencia de desahucios en el barrio impacta en la salud de los vecinos por el deterioro del entorno. La exposición a desahucios puede conllevar un aumento de la presión arterial entre los residentes del barrio (26). Las plataformas de antidesahucio tienen un efecto protector sobre la salud de estas personas(27).

1.5 Atención primaria

La atención primaria es la entrada al sistema sanitario, de ahí su papel protagonista en garantizar la equidad del acceso a los cuidados de salud. Es uno los núcleos principales de intervención respecto a las desigualdades sociales, ya que el nivel donde se tratan las consecuencias clínicas de la mayoría de éstas (descompensación de enfermedades crónicas, seguimiento de pacientes de alto riesgo cardiovascular, control de pacientes con cuadros ansioso-depresivo de etiología social…)(28). Se ha demostrado que sistemas sanitarios con una atención primaria fuerte y eficiente son capaces de proveer una mejor salud comunitaria, una mejor distribución y un mejor uso de los recursos(29).

Por estos motivos, el nivel de intervención sobre los determinantes sociales de la salud que escoge este trabajo es la atención primaria. El centro de salud permite una visión completa de las circunstancias de vida del paciente, cosa que facilita una intervención más eficaz sobre los condicionantes sociales de la salud respecto a la de otros niveles asistenciales.

2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

El objetivo principal de este trabajo es revisar y analizar cuáles son las medidas que se pueden adoptar desde atención primaria, tanto individuales como comunitarias, para disminuir el impacto de los condicionantes sociales en la salud. De manera secundaria, se evaluará la efectividad y su aplicabilidad en la práctica médica cotidiana.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para esta investigación se ha seleccionado aquella bibliografía centrada en la evaluación de los condicionantes sociales de la salud a partir del año 2000 en el territorio Español. Se escogieron ensayos clínicos y revisiones sistemáticas indexadas en Medline, recurriendo al motor de búsqueda de Pubmed. También se han empleado documentación oficial como BOEs o propuestas de ley. Por otro lado, se ha recurrido a blogs de carácter social y reivindicativo gestionados por personal sanitario empleando el motor de búsqueda de Google Scholar.

El eje principal del trabajo, sobre el que se ha construido el resto de la bibliografía, han sido el libro '**Salubrismo o Barbarie'(5)** y el documento '**Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España'(2).**

4. RESULTADOS

A continuación, se exponen aquellas medidas que se han propuesto desde atención primaria para la minimización del impacto de los condicionantes sociales en la salud.

4.1 Abordaje de los condicionantes sociales de la salud en la práctica clínica cotidiana.

El trabajo del médico de familia implica una integración activa del entorno, para que todo ello se refleje en su actuación en consulta y se apliquen medidas sanitarias de forma adaptada a las condiciones del paciente, con el objetivo de ayudar a que el binomio situación social-enfermedad sea lo más favorable posible(28).

A continuación, se proponen medidas aplicables en el entorno de la atención primaria (centro de salud y el domicilio), que han demostrado disminuir el impacto en la salud de los condicionantes sociales.

4.1.1 Desde el centro de salud

Existe una codificación para procesos mórbidos e incapacitantes como el **CIE-10**, pero hay aspectos del paciente que no son encuadrables en un proceso clínico convencional por su naturaleza social. El facultativo debe ser consciente de ello y hacerlo constar en la historia clínica, ya que en la mayoría de ocasiones los problemas sociales quedan englobados en un 'trastorno adaptativo' haciendo que se pierdan muchos matices(30).

Por otro lado, las guías de práctica clínica son de utilidad limitada en Atención Primaria. Las guías suelen abogar en procedimientos basados en la mejora de la salud, muchas veces agresivos, cosa que en ocasiones no tiene cabida en pacientes crónicos, complejos y avanzados. También presentan limitaciones a la hora de tratar pacientes con diversas patologías concomitantes(15). El uso de guías de práctica clínica en atención primaria

debe hacerse manteniendo siempre el foco en el paciente, utilizando la información como un apoyo y adaptándola siempre a las condiciones de vida del individuo(28).

Se ha de recalcar la importancia de la coordinación entre niveles asistenciales, ya que ha demostrado tener una importante repercusión en la calidad de los cuidados. La atención asistencial debe mantener la atención primaria como eje central, siendo esta un apoyo complementario a los otros niveles(28). La priorización de pacientes de bajo estatus socioeconómico a la hora del abordaje y seguimiento de diversos episodios ha demostrado tener rentabilidad asistencial. Se pueden establecer medidas de discriminación positiva para mejorar el acceso a actividades preventivas a grupos desfavorecidos. En estos pacientes también resulta de mucha utilidad la realización de consultas conjuntas y transversales con otros profesionales de atención primaria(31).

La atención sanitaria centrada en la persona entiende al ser humano como un todo indivisible, donde se interviene de manera integral sobre el individuo, la familia y la comunidad. Es un modelo que enfatiza la exploración en conjunto de la enfermedad, la comprensión del paciente en forma integral y en su contexto, buscando el diálogo y entendimiento entre el profesional y el paciente(32). El médico de familia debe atender al paciente teniendo en cuenta e identificando la relación entre los problemas de salud y los factores psicosociales que concurren(28). El facultativo debería ser capaz al mismo tiempo de tener un enfoque de los problemas desde la perspectiva biomédica, psicológica y social, y combinar estas perspectivas con una visión panorámica. Este método es una herramienta útil y especialmente aplicable en atención primaria, ya que el médico es capaz de conocer los elementos de la personalidad del paciente y sus relaciones sociales(33).

La relación médico-paciente es fundamental para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Toda actividad asistencial está influenciada, directa o indirectamente por dicha relación(33). Se ha evidenciado que los pacientes con renta baja presentan un mayor descontento en la comunicación con su profesional de referencia. Las clases sociales poco favorecidas reciben una entrevista menos emocional, más dirigida y

menos participativa(34). Para corregir este hecho, el facultativo ha de procurar ser equitativo en la entrevista clínica y asegurar que el tiempo es el adecuado.

Por otro lado, los individuos con un estatus socioeconómico bajo suelen sentirse más cómodos en una entrevista clínica más dirigida. De ahí, la importancia de la educación en salud y el empoderamiento de los pacientes(34).

4.1.2 Domicilio

Es una necesidad recuperar el domicilio como un entorno de consulta habitual, y no como un hecho anecdótico en la agenda del facultativo. El conocimiento de las condiciones de vida es esencial en la práctica clínica y supone el primer paso en la toma en consideración a la comunidad(30). Por ejemplo, la evaluación de las condiciones arquitectónicas es esencial en pacientes dependientes con el objetivo de que se puedan realizar mejoras que garanticen su autonomía(18).

4.2 Intervención sobre los hábitos de vida de la población

Los hábitos de vida del individuo tienen un menor impacto sobre la salud, si se comparan con las condiciones sociales. Existe una relación muy estrecha entre los hábitos de vida de una persona y su estatus socioeconómico. La actividad física en el tiempo de ocio es menos frecuente en clases sociales poco favorecidas. El acceso a una alimentación saludable está determinada por el entorno: en los barrios marginales es más difícil adquirir frutas y verduras(2). Estos hechos se objetivan con que la obesidad crece según desciende en la escala social, de 9% en la **clase I** a 24% en la **clase IV**(6).

El alcoholismo, el consumo de drogas ilegales y el tabaquismo están relacionados con indicadores de desventaja social y económica(20).

El abordaje del sistema sanitario obvia este hecho, para continuar simplificando los problemas de salud a su etiología biomédica. Esto conlleva una minimización del contexto socioeconómico y a una culpabilización del individuo, convirtiéndolo en un sujeto pasivo frente a su estado de salud(5).

La promoción de hábitos saludables es un pilar básico del abordaje de atención primaria, sin embargo, para que dicha intervención sea eficiente se necesita un abordaje que tenga en cuenta el género, clase social y etnia de los individuos. Se ha demostrado que sin una correcta contextualización del individuo, solo una proporción ínfima de la población va a conseguir un cambio de conducta, y además, dichas conductas van a tener un difícil mantenimiento a largo plazo(2).

Es esencial entrevistar al paciente sobre sus hábitos de vida y hábitos tóxicos sin una actitud culpabilizadora. A partir de ahí, se puede crear una estrategia para una mejora del estilo de vida y para la deshabituación de tóxicos(35).

En lo referente a la salud sexual y reproductiva, existe una limitación económica y educativa en las clases más desfavorecidas para acceder a métodos de contracepción, anticoncepción de emergencia y aborto. Un factor que influye en este aspecto es la ley de cuidados inversos(36), ya que son las jóvenes con recursos y un buen apoyo familiar, las que reciben educación sexual por parte de las instituciones.

Las jóvenes sin estudios superiores, inmigrantes y residentes en barrios marginales presentan mayores tasas de embarazos no deseados. Desde atención primaria, es importante realizar un cribado de aquellas jóvenes en riesgo de convertirse en madres adolescentes o de estar expuestas a relaciones sexuales de riesgo, para asegurarse que reciben un consejo de educación sexual adecuado y tienen acceso a medidas de contracepción(37).

4.3 La situación laboral ¿Una constante vital más?

La situación actual en España en temática laboral está definida por una serie de características: existe una alta tasa de desempleo, que afecta sobre todo a la población menor de 30 años; destaca la temporalidad de los contratos regida por el turismo vacacional; la implementación de reformas laborales que fomentan la precariedad y la poca presencia de los sindicatos. Todos estos factores conllevan a un contexto laboral en el cual encontrar trabajo no supone la ausencia de riesgo de pobreza. En 2013, el

65% de las personas que entraban al mercado laboral, continuaban en una situación precaria(5).

El trabajo es considerado por la mayoría de autores como un determinante de salud más, y afirman que tener un trabajo precario puede ser igual o peor para la salud que estar desempleado. La inseguridad laboral tiene efectos negativos sobre la salud mental, implica un mayor consumo de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos y supone un mayor número de bajas laborales por motivos de salud (38). Varios estudios han evidenciado una relación entre las jornadas laborales prolongadas y el consumo de alcohol, el riesgo de desarrollo de diabetes tipo II y la aparición de problemas cardio y cerebrovasculares(5).

La ocupación laboral de un paciente da una importante información al clínico de a qué factores de riesgo se encuentra sometido. En el caso de los jubilados, es importante que quede registro de cuáles fueron sus últimos trabajos y en los cuales pasó más tiempo de su vida. Por lo tanto, el hecho de conocer cuál es la profesión de los pacientes en atención primaria permite una promoción y prevención en salud mucho más específica(5).

La temporalidad laboral implica muchas veces una transición de empleos en poco tiempo, por ello, es importante preguntar a los pacientes que lo requieran sobre su situación laboral de una manera más o menos periódica(5).

Además de la situación laboral, en la historia clínica debería constar el nivel de ingresos, el nivel de estudios e información relevante del ámbito familiar. Se ha demostrado en estudios recientes que el nivel de estudios no siempre se asocia con el nivel socioeconómico y la ocupación laboral(4).

4.4 La importancia del apoyo social: creación de grupos de apoyo

El apoyo social proporciona a las personas los recursos emocionales e instrumentales que estimulan patrones de conductas saludables. Las relaciones sociales se consideran un protector de salud de primer orden(18): ayudan a un mayor mantenimiento de la capacidad funcional y cognitiva, así como predicen una mayor esperanza de vida(16).

La red de apoyo del individuo tiene relación con su clase social. Se ha asociado la marginalización con índices de muerte prematura y con menores probabilidades de sobrevivir después de un infarto agudo de miocardio. La falta de apoyo social también conlleva un aumento del riesgo de depresión y de padecer discapacidad fruto de una enfermedad crónica(18).

La intervención desde la atención primaria puede mejorar de manera significativa el entorno social de los pacientes y como consecuencia su salud, generando grupos de encuentro entre pacientes con circunstancias similares(2). Desde el centro de salud se deben crear dichos grupos y determinar cuáles serán las instalaciones y recursos necesarios para llevarlos a cabo(39).

La formación de grupos de pacientes con una misma patología ha demostrado el empoderamiento de los pacientes, la formación de redes sociales sólidas y la disminución de las tasas de depresión, ansiedad y fatiga(39).

La creación de grupos para la promoción de la salud mental en personas que se estén enfrentando a una situación vital estresante es útil para que les ofrezca una atención psicológica preventiva y herramientas de psicohigiene, así como la generación de redes de ayuda entre los participantes(39).

Se ha evidenciado que grupos centrados en las futuras madres, basados en gimnasia del suelo pélvico, relajación y respiración, ayudan a un mejor desarrollo del embarazo y el parto, sobre todo en mujeres en situación de vulnerabilidad(37).

4.5 Educación entre iguales, la creación de agentes de salud

El **modelo RIU** es un modelo de intervención que tiene como objetivo la creación de un espacio para la comunicación entre el personal sanitario y la población de barrio con alto riesgo de enfermar. Para ello se crea la figura de los agentes de salud, personas de la comunidad con un perfil de liderazgo entre sus iguales(40).

Un ejemplo de esta intervención tuvo lugar en **Alzira en 2010**, donde colaboraron la atención primaria y los servicios sociales de ámbito local. En primer lugar, se llevó a cabo la captación de mujeres del barrio, de distintas culturas y con perfil de liderazgo en la comunidad. Estas mujeres fueron capacitadas como agentes de salud de base comunitaria. Su formación se basó en el desarrollo de acciones individuales, grupales, traducción e interpretación de textos (en el caso de las mujeres árabes) y formación sobre temática comunitaria durante cuatro meses. Los resultados de dicha intervención fueron muy favorables (41).

Las mujeres manifestaron cambios en relación con los servicios de salud ya que conocían mejor los servicios y los programas preventivos. Se percibían a ellas mismas como referentes en temática de salud por lo que facilitaban información a su red social cercana sobre el funcionamiento de los recursos y la tramitación de la tarjeta sanitaria. También aportaron información a las mujeres de su círculo sobre el programa de seguimiento del embarazo y educación sexual, desmontando creencias erróneas(40).

Los profesionales sanitarios subrayan la calidad de las relaciones entre profesionales y las mujeres y manifiestan una confianza plena en las agentes de salud. En el entorno social, se propició la creación de nuevos espacios de diálogo y convivencia(40).

En conclusión, la educación entre iguales es una intervención óptima y muy recomendable en los barrios donde sea factible(42).

4.6 Salud Comunitaria

La intervención comunitaria en salud es aquel abordaje que tiene como objetivo mejorar las condiciones de salud de una determinada vecindad, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud que marcan su contexto(5). El objetivo de dichas intervenciones es la promoción de salud desde los servicios sanitarios, pero también desde otros sectores que estén relacionados con el estado de salud de la población, como son los activos en salud(43).

4.6.1 Pensar poblacionalmente, actuar individualmente. Monitorización de los determinantes sociales de la salud.

El primer paso para una intervención a nivel comunitario tiene lugar en la consulta. Se trata de tener un abordaje individual con orientación comunitaria, es decir, incorporar la perspectiva de equidad en la práctica clínica cotidiana. Los profesionales sanitarios deben trabajar conociendo cuales son los determinantes y resultados de salud de su zona básica y establecer objetivos y actuaciones en base a eso(5).

Los sistemas de vigilancia de los determinantes sociales de la salud deben incluir fuentes donde se integren datos de origen individual y de origen comunitario. Las fuentes de información sobre los determinantes sociales de la salud son escasas y con limitaciones. Los censos poblacionales contienen información sobre la morbimortalidad de la comunidad, pero son datos poco actualizados y no responden a una realidad en constante cambio(44).

Las encuestas de salud por entrevista a nivel estatal, son una fuente de información sanitaria que permiten conocer la situación epidemiológica de una manera más dinámica(44). Aportan información sobre la mortalidad percibida, hábitos, condiciones de vida y utilización de servicios sanitarios, así como actitudes y opiniones respecto a determinados temas(10). Su repetición a lo largo del tiempo permite establecer las tendencias temporales de estos indicadores(44).

A partir del análisis de los datos obtenidos por distintas fuentes se pueden evaluar estrategias para la disminución de las desigualdades sociales presentes en la comunidad(28).

Los sistemas de monitorización actuales de los determinantes sociales tienen el problema de haber estado diseñados con otros fines y que en su mayoría nacen desde la perspectiva de déficit y no de activos para la salud(45).

4.6.2 Alfabetización de la población en salud

Se debe informar a la comunidad sobre qué es la salud y los factores que intervienen sobre la población de la zona básica de salud. Desde este enfoque se puede desarrollar programas, partiendo desde un punto de vista local, para una educación y promoción de la salud poblacional. En este aspecto se destaca la reorganización de los centros de salud de la comunidad de Madrid que se inició en el 2018, con el objetivo de profundizar en las acciones de promoción de la salud, prevención poblacional y salud ambiental(46).

Para ello, se generaron una serie de programas que se adaptaban a las necesidades de salud y especialización de la plantilla del centro de salud. Entre ellos, se destaca el programa de alimentación y actividad física dirigido a población de 50-68 años con pre-diabéticos, a los que se les realizaba una intervención grupal protocolizada para la promoción de unos mejores hábitos de vida. Se demostró que la población que entraba en dicho programa usaba menos fármacos hipolipemianes y antidiabéticos orales. Entre los 9 programas que se proponen existe uno dedicado a la reducción de las desigualdades sociales en salud, que promueve la acción intensa sobre grupos vulnerables y la disminución de las barreras culturales de acceso a los servicios(46).

4.6.3 Participación comunitaria

La participación de pequeños grupos de ciudadanos para la toma de decisiones sobre determinados problemas de salud ha tenido efectos positivos, con una evidencia moderada. Se produce una mayor aceptabilidad de las actuaciones y se logran unos mejores resultados en equidad y eficiencia. Los participantes en la toma de decisiones

presentan un mayor empoderamiento y confianza y mejores hábitos de vida. Además, por parte del personal sanitario se logra una mayor compresión de la realidad y una ganancia de reputación comunitaria. Por lo tanto, es de interés que, desde los centros de salud, se permita a asociaciones de vecinos participar en la toma de ciertas decisiones que afecten a la salud del barrio (47).

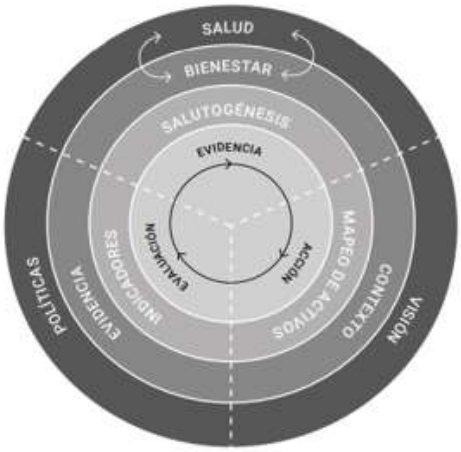
En la **declaración de Menorca** sobre la participación ciudadana en salud se estableció que se necesitan mecanismos que potencien la participación de los pacientes(48).

En este aspecto, las redes sociales y las nuevas tecnologías ofrecen nuevos mecanismos de participación que vale la pena conocer y dominar(49).

4.8 Activos en salud

Un activo en salud se define como cualquier factor o recurso que potencia la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar. Su objetivo es hacer fáciles y accesibles las opciones sanas, orientadas al bienestar, crecimiento y envejecimiento saludable(49). En 2007, **Morgan y Ziglio** presentaron un modelo para activos de salud, con el objetivo de revitalizar la evidencia en salud pública y ayudar a superar dificultades para una acción comunitaria frente a desigualdades(43). El modelo de activos se sustenta en el desarrollo de políticas y actividades basadas en las capacidades, habilidades y recursos de las personas y barrios menos favorecidos. Se trata de identificar las capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales de la comunidad mediante un mapa de activos(35).

Figura 3. Modelo de activos en salud de Morgan y Ziglio



4.8.1 Mapeo de activos en salud

El mapeo de activos en salud es un proceso por el cual se determinan cuáles son los aspectos positivos de una comunidad y se teje una red de relaciones y apoyos mutuos. Los recursos del barrio son categorizados en activos primarios (se ubican dentro de la comunidad y bajo el control del barrio), activos secundarios (activos situados en la comunidad y controlados por agentes externos) y de activos potenciales (recursos originados fuera del barrio y controlados por agentes externos)(50). Para que el mapeo sea eficaz se requiere que los activos se conecten hacia un objetivo. Este hecho desemboca en proceso de empoderamiento, mejorar de la calidad de vida y promoción de la salud (43).

El proceso de mapeo se puede dividir en una serie de fases. La primera fase consiste en la presentación de los agentes locales, los cuales son personas de referencia en el ayuntamiento y asociaciones y son considerados líderes dentro de la comunidad. Se encargan de contactar con los agentes de terreno. Los agentes de terreno son personas clave en la comunidad y tienen la función de liderar el proceso de mapeo.

En la segunda fase, se produce una delimitación del terreno y en la tercera, se inicia el trabajo con los agentes de terreno. Se presenta el proyecto a dichos agentes y se crea el grupo guía del proceso de mapeo. La cuarta fase consiste en la etapa de trabajo de campo, en la que se localizan los activos y se reflexiona sobre ellos. Una vez detectados

los activos, se existe una última fase donde se debe comunicar cuales son dichos activos a la comunidad(50) .

De esta manera, el modelo de activos propone un modelo de promoción de la salud que capacita a las personas para controlar los determinantes sociales de la salud, y como consecuencia, poder mejorar su calidad de vida(35).

4.9 Abordaje sobre los condicionantes sociales

4.9.1 Intervenciones en salud desde la perspectiva de género

El género es un condicionante social con un impacto importante en la vida de las mujeres. Hay varios aspectos que se han de tener en cuenta desde la atención primaria para propiciar una mejor intervención en la salud de las mujeres. La perspectiva de género es aquella que tiene en cuenta las diferencias entre géneros según la realidad en la que se enfrentan(5).

En primer lugar, la literatura carece de una perspectiva de género en la mayoría de ocasiones, obviando diferencias en la estructura ósea, función endocrina respecto a la respuesta a tóxicos y las exigencias físicas. Estas diferencias son principalmente reseñables en estudios sobre los condicionantes sociales de la salud, ya que en su mayoría se encuentran centrados en la ocupación laboral eludiendo el papel de cuidadora y de esposa. Las investigaciones sobre riesgos laborales se encuentran en su mayoría basadas en población masculina y con resultados poco extrapolables al modelo de trabajo femenino(10). Además, existe una importante medicalización desde la atención primaria de la problemática de la mujer como los problemas menstruales, la menopausia y la violencia de género(5).

Desde la atención primaria se debe tener una visión amplia y diversa que permita el abordaje de género, teniendo en cuenta la existencia de diferencias fisiológicas y sociales entre hombres y mujeres, que no siempre son contempladas desde la literatura científica. Se requiere de formación sobre la problemática femenina y cuáles son las

medidas de intervención más óptimas, sin acabar medicalizando problemas que, o bien son fisiológicos, o bien tienen una raíz social(5).

La violencia de género es un aspecto clave en la problemática social de la mujer. Los profesionales de la salud deben tener presente esta realidad para poder identificar las manifestaciones físicas, psicológicas y sociales de la violencia sobre la mujer. De esta manera, se pueden elaborar estrategias de prevención y erradicación, en coordinación con organizaciones o recursos especializados(14).

4.9.2 Intervenciones sobre la población racializada o de etnia gitana

Para la creación de un espacio de comunicación entre la población inmigrante o racializada y en centro de salud se han de conocer las condiciones de dicha población.

En general, la población inmigrante utiliza con más frecuencia los servicios de urgencia de manera incorrecta. Las causas son principalmente el desconocimiento de los circuitos, la incompatibilidad de horarios laborales y la imposibilidad de conseguir permisos por sus condiciones precarias. La población inmigrante encuentra barreras de acceso a la hora de acceder al sistema sanitario como el empadronamiento como requisito para la obtención de la tarjeta sanitaria(5). Se ha de ser consciente de la situación de vulnerabilidad de la población inmigrante y garantizar la equidad de acceso a los servicios. El médico de familia debe estar informado sobre las tasas de inmigración en su zona básica de salud, así como de los países de origen. Es importante formarse sobre aspectos de salud que, aunque no representan un impacto en la población autóctona, sí lo tienen en la población inmigrante. Ejemplos de este hecho serían conocer el protocolo de actuación ante pacientes diabéticos que quieren participar en el Ramadán, cuáles son las infecciones más prevalentes en sus países de origen o el adecuado control de los pacientes VIH positivos(51).

La población gitana tiene una serie de características sanitarias que definen cómo debe ser una intervención más eficaz. En primer lugar, referente a los hábitos tóxicos, el tabaco supone un elemento de tránsito a la edad adulta dentro de la cultura gitana,

sobre todo en los varones jóvenes. Por lo tanto, están indicadas intervenciones para la prevención del hábito tabáquico desde edades tempranas (10-12 años)(12). En lo que respecta a las niñas y jóvenes gitanas, presentan una mayor frecuencia de accidentes domésticos, lo que plantea el reto de la mejora de las condiciones de vivencia y de entorno urbano(12). También sufren con frecuencia violencia de género que queda enmascarada por los roles de su sociedad patriarcal. En este aspecto es importante hacer una anamnesis dirigida a conocer si están expuestas violencia doméstica, aunque ellas no sean plenamente conscientes de este hecho(14).

Los miembros de la comunidad gitana menores de 18 años tienen más sobrepeso respecto a la población general, un hecho especialmente preocupante en las mujeres, donde un 23% de las chicas presentan sobrepeso, respecto al 10% de la población general. Se deben establecer estrategias para la actividad física y alimentación saludable. La intervención sobre la dieta es un aspecto esencial ya que la alimentación de la población gitana se basa en un consumo elevado de azúcares y grasas animales. Es una población en la que se debe mejorar en el seguimiento de los factores de riesgo cardiovasculares(12).

Al comparar los datos de consumo de medicamentos, la población gitana realiza un mayor uso de fármacos respecto a la población general. El sobreuso de medicación es un signo de mayor morbilidad, aunque en este caso se asocia a una mala utilización o falta de información sobre ello. Un objetivo a trabajar desde atención primaria es la educación sanitaria sobre fármacos y reducir la automedicación en la población gitana(12).

Un ejemplo de la intervención sobre la salud de la población gitana tuvo lugar en Navarra donde se inició un programa modelo en el que se censaban las familias gitanas de la zona, haciendo constar su historia vital y elementos como el estado de vacunación, los hábitos alimentarios y el estado de salud infantil. Sobre dicho censo, los servicios sociosanitarios responsables elaboraron un plan de trabajo. El programa contribuyó a niveles más altos de cobertura de atención primaria de salud, fortalecimiento de la salud

reproductiva de las mujeres y la salud de los niños. Se detectó un incremento en la participación de la comunidad gitana en la educación para la salud y programas de prevención de enfermedades. También aumentó la asistencia escolar de los niños menores de 12 años al 90% (52).

En general, la población inmigrante y de etnia gitana presenta un menor uso del odontólogo, principalmente por el elevado coste de estos servicios. Para mejorar la salud dental de estos grupos se debe realizar una buena educación de la higiene dental por parte del pediatra. Los médicos de familia deben estar informados de cuáles son los criterios de derivación al odontólogo del sistema de salud y hacerlo si es necesario(12). Por otro lado, existen organizaciones sin ánimo de lucro como **'Dentista sobre ruedas'** que ofrecen atención bucodental a personas sin recursos suficientes. Para acceder a este tipo de ayudas es necesario que el médico derive a los pacientes que lo requieran al trabajador/a social(53).

Las mujeres inmigrantes y de etnia gitana no suelen acudir a la realización de pruebas preventivas ginecológicas. Un 20% de estas mujeres solo acuden al ginecólogo para controles obstétricos. Desde la atención primaria se debe potenciar la función preventiva y la captación activa de las mujeres racializadas y gitanas cuando sea necesario, así como la promoción de la realización de mamografías y citologías(14).

La utilización de metodologías de trabajo para la promoción de la salud como la formación de agentes de salud puede ayudar a contribuir a eliminar barreras y difundir mensajes de salud culturalmente adaptados a las diferentes poblaciones de la zona básica de salud(40).

4.9.3 Intervenciones por grupos de edad

En lo que respecta a la población anciana, desde el centro de salud se pueden elaborar líneas de actuación separadas pero interrelacionadas entre sí.

En primer lugar, promover estrategias para un envejecimiento saludable basadas en la prevención de riesgo de la vejez, promoción de hábitos para mantener unos niveles

mínimos de actividad física, autonomía y una presencia activa en la sociedad(18). Las actividades grupales en la población anciana ayudan a mantener una vida activa y a crear vínculos solidarios entre ellos y conllevan la disminución del aislamiento y la soledad. Generan un espacio propicio para tratar temas específicos de la vejez como la pérdida de un ser querido y la asesoría de los cuidadores. Son el entorno perfecto para ofrecer programas de cribado de vista, oído y memoria(18).

En segundo lugar, por lo que respecta a los cuidadores y al síndrome de cansancio del cuidador, el profesional tiene que ser consciente de las limitaciones que supone la Ley de Atención a las Personas en Situación de Dependencia y adaptarse a estas circunstancias. Es importante derivar a estas pacientes al trabajador/a social para poner en marcha recursos sociales que ayuden a sacar del ámbito familiar la obligación de cuidador y propongan métodos de cuidado más equitativos(9). Por parte de los profesionales sanitarios, se pueden fomentar hábitos de autocuidado (poner límites, pedir ayuda a otros familiares, promover una vida más saludable…), poner en contacto con asociaciones, ayudar a combatir la culpabilidad y marcar objetivos de mejora a corto plazo(18). **Cohen et al** declara que los hábitos saludables tienen un efecto protector para contrarrestar los efectos negativos del cuidado informal ya que minimizan el estrés y frenan el deterioro de su salud(54). Las prácticas preventivas como conocimientos sobre ergonomía, empoderamiento del cuidador y herramientas de psicoterapia se asocian con un mayor tiempo de autocuidado y un menor riesgo de problemas físicos y mentales(55).

Las intervenciones a la población juvenil e infantil son menos frecuentes, pero aun así destacan algunas de ellas. Desde la Comunidad de Madrid se propulsó un programa de salud infantil desde determinados centros de salud. El programa ofrecía atención a niños en riesgo social a través de consultas pediátricas más seguidas, donde se valoraba su desarrollo físico, psicomotor y psicoafectivo. Además, se aseguró la cobertura de la alimentación y vacunación y se ofrecía seguimiento con el trabajador/a social para evaluar el entorno familiar(46).

En la isla de Gran Canaria, en el municipio de Telde, se realizaron una serie de actividades en colaboración con los centros educativos de la zona. En los institutos se elaboraron actividades psicoeducativas para tratar la relación de los jóvenes con la violencia y la promoción de hábitos saludables desde la adolescencia. A nivel de la escuela infantil, se planearon reuniones con las familias para resolver dudas sobre la vacunación, lactancia materna y prevención de accidentes infantiles(49).

Una parte importante del desarrollo del modelo de activos en España se ha orientado a estas dos etapas evolutivas por sus deficiencias, riesgos y problemas. Por lo que ante este tipo de pacientes se puede ser especialmente eficiente emplear una perspectiva de activos en salud.

4.9.4 Intervenciones en la estructura del barrio y la vivienda

La estructuración del barrio es un factor que se escapa al control del centro de salud y de los profesionales sanitarios. Aun así, vale la pena comentar las estrategias de intervención más relevantes en este campo. Un ejemplo es la **'Llei de Barris'** que se presentó en Cataluña en 2004, siendo una de las propuestas de renovación urbanas más potentes a nivel europeo(56). En el **estudio de Mehdipanah** se estudió el impacto sobre la salud de los vecinos de los barrios intervenidos. Se demostró un beneficio en la salud mental, en todas las clases sociales pero especialmente en los trabajadores manuales(57).

El médico de familia debe ser consciente de la problemática de la vivienda en España(25). Es importante reforzar el soporte médico a las familias en riesgo de desahucio, sobre todo con un abordaje psicológico que desculpabilice a las personas afectadas. Dentro de este ámbito, es esencial la coordinación entre atención primaria, los servicios sociales y las plataformas antidesahucio del barrio(27).

5. CONCLUSIONES

La salud está fuertemente influenciada por los condicionantes sociales. El impacto que se puede tener sobre estos desde el sistema de salud es escaso, ya que el cambio reside en el poder político. Actualmente, el paradigma de salud pone el estilo de vida del individuo como eje central de actuación, evitando poner sobre la mesa que las principales amenazas para la salud tienen un importante matiz social. Además de que el estilo de vida individual también se encuentra condicionado por los factores sociales.

Aun así, desde la atención primaria se puede contribuir en que los determinantes sociales no impliquen un detrimento de la salud de las personas. El médico de familia tiene una responsabilidad social con sus pacientes y debe dejar sus prejuicios fuera del centro de salud. El médico de familia y la comunidad se encuentran en la obligación de colaborar con los agentes sociales en la creación de medidas y programas dirigidos al desarrollo local de la población en la zona básica de salud.

Aunque no existen demasiadas intervenciones a nivel comunitario se ha de recalcar su importancia por los beneficios que conllevan. La intervención sobre la población gitana que tuvo lugar en Navarra propició un mejor acceso a las actividades preventivas. La formación de agentes de salud ha demostrado mejorar el acceso y el manejo de los problemas de salud de las poblaciones inmigrantes. La promoción de la salud mediante el modelo de activos permite una intervención eficaz sobre el estilo de vida, ya que contempla sus circunstancias sociales.

Respecto a las limitaciones que se ha encontrado esta investigación, se ha de tener en cuenta que la literatura y las intervenciones sobre los condicionantes sociales son algo escasas en nuestro país y en la mayoría de ella se carecen de una evaluación adecuada de sus resultados.

6. REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS

1. De MA, Guardia Gutiérrez L, Carlos J, Ledezma R. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria Health and its determinants, health promotion and health education.

2. 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. 2015.

3. Caballero González DE, Meralys L, Gelis M, Efigenia M, Cruz S. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. 2013.

4. Domingo-Salvany A, Regidor E, Alonso J, Alvarez-Dardet C. Proposal for a social class measure. Working Group of the Spanish Society of Epidemiology and the Spanish Society of Family and Community Medicine. Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2000;25(5):350–63.

5. López V, Padilla J. Salubrismo o barbarie. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales. 2017.

6. Roux AVD. Residential Environments and Cardiovascular Risk. Vol. 80, Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. 2003.

7. Wilkinson R, Marmot M, Academic Search Complete. Social Determinants of Health: the Solid Facts. World Health Organization; 2003.

8. Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, Benach J, Ariza C, Ramon JM, et al. Social class, education, and smoking cessation: Long-term follow-up of patients treated at a smoking cessation unit. Nicotine and Tobacco Research. 2006 Feb;8(1):29–36.

9. del Carmen M, Cano M, Seisdedos SR. Ley de Dependencia: una mirada con perspectiva de género.

10. Borrell C, Artazcoz L. 5a. Monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación en género y salud. 2017.

11. Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, Garcia-Subirats I, Aller MB, Luisa Vázquez Navarrete M, Mª Luisa Vázquez Navarrete C. Revisión bibliográfica. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. Revista Española de Salud Publica . 2014;88:715–34.

12. Ibañez V. Hacia la equidad en salud: disminuir las desigualdades en una generación de la comunidad gitana [Internet]. 2006.

13. Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazar S, Del-Pino-Casado R. Expectativas y experiencias de uso de las mujeres gitanas mayores ante los servicios sanitarios de atención primaria. Atención Primaria [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2022 May 12];47(4):213–9.

14. Fundación del Secretariado Gitano. Guía de intervención social con población gitana desde la perspectiva de género. 2013.

15. Cofiño R, Canclini EM. Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias Salud Comunitaria View project Community Health Guide View project. 2014;

16. Grundy E, Sloggett A. Health Inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. Soc Sci Med. 2003 Apr 1;56:935–47.

17. Nuevo Benítez R, Cerrato IM, Márquez González M, Izal Fernández De Trocóniz M, Losada Baltar A. Análisis del fenómeno de la preocupación en personas mayores. 2004;4:337–55.

18. García JR, Rogero García J. Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores [Internet]. 2009.

19. Escuela de Pacientes de la Rioja. Síndrome del cansancio del cuidador [Internet].

20. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE. Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. 2010;

21. Torregrosa Sarrión R, Buades Fuster J, Giménez Romero C 1952. Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable : manual de intervención comunitaria en barrios. Tirant lo Blanch; 2013.

22. Sorando D, Leal J. Distant and unequal: The decline of social mixing in Barcelona and Madrid. Revista Espanola de Investigaciones Sociologicas. 2019;167:125–48.

23. Dalmau-Bueno A, García-Altés A, Marí-Dell'Olmo M, Pérez K, Kunst AE, Borrell C. Veintidós años de evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la ciudad de Barcelona. Gaceta Sanitaria. 2010 Jan;24(1):20–7.

24. Novoa AM, Bosch J, Díaz F, Malmusi D, Darnell M, Trilla C. El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda. Vol. 28, Gaceta Sanitaria. Ediciones Doyma, S.L.; 2014. p. 44–50.

25. Ruiz E. Deshauciar, Desalogar, Ejecutar. Cuando la política callejera se convierte en Medicina. Resumen para la charla de presentación de trabajo hecha en La Casa Azul ; 2014 Jan 16.

26. 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. Gaceta Sanitaria. 2016 Jan 1;30(1):4–10.

27. Trilla C. Acció de càritas diocesana de Barcelona en habitatge. 2014.

28. La salud: ¿un asunto individual? – salud comunitaria [Internet].

29. Starfield B. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gaceta Sanitaria. 2012 Mar;26(SUPPL.1):20–6.

30. Padilla J. Afrontando las desigualdades sociales en salud desde la medicina de familia.

31. Díez E, Peirò R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. Gaceta Sanitaria . 2004;18(Supl 1):158–67.

32. Borrell Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. ARTÍCULO ESPECIAL Med Clin (Barc) [Internet]. 2002 [cited 2022 May 12];119(5):175–84.

33. Turabián JL, Pérez F. Atención médica individual con orientación comunitaria; atención contextualizada. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria . 2003;

34. Verlinde E, de Laender N, de Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. Vol. 11, International Journal for Equity in Health. 2012.

35. Editorial. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. Revista Española Sanidad Penitenciaria . 2013;78–86.

36. Hart JT. The Inverse Care Law. Lancet. 1971

37. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. Vol. 28, Gaceta Sanitaria. Ediciones Doyma, S.L.; 2014. p. 109–15.

38. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. Journal of Epidemiology and Community Health. 2005 Sep;59(9):761–7.

39. Secretaria General de Salud Pública y Participación de la Junta de Andalucía. Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en atención primaria (GRUSE). 2011.

40. Paredes-Carbonell JJ. Projecte Riu: un riu de cultures, un riu de salut. Una propuesta de intervención en salud en entornos vulnerables [Internet]. 2011.

41. Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, la Parra Casado D, Álvarez-Dardet C. RIU project: Perceived changes by health agents and professionals after a health intervention in an urban area of socioeconomic disadvantage. Atencion Primaria. 2014 Dec 1;46(10):531–40.

42. Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, la Parra Casado D, Álvarez-Dardet C. RIU project: Perceived changes by health agents and professionals after a health intervention in an urban area of socioeconomic disadvantage. Atencion Primaria. 2014 Dec 1;46(10):531–40.

43. Hernán M, Morgan A, Mena ÁL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. 2010.

44. Espelt A, Continente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. Vol. 30, Gaceta Sanitaria. Ediciones Doyma, S.L.; 2016. p. 38–44.

45. Pérez G, Rodríguez-Sanz M, Domínguez-Berjón F, Cabeza E, Borrell C. Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. Vol. 28, Gaceta Sanitaria. Ediciones Doyma, S.L.; 2014. p. 124–31.

46. Segura Del Pozo J, Cortes MM, Naranjo AP, Nebot MG, Toro FV, García AM. El proceso de reorientación comunidad de los Centros Madrid Salud.

47. Mira JJ, Carrillo I, Navarro IM, Guilabert M, Vitaller J, Pérez-Jover V, et al. Public participation in health. A review of reviews. Vol. 41, Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Gobierno de Navarra; 2018. p. 91–106.

48. Escuela de Salud Pública de Menorca. Declaración de Menorca sobre participación en salud. 2016.

49. Martínez N, Santana A. Abriendo puertas. La promoción desde un proceso de intervención y participación comunitaria. 2006.

50. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gaceta Sanitaria. 2013 Mar;27(2):180–3.

51. Grupo de Estudio sobre Inmigración y Salud. Mortalidad y principales causas de muerte en la población inmigrante residente en España 2001-2005. Departamento de Medicina preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid . 2009.

52. Maria José Pérez Jarauta A, Hernandez About Maria José Pérez Jarauta A, Hernandez A. Health Promotion among Navarre Ethnic Minorities programme, Navarra, Spain.

53. Fundación Dentistas sobre Ruedas. Dentista sobre ruedas.

54. Cohen S, Kessler R, Gordon L. Measuring stress and morbidity in dementia carers: a guide for health and social sciences. New York: Oxford University Press. 1993;28.

55. Burton LC, Newsom JT, Schulz R, Hirsch CH, German PS. Preventive health behaviors among spousal caregivers. Preventive Medicine [Internet]. 1997 [cited 2022 May 12];26(2):162–9.

56. Nel·lo O. La llei de barris: quatre anys, deu lliçons. 2008.

57. Mehdipanah R, Rodríguez-Sanz M, Malmusi D, Muntaner C, Díez E, Bartoll X, et al. The effects of an urban renewal project on health and health inequalities: a quasi-experimental study in Barcelona. Journal of Epidemiol Community Health . 2014;0:1–7.