

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Abordaje desde la visión de la sociedad civil



Integrantes del Consejo Asesor Social:



Índice

Presentación.....	2
1. Determinantes sociales de la salud en España: revisión y retos.....	3
2. Inequidades en salud que afectan a las personas mayores.....	17
3. Inequidades en salud que afectan a niños, niñas y adolescentes.....	32
4. Inequidades en salud que se derivan del lugar de residencia y el lugar de origen.....	44
5. Inequidades en salud que se derivan del género y las diversidades afectivo-sexuales.....	58

Presentación

La existencia de inequidades en salud afecta en especial a los grupos más vulnerables, una realidad incuestionable a día de hoy en la que todos los responsables sanitarios tenemos algo que hacer. Ya en el año 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el marco teórico de los determinantes sociales de la salud, indicando como factores condicionantes el contexto económico y político, el estilo de vida, el nivel educativo, la ocupación, el género o la raza. Todos estos determinantes tienen un efecto directo en la salud de las personas. Una realidad que revela la necesidad de generar nuevas medidas y de utilizar todos los recursos disponibles para reducir las brechas y desigualdades sociales, dirigiéndose a la causa última de la enfermedad.

La profesión farmacéutica, caracterizada por su talento, proactividad y especialización en múltiples modalidades de ejercicio, y la red de más de 22.200 farmacias y 56.500 farmacéuticos comunitarios, capilar, accesible y de confianza, constituyen uno de dichos recursos. Estas cualidades han permitido y permiten a la profesión farmacéutica llevar a cabo iniciativas asistenciales y sociales, como la identificación de situaciones de riesgo de personas vulnerables, servicios de promoción de la salud y prevención, y la comunicación y derivación a otros profesionales u organismos competentes, que actúan directamente y permiten reducir las desigualdades en salud.

Para profundizar en la influencia de dichos determinantes y mostrar las iniciativas que a este respecto está desarrollando la Profesión Farmacéutica, hemos realizado este estudio “Determinantes Sociales de la Salud: abordaje desde la visión de la sociedad civil”, junto a un concreto decálogo de recomendaciones.

Este informe forma parte de la Estrategia Social de la Profesión Farmacéutica y es el resultado del análisis y debate de las catorce organizaciones que conforman el Consejo Asesor Social. El mismo revela que aspectos como la edad, el entorno, el lugar de origen o residencia, el género y las relaciones afectivo-sexuales, son factores decisivos de la salud, más incluso que el propio sistema sanitario.

Quiero agradecer a todos los miembros del Consejo Asesor Social su participación en el informe, así como a al Instituto de Salud Global de Barcelona, puesto que supone un paso adelante en el análisis de soluciones a un problema multifactorial que requiere medidas concretas para atajar las desigualdades sociales y lograr la máxima equidad en salud, uno de los principales desafíos de los sistemas sanitarios y de protección del siglo XXI.

Jesús Aguilar Santamaría

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

1.

Determinantes sociales de la salud en España: revisión y retos



1. Introducción a los determinantes sociales de la salud (DSS)

En 1974, el ministro de sanidad canadiense Marc Lalonde publicó un informe sentando las bases de lo que terminaría siendo el paradigma actual en el ámbito de la salud. Este texto, más adelante conocido como *Informe Lalonde* (1), se basó en estudios poblacionales en los que se establecía que la salud de los individuos se veía determinada por cuatro ámbitos interdependientes: la **biología**, el **ambiente**, el **estilo de vida** y el **sistema sanitario**. De esta manera, el énfasis dejaba de estar situado sobre el binomio enfermedad-tratamiento para pasar a un enfoque que permitía aproximarse a la salud desde una **perspectiva de prevención y promoción**, teniendo en cuenta **factores ambientales** y de **estilo de vida**.

Poco después, en 1980, el *Informe Black*, elaborado desde el Departamento de Salud y Seguridad Social de Reino Unido, concluyó que las desigualdades en materia de clase social propiciaban grandes desigualdades en mortalidad entre la población británica. Como consecuencia, la tasa bruta de mortalidad en la clase social más baja duplicaba a la de la clase social más alta. Y no solo eso, las **desigualdades** se estaban **acrecentando** con el paso del tiempo. Estos hallazgos propiciaron una tendencia en la investigación epidemiológica que se prolongaría durante décadas: un intento de desentrañar cómo los **factores socioeconómicos** influyen en la **salud** y la **enfermedad**, en la vida y la muerte.

Esta corriente culminó en 2007, cuando la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró un **marco conceptual** (2) que engloba tres elementos:

- El contexto político y socioeconómico en el que viven las personas.
- Los determinantes estructurales: los ingresos, el nivel educativo, la ocupación, la clase social, el género o la raza.
- Los determinantes intermedios: los factores psicosociales, el comportamiento, los hábitos y el propio sistema sanitario.

La interacción e interconexión entre estos elementos es lo que, en última instancia, determina la salud de las personas y la sitúa como un fenómeno social, enfatizando el rol de la **equidad en salud** como exponente último de la justicia social.

2. La importancia de vigilar los determinantes socioeconómicos en salud pública: ¿cuál es su impacto sobre la calidad de vida y la enfermedad?

Los determinantes sociales de la salud modifican la manera en que se distribuyen en la población tanto las enfermedades como los **factores de riesgo**, que son aquellas circunstancias que las propician. Como ejemplo, en el informe monográfico sobre consumo de alcohol en España publicado en 2021 por el Ministerio de Sanidad (3), queda reflejado que la prevalencia de consumo alcohólico de riesgo en personas desempleadas es un 45,8% más alta que en personas que trabajan, diferencia que ha aumentado drásticamente en la última década. Al mismo tiempo, según la última edición llevada a cabo en 2019 del estudio *Global Burden of Disease* (Estudio de la Carga mundial de Morbilidad, GBD) (4), sabemos que el **consumo de alcohol** es el tercer factor de riesgo al que más muertes se le atribuyen y el cuarto que más **pérdida de calidad de vida** genera en personas no ancianas en España. Esta pérdida de calidad de vida se mide en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), definidos por la OMS como la cantidad de años no vividos en completa salud, es decir, años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura. De esta manera, el consumo de alcohol aumenta el riesgo de padecer múltiples trastornos graves como enfermedades digestivas o tumores, y se le atribuyen, según estimaciones del estudio, una pérdida de 1.040 AVAD por cada 100.000 habitantes y más de 8.600 muertes en nuestro país durante 2019.

Un ejemplo como este refleja la importancia de tener en cuenta las características socioeconómicas de la población para entender cómo una determinada enfermedad o factor de riesgo se comporta dentro de ella. Por ello, resulta esencial estudiar qué circunstancias socioeconómicas terminan provocando una pérdida de calidad de vida para actuar sobre la raíz del problema, no solo desde un enfoque sanitario y social de prevención y promoción, sino también desde las políticas sociales.

a. Los determinantes sociales definen nuestro riesgo de enfermar

Para las personas no ancianas en nuestro país, los factores de riesgo que mayor impacto tienen sobre la calidad de vida son, en hombres, el **tabaco** y el ya mencionado **consumo de alcohol**. En mujeres también domina el tabaco, seguido de un **índice de masa corporal (IMC) elevado**. Como se muestra en la Figura 1, comprobamos que los hombres se ven afectados en mayor medida por todos estos factores o conductas, existiendo una gran desproporción en el consumo de alcohol y en el de tabaco. Este último llegó a producir más de 3.500 AVAD por cada 100.000 hombres y también es el factor de riesgo al que se le achaca una mayor mortalidad en ambos sexos, con una estimación de más de 24.500 muertes atribuibles durante 2019 en nuestro país.

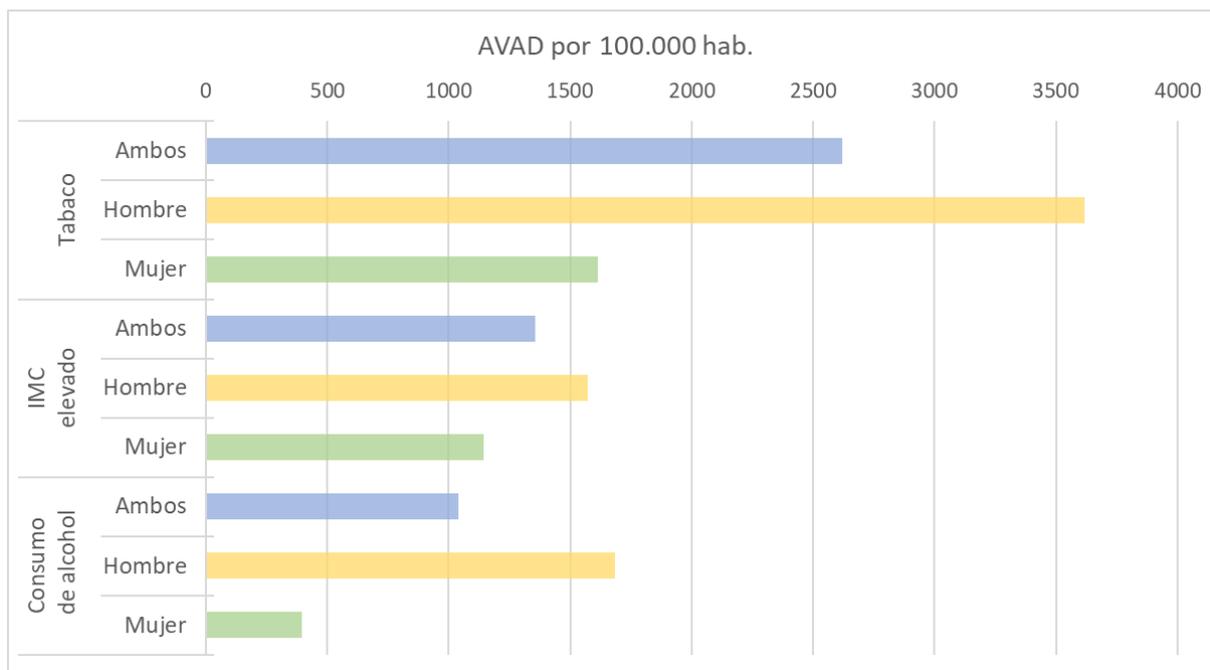


Figura 1. AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) por cada factor de riesgo en la población menor de 70 años en España. Elaboración propia a partir de datos de GBD 2019.

A la vista de los grandes impactos sobre la calidad de vida que presentan estos factores, cabe preguntarse si, al igual que ocurría con el consumo de alcohol, también el tabaquismo y el IMC elevado se ven condicionados de alguna manera por los determinantes sociales.

En lo relativo al **tabaco**, gran causante de cáncer y enfermedad cardiovascular es necesario señalar que no solo hace mella en la salud de los consumidores activos, sino que casi un 7 % de las muertes atribuibles al tabaco en 2019 se produjeron en fumadores pasivos. En vista de ello, se hace relevante estudiar qué factores determinan ambos tipos de exposición al tabaco. Sobre el **consumo activo** sabemos que tiene un origen **multifactorial** y se comporta de manera distinta en cada sociedad. En el caso de España existe un claro **gradiente social** (5), con grupos poblacionales específicos que presentan consumos mucho más altos que la media, entre los cuales se incluyen colectivos racializados (especialmente varones de etnia gitana o china), personas LGTBI+ o personas afectadas por problemas de salud mental y adicciones. Sobre el **consumo pasivo**, si bien no disponemos de datos poblacionales específicos de nuestro país, estudios llevados a cabo en Estados Unidos (6) hallaron que la **protección derivada de regulaciones y políticas anti-tabaco** era desproporcionadamente menor en aquellas personas situadas por debajo del umbral de la pobreza y con un bajo nivel educativo, perjudicando especialmente a niños de entre 3 y 11 años cuyas familias se encuentran afectadas por dichas circunstancias. En este sentido, cuando hablamos de adicciones o consumos perjudiciales para la salud como el alcohol o el tabaco, cabe señalar que estos se encuentran ampliamente determinados a nivel social por el contexto político y comunitario, siendo vital la implementación de medidas a estos niveles si se pretende atajar este problema con una perspectiva de salud pública.

En cuanto al **índice de masa corporal**, sabemos que una medida elevada del mismo es sinónimo de presentar sobrepeso e incluso obesidad. Estas dos situaciones se relacionan con múltiples problemas de salud que provocan una pérdida de calidad de vida, como pueden ser la diabetes o la enfermedad cardiovascular. Un estudio reciente llevado a cabo en varios países europeos (7) analizó cómo se comportaba el **riesgo de padecer sobrepeso u obesidad** en España para aquellos adultos afectados por contingencias socioeconómicas específicas: **bajo nivel educativo, carencia de empleo e inseguridad financiera**. Los hallazgos reflejaron que presentar alguna de esas características supone un riesgo un 43 % más alto de presentar sobrepeso u obesidad comparado con el resto de la población. En cambio, si las tres contingencias se dan de manera simultánea, el riesgo llega a duplicar e incluso triplicar el que presenta el resto de la población. Además, en nuestro país se ha visto que (8) las personas de **origen migrante** tienen el doble de prevalencia de obesidad que la población autóctona, una desigualdad que comienza a hacerse patente ya en la infancia.

Llegado este punto, es evidente la gran influencia que tienen los factores socioeconómicos sobre las probabilidades de enfermar, vivir una discapacidad o morir prematuramente en adultos. De hecho, estos determinantes también **dejan su huella en los niños** cuyas familias se ven afectadas por circunstancias socioeconómicas adversas, como ocurría con la exposición pasiva al humo de tabaco. En 2019, la ocurrencia de **parto prematuro y bajo peso al nacer** generó una pérdida de cerca de 1.800 AVAD por cada 100.000 menores de 5 años. A este respecto, estudios realizados en España (9) relacionan tales problemas de salud materno-infantil con el hecho de que la madre presente un **bajo nivel de estudios** o sea una **persona migrante**. Datos que dejan patente no solo la manera en que los determinantes sociales repercuten sobre la salud desde el nacimiento, sino también la posibilidad real y, por desgracia frecuente, de que estas repercusiones se transmitan entre generaciones.

b. Los determinantes sociales definen nuestros problemas de salud

Los determinantes sociales no solo condicionan los factores de riesgo que presentamos, sino también las **enfermedades** que padecemos. En nuestro país, los trastornos que hacen perder más calidad de vida son **diferentes para hombres y mujeres**. Como se muestra en la Figura 2, las dos enfermedades que más afectan a la calidad de vida en hombres son la **cardiopatía isquémica** (también conocida como enfermedad coronaria) y el **cáncer de pulmón**. Sin embargo, para las mujeres los primeros puestos están ocupados por el **dolor lumbar** y los **trastornos depresivos**.



Figura 2. AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) por cada enfermedad para población de todas las edades en España. Elaboración propia a partir de datos de GBD 2019.

La **cardiopatía isquémica** se encuentra dentro de un término más amplio denominado enfermedad cardiovascular, que incluye también entidades como el ictus, otro gran causante de pérdida de calidad de vida en nuestro país. Es ampliamente conocido que la **enfermedad cardiovascular** viene determinada por una serie de factores de riesgo, entre los cuales los de mayor importancia son de índole metabólica: hipertensión arterial, niveles altos de colesterol o glucosa en sangre, y obesidad o sobrepeso. Estudios realizados en nuestro país (10) indican que la frecuencia de todos estos factores de riesgo cardiovascular aumenta cuanto más baja es la **clase social ocupacional** (siendo la más alta profesiones asociadas a estudios universitarios o altos cargos empresariales y la más baja trabajadores no cualificados). En la misma línea, todos estos factores metabólicos se relacionan estrechamente con los **hábitos nutricionales** y, sobre todo, con la **actividad física**, que según la evidencia científica (11) también viene determinada por la clase social ocupacional. Por un lado, los trabajadores manuales que realizan actividad física ocupacional tienden a hacer menos ejercicio físico en su tiempo libre. Por otro, la realización de ejercicio físico viene ampliamente determinada por la cantidad de tiempo libre o de ocio del que disponga una persona, que a menudo es menor en clases sociales ocupacionales más bajas.

Lo mismo ocurre con el **cáncer de pulmón**, cuyo principal factor de riesgo es el tabaco, como ya se ha mencionado. Datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*) estadounidenses reflejan que entre el 80 % y el 90 % de las muertes por cáncer de pulmón en dicho país están asociadas al **tabaco**, que también sigue un gradiente social. Después del tabaco, el factor que más condiciona la aparición de cáncer de pulmón son los **riesgos ocupacionales** (12), que en los años 80 se estimaba que podían llegar a causar hasta un 15 % de los cánceres de pulmón, si bien se cree que esta cifra ha disminuido con los años. Trabajadores manuales, principalmente hombres, de sectores industriales, de transporte o de la construcción, a menudo se encuentran expuestos a varios de los principales **carcinógenos** relacionados con el cáncer de pulmón, como la sílice cristalina, el humo de motor diésel o el gas radón.

En lo relativo a las patologías que afectan mayoritariamente a las mujeres: el dolor lumbar y los trastornos depresivos, en nuestro país, el **dolor lumbar** es la primera causa de incapacidad temporal laboral y una de las principales causas de discapacidad. Es de difícil tratamiento y tiene un enorme impacto psicosocial sobre quienes lo padecen y su entorno cercano, especialmente cuando se presenta de manera crónica. No resulta sorprendente comprobar que sus principales causantes ya han sido desgranados en este documento: consumo de **tabaco**, **riesgos ocupacionales** y **sobrepeso/obesidad**. En este caso, los riesgos ocupacionales son distintos a los que influyen en la aparición de cáncer de pulmón (13): aquí hablamos específicamente de personas, sobre todo mujeres, que realizan **trabajos manuales** y presentan un bajo nivel educativo. Cabe señalar, además, que en esta patología lo que más impacta la calidad de vida no es su aparición sino su **cronificación**, que presenta además múltiples factores predisponentes de índole **psicosocial** como el padecimiento de trastornos depresivos o de ansiedad.

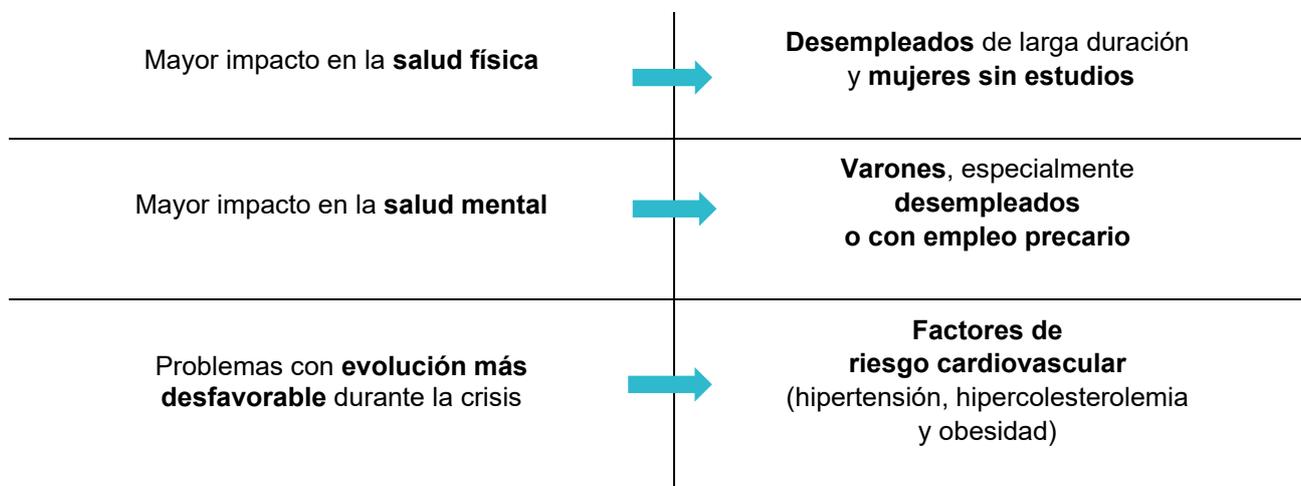
Es aquí donde nos encontramos con el otro gran problema de salud que más afecta a la calidad de vida de las mujeres: los **trastornos depresivos**. Las mujeres no solo desarrollan este tipo de patología con el doble de frecuencia que los hombres en nuestro país, sino que también presentan un consumo de psicofármacos un 75 % más alto. Además, en el ámbito de la salud mental existe una gran **interseccionalidad** en cuanto a los diferentes ejes de desigualdad que condicionan estos trastornos, lo que provoca que estas diferencias de género se vean intensificadas en personas de mayor **edad**, de menor **clase social** y de menor **nivel educativo** (14). Asimismo, la salud mental también puede afectar a la capacidad de adherirse a hábitos saludables o a tratamientos farmacológicos, disminuyendo la disposición hacia el autocuidado y empeorando globalmente la salud.

Además, cabe señalar también que el riesgo de **muerte prematura** y de desarrollo de enfermedades es mucho mayor en personas que sufren **discapacidad**. El Informe mundial sobre igualdad sanitaria para personas con discapacidad (*Global report on health equity for persons with disabilities*) (15) publicado por la OMS en 2022 indica que actualmente hasta 1 de cada 6 personas en el mundo tiene discapacidad, presentando por ello peor salud al verse afectadas de manera desproporcionada por inequidades sistémicas, a menudo derivadas de factores que se podrían evitar. En personas con discapacidad, **enfermedades crónicas** como la diabetes, la obesidad o la depresión aparecen más frecuentemente, sin ser directamente atribuibles al estado de salud subyacente o a la propia discapacidad. Actitudes negativas de algunos profesionales de la salud, información sanitaria en formatos poco comprensibles y barreras físicas o económicas de acceso a los servicios sanitarios son algunos de los factores que determinan esta desigualdad.

PERIODOS DE CRISIS: CÓMO LOS DSS CONDICIONAN DISPARIDADES EN SUS IMPACTOS

A lo largo de las últimas décadas, el estudio de los determinantes sociales nos ha permitido caracterizar la manera en que estos condicionan la vida y la salud de las personas, no solo en periodos de estabilidad, sino también en momentos críticos para la sociedad. Las dos grandes crisis sufridas en España durante este siglo han sido la recesión económica, que comenzó en 2008, y la pandemia por COVID-19, que tuvo su máximo impacto en 2020. En los esquemas presentados a continuación se muestra cómo los impactos en salud que se generaron durante las crisis han afectado en mayor medida a aquellos individuos más vulnerables socioeconómicamente.

CRISIS ECONÓMICA 2008 (16)



COVID-19 (17, 18)

Personas que viven en zonas de baja renta	↑ probabilidad de ingreso en UCI
	↑ probabilidad de fallecimiento intrahospitalario
	40 % mayor incidencia de infección que en barrios de mayor renta (datos de Barcelona)
Niños de familias con bajo nivel educativo durante el confinamiento	↑ exposición al humo de tabaco
	↑ exposición al ruido
	↑ sedentarismo
	Peor alimentación
	Brecha tecnológica en el acceso a la educación desde el hogar
Comunidades vulnerables y minorías sociales	↑ probabilidad de vivir en zonas con peor calidad del aire
	↑ probabilidad de condiciones de hacinamiento
	↑ probabilidad de desempeñar trabajos de alta exposición o en primera línea
	↑ probabilidad de empleo precario
	↑ probabilidad de pérdida de ingresos durante confinamiento

3. Inequidades evitables - Las políticas sociales y la acción comunitaria como ecualizadores de la desigualdad

El mero hecho de reconocer que existe un problema de inequidad y promover que se estudien y evalúen los impactos de esta sobre la salud es un punto de partida esencial para la acción. En este sentido, España ocupa el décimo puesto mundial en la producción científica sobre desigualdades sociales en salud, dejando patente un interés social, institucional e investigador.

La principal implicación del marco de los determinantes sociales de la salud para el modo en que definimos y aplicamos políticas sociosanitarias se traduce en promover **medidas sociales a gran escala**, concebidas en sintonía con el conocimiento científico existente, para atajar problemas que en último término afectan a la salud. Ejemplo de ello es la fuerte asociación entre desempleo/precariedad laboral y los problemas de salud mental, que necesariamente debe ser mitigada y revertida mediante políticas sociales, no sanitarias. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, en su informe “Subsanar las desigualdades en una generación”, establece **tres principios de acción** alrededor de los cuales debe construirse una aproximación transversal y comprehensiva al problema de la desigualdad:

1. **Mejorar las condiciones de vida.**
2. **Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.**
3. **Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.**

Siguiendo estas líneas, la OMS sostiene que toda tentativa seria para reducir las desigualdades sanitarias debe implicar una **redistribución del poder** entre los miembros de la sociedad, permitiendo que individuos y colectivos tengan la posibilidad de defender eficazmente sus intereses y necesidades. Esta redistribución del poder atraviesa toda la sociedad, desde el nivel “micro”, que engloba familias y comunidades, hasta el nivel “macro” conformado por instituciones y actores sociales, políticos y económicos. De esta manera, para dar más poder a los grupos sociales y promover la acción comunitaria, es vital dotarles de los medios que les permitan actuar, en primer lugar, en el ámbito local, con un enfoque ascendente que promueva la integración social y la emancipación política.

ATAJANDO LAS DESIGUALDADES: LA FARMACIA COMO CATALIZADOR DE SALUD COMUNITARIA

La farmacia comunitaria tiene el potencial para ser una herramienta de gran utilidad en la **lucha contra las desigualdades en salud** dada su cercanía, accesibilidad e integración en el tejido comunitario. Apoyándose en este potencial, han surgido múltiples iniciativas donde las farmacias comunitarias llevan a cabo actividades que van desde la **identificación de situaciones de riesgo** para la salud, su **comunicación** a otros profesionales o autoridades competentes, o su labor en materia de **promoción de la salud y prevención de la enfermedad** o la **educación sanitaria**. Ejemplo de la utilidad de este potencial comunitario en situaciones de crisis fue la **iniciativa “Mascarilla-19”** para la detección y prevención de violencia de género durante la pandemia por COVID-19, así como otros proyectos e iniciativas que presentaremos más en profundidad a lo largo del resto de documentos que conforman este estudio.

4. Recomendaciones para la acción

A lo largo de estas páginas se han analizado los principales problemas de desigualdad que existen en la sociedad española y cómo afectan a la calidad de vida y las enfermedades que padecen las personas. Con este contexto social y en consonancia con las líneas de acción propuestas por la OMS, se plantean una serie de puntos de acción prioritarios organizados en tres vertientes para un abordaje integral de las desigualdades.

- **Promover un enfoque de salud en todas las políticas.** Es vital considerar las implicaciones sanitarias de cada decisión política en todos los sectores, procurando evitar o prevenir impactos nocivos sobre la salud de la población al tiempo que se buscan sinergias para mejorar la equidad sanitaria.
- **Priorizar la investigación traslacional, que busca trasladar el conocimiento científico a aplicaciones que mejoren la vida de las personas, e incorporarla como herramienta de toma de decisiones en políticas de salud y sociales.** En un ámbito tan amplio como el de la salud pública, donde predominan las relaciones complejas multicausales, multifactoriales y transversales, resulta imprescindible la utilización de metodologías que permitan identificar aproximaciones integrales orientadas a mejorar la salud de las personas.
- **Invertir en los primeros años de vida.** En una sociedad como la nuestra, donde las desigualdades tienden a perpetuarse entre generaciones y donde atributos adquiridos en edades tempranas como el nivel educativo determinan de manera tan fuerte y permanente la salud y la calidad de vida, es vital priorizar la atención a la infancia. De manera más específica:
 - Políticas que garanticen un acceso equitativo a una educación pública y de calidad para todos los niños, independientemente de su lugar de residencia o nivel de ingresos familiar. Profundizar en el conocimiento, con el objetivo de definir los obstáculos que existen a la hora de matricularse y seguir acudiendo al centro de estudios e implementar medidas que los eliminen.

- Priorizar a nivel institucional la promoción de una buena alimentación y la prevención de la obesidad infantil, facilitando el acceso a opciones de alimentación saludables para niños pertenecientes a familias vulnerables, ya sea a través de comedores públicos u otras aproximaciones prácticas, y promover la educación en hábitos de vida saludables.
- Atención sanitaria y social integral, desde el embarazo hasta la adolescencia, que permita detectar y atajar riesgos específicos en poblaciones vulnerables.
- **Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno.** El hecho de tener o no trabajo y las condiciones del mismo tienen, como ya hemos visto, grandes impactos sobre la equidad en salud. Se propone:
 - Convertir la equidad en materia de empleo y trabajo digno en una prioridad esencial de las políticas socioeconómicas a nivel nacional y europeo, donde los trabajadores se vean representados en los procesos legislativos y de elaboración de políticas.
 - Promover un empleo seguro, sin peligros y justamente remunerado, que permita la conciliación entre la vida profesional y personal.
 - Mejorar las condiciones de todos los trabajadores para reducir la exposición a riesgos físicos, estrés laboral y conductas perjudiciales para la salud.
- **Prevención de la enfermedad, promoción de la salud y protección social con perspectiva de equidad y a lo largo de la vida.** Dar atención y proteger a todos los individuos de la sociedad ante situaciones de enfermedad, discapacidad o pérdida de ingresos es un paso vital de la lucha contra la inequidad.
 - El sistema de salud en su conjunto debe estructurarse teniendo en cuenta el paradigma de los determinantes sociales y trasladar el énfasis desde el binomio enfermedad-tratamiento a un enfoque de prevención de la enfermedad y promoción de la salud a nivel social y comunitario.
 - Reforzar el personal sanitario y de servicios sociales, y desarrollar su capacidad para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.
 - Promover la equidad en salud para personas con discapacidad, atajando barreras físicas, económicas y sociales.
 - Fortalecer el papel de elementos ya presentes en la sociedad como la farmacia comunitaria, aprovechando al máximo sus capacidades para prestar una atención cercana, accesible e integrada en la comunidad.
 - Promover la regulación de bienes y servicios que presentan importantes consecuencias negativas para la salud de la población como el tabaco, el alcohol o los alimentos insanos.
 - Lograr que los sistemas de protección social incluyan a colectivos históricamente desprotegidos: personas en situación de precariedad laboral, en particular trabajadores irregulares, cuidadoras o trabajadoras del hogar.

En los siguientes documentos de este estudio se profundizará, a través de cuatro panorámicas, en las múltiples contingencias que actúan sobre determinados colectivos como las personas mayores, los niños, niñas y adolescentes o las personas migrantes, y se plantearán medidas dirigidas al abordaje de las inequidades que les afectan.

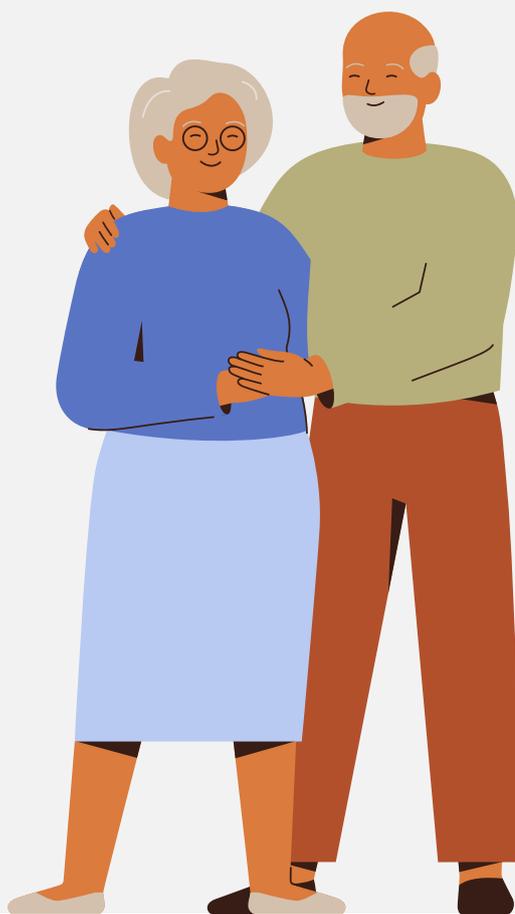
REFERENCIAS

1. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/perspect-eng.pdf. 1974.
2. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). 2010.
3. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021.
4. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1204-1222.
5. Villalbí Joan R, Suelves Josep M, Martínez Cristina, Valverde Araceli, Cabezas Carmen, Fernández Esteve. El control del tabaquismo en España: situación actual y prioridades. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2019.
6. Tsai J, Homa DM, Gentzke AS, et al. Exposure to Secondhand Smoke Among Nonsmokers — United States, 1988–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018;67:1342–1346.
7. Diamantis DV, Karatzi K, Kantaras P, Liatis S, Iotova V, Bazdraska Y, Tankova T, Cardon G, Wikström K, Rurik I, Antal E, Ayala-Marín AM, Legarre NG, Makrilakis K, Manios Y. Prevalence and Socioeconomic Correlates of Adult Obesity in Europe: The Feel4Diabetes Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12572.
8. González-Rábago Y, Martín U. Salud y determinantes sociales de la salud en hijos e hijas de personas inmigrantes internacionales: ¿desigualdades sociales en salud desde la infancia? *Gac Sanit*. 2019;33(2):156-161.
9. P. Hidalgo-Lopezosa, A. Jiménez-Ruz, J.M. Carmona-Torres, M. Hidalgo-Maestre, M.A. Rodríguez-Borrego, P.J. López-Soto. Sociodemographic factors associated with preterm birth and low birth weight: A cross-sectional study. *Women and Birth*. 2019;32(6).
10. Gullón P, Díez J, Cainzos-Achirica M, Franco M, Bilal U. Social inequities in cardiovascular risk factors in women and men by autonomous regions in Spain. *Gac Sanit*. 2021 Jul-Aug;35(4):326-332.
11. O'Donoghue G, Kennedy A, Puggina A, Aleksovska K, Buck C, Burns C, et al. (2018) Socioeconomic determinants of physical activity across the life course: A "DEterminants of Diet and Physical ACTivity" (DEDIPAC) umbrella literature review. *PLoS ONE* 13(1): e0190737.
12. Pérez de las Casas M., Fernández Infante B.. Carcinoma de pulmón de origen laboral. *Anales Sis San Navarra*. 2005; 28(Suppl 1): 101-106.
13. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Baños JE. El dolor de espalda en la población catalana: Prevalencia, características y conducta terapéutica. *Gac Sanit [Internet]*. 2003 Abril ; 17(2): 97-107.

14. Bacigalupe A, Cabezas A, Bueno MB, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SEESPAS 2020. Gac Sanit. 2020;34:61-67.
15. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>
16. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). Crisis económica y salud en España. Madrid.
17. Amengual-Moreno M, Calafat-Caules M, Carot A, Rosa Correia AR, Río-Bergé C, Rovira Plujà J et al. Determinantes sociales de la incidencia de la COVID-19 en Barcelona: un estudio ecológico preliminar usando datos públicos. Rev Esp Salud Pública. 2020.
18. González-Rábago Y, Cabezas-Rodríguez A, Martín U. Social inequalities in health determinants in spanish children during the COVID-19 lockdown. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(8):4087.

2.

Inequidades en salud que afectan a las personas mayores



Cada vez vivimos más y mejor. El estado del bienestar y los avances de la medicina han logrado que muchas personas alcancen edades que eran impensables hace un siglo. Hoy, España tiene una de las esperanzas de vida más altas del entorno europeo y una baja tasa de mortalidad por todas las causas (1). Estos hechos, unidos a que cada vez hay menos nacimientos, hacen que la población vaya envejeciendo progresivamente. Actualmente, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, una de cada cinco personas en España tiene 65 años o más, y se espera que esta proporción siga aumentando.

1. ¿Qué retos específicos de salud afrontan las personas mayores?

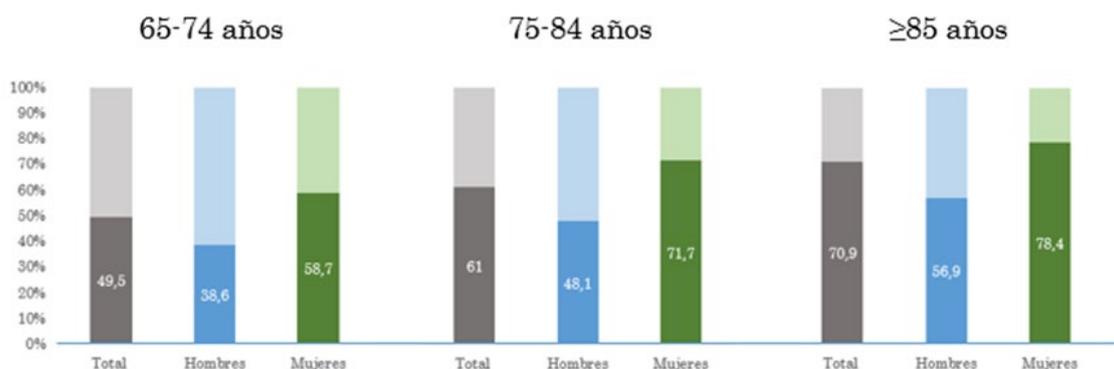
a. La salud de las personas mayores

Se estima que en torno al 90 % de las personas mayores de 75 años en España conviven con alguna enfermedad crónica (2). Muchos problemas de salud que afectan a la población general, como algunas enfermedades **respiratorias, del corazón o algunos tipos de cáncer**, necesitan mucho tiempo para desarrollarse, por lo que se ven con más frecuencia en población mayor. Otras enfermedades, como la **demencia o la enfermedad de Parkinson**, son propias de edades avanzadas y están más presentes en este colectivo. Se estima que, en la actualidad, la demencia afecta a 1 de cada 5 personas entre 85 y 89 años y a casi el 40% de las mayores de 90. Con las previsiones de envejecimiento de la población, se estima que, para 2050, el número de personas afectadas se duplicará (3).

En el caso específico de las demencias y el Alzheimer, los determinantes sociales y el apoyo familiar pueden marcar una gran diferencia en cuanto a la evolución de estas enfermedades, diferencia que vendrá determinada por la posibilidad de detectar tardíamente estos problemas en aquellas personas con menos recursos sociales y económicos.

La **capacidad visual y auditiva**, así como los **huesos y las articulaciones**, también pueden sufrir los efectos del paso de los años. Los huesos se vuelven más frágiles y las articulaciones más rígidas, con lo que la movilidad puede verse afectada y hay más riesgo de caídas y de presentar dolor. Según los datos de la Encuesta Europea de Salud en España, la mitad de la población de entre 65 y 74 años experimenta **dolor** a diario y, en los mayores de 85 años, este porcentaje llega a alcanzar casi al 80 % de las mujeres y al 60 % de los hombres (4).

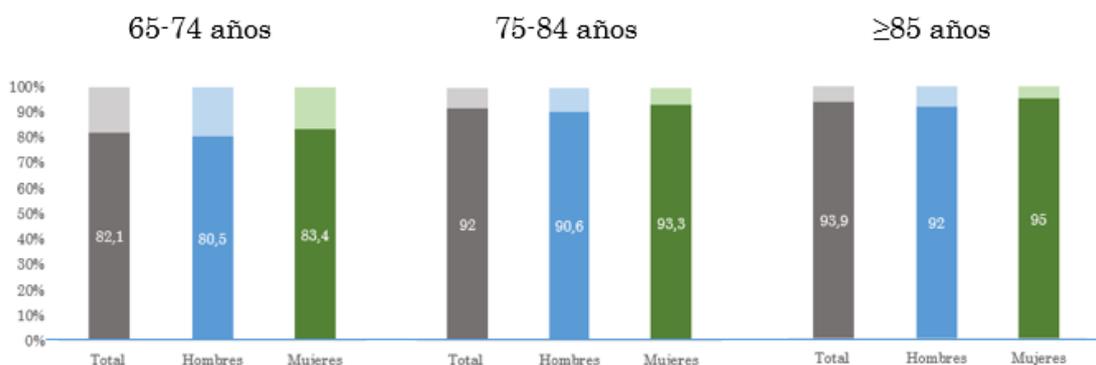
Porcentaje de personas que presentan dolor en el último mes



Elaboración propia. Datos de la Encuesta Europea de Salud en España (4)

Por tanto, no es de extrañar que el **consumo de medicamentos** entre las personas mayores sea muy elevado: el 82 % de la población de entre 65 y 74 años refiere haber consumido algún medicamento en las últimas dos semanas, y la cifra asciende hasta el 92 % en el caso de los hombres mayores de 85 años y al 95 % de las mujeres de esa edad (4).

Porcentaje de personas que han tomado algún medicamento en las últimas dos semanas



Elaboración propia. Datos de la Encuesta Europea de Salud en España (4)

En muchos casos no se trata de un solo medicamento, sino que se consumen varios fármacos de manera simultánea durante un periodo de tiempo. Según un estudio realizado en España y avalado por el Ministerio de Sanidad (5), este fenómeno de la **polimedicación** es más frecuente entre las mujeres mayores de 75 años, con más de 3 enfermedades crónicas, depresión, nivel socioeconómico bajo y de entornos rurales, sobre todo si ha estado hospitalizada recientemente, ha estado en una consulta de atención especializada o es atendida por diferentes médicos del sistema sanitario, como suele ser el caso de las personas mayores que van cambiando de domicilio para vivir un periodo de tiempo con cada hijo. Cuantos más medicamentos se consumen, más posibilidad hay de interacciones entre ellos y de aparición de efectos adversos, con el consecuente aumento del riesgo de hospitalización e, incluso, de muerte (5). La polimedicación adquiere una relevancia particular si tenemos en cuenta que, a menudo, las personas mayores refieren no entender correctamente las indicaciones de sus médicos, por lo que los errores en la toma de medicamentos representan un verdadero riesgo entre estas personas.

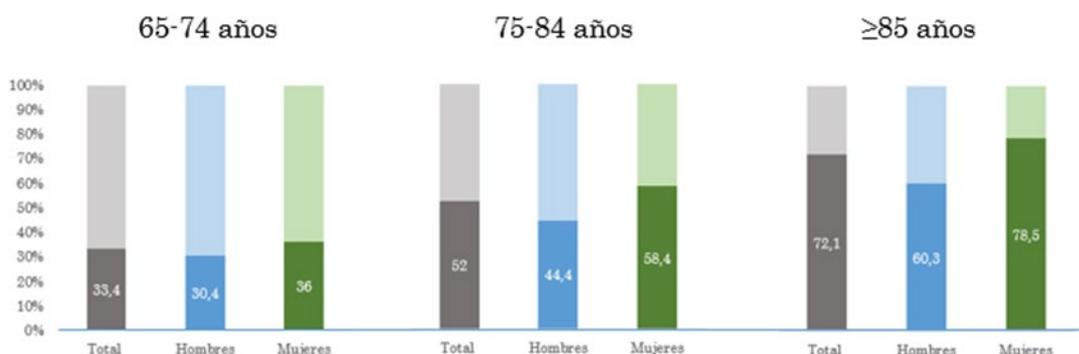
PAPEL DE LAS FARMACIAS EN EL CONTROL DE LA POLIMEDICACIÓN EN PERSONAS MAYORES

Las farmacias comunitarias pueden jugar un papel fundamental en el control de la polimedicación de las personas mayores. El farmacéutico, como experto en el medicamento, tiene un papel clave en la detección de interacciones entre medicamentos que pueden producirse en pacientes polimedicados. Muchas veces, además de los tratamientos prescritos por el médico, pueden llegar a producirse interacciones con medicamentos que pueden adquirirse sin receta médica o, incluso, con determinados alimentos o bebidas. Además, desde hace años, las personas que lo deseen pueden solicitar en las farmacias el Servicio de reacondicionamiento de medicamentos con **Sistema Personalizado de Dosificación de medicamentos (SPD)** (6), que consiste en la organización de los medicamentos por días y por tomas para un periodo determinado de tiempo. Este tipo de intervenciones permiten, no solo ayudar a las personas mayores a evitar errores de medicación, sino que han demostrado tener un potencial importante en el control de la prescripción inadecuada. En un estudio realizado en Málaga con personas mayores de 65 años usuarias de este servicio, los y las farmacéuticas revisaron si existían indicaciones de nueva prescripción y/o retirada de algún fármaco (según los criterios STOPP-START de la Sociedad Europea de Geriátrica) y encontraron que más de la mitad de los pacientes tenían indicación de retirada o nueva prescripción de al menos un fármaco (7).

b. Dependencia y cuidados

Con estas circunstancias de salud, muchas personas mayores se encuentran en situación de **dependencia** y de necesidad de cuidados. El 42 % de la población española de entre 65 y 79 años tiene reconocida una discapacidad igual o superior al 33 %, siendo este el grupo etario en el que se concentran más de la mitad de los más de 4 millones de personas que conviven con algún tipo de discapacidad en España (8). La mencionada Encuesta Europea de Salud en España también recoge que más del 70 % de los mayores de 85 años han presentado algún tipo de limitación para las actividades de la vida diaria en los últimos 6 meses, y 1 de cada 4 personas mayores de 85 años está gravemente limitada (4). Estas cifras suponen la existencia de una necesidad de cuidados, grande y creciente, a la que nuestra sociedad debe hacer frente.

Porcentaje de personas que presentan algún tipo de limitación para actividades de la vida diaria en los últimos 6 meses



Elaboración propia. Datos de la Encuesta Europea de Salud en España (4)

En nuestro contexto social y cultural, la opción preferida para los **cuidados** de las personas mayores es el domicilio. Sin embargo, la oferta formal de cuidados domiciliarios no cubre las necesidades de la población, por lo que gran parte de estos cuidados está siendo asumida mayoritariamente por la familia. Aunque se contraten los servicios de un cuidador profesional, suele existir la figura del cuidador principal, que es el familiar que asume una parte importante de las labores de cuidado. Realizar tareas de cuidados puede tener **consecuencias para la salud y la calidad de vida** de estos cuidadores informales. Numerosos estudios han demostrado que las labores de cuidados tienen un impacto negativo sobre todo en la **salud mental**, siendo frecuente que los cuidadores presenten más síntomas de depresión y ansiedad y peor calidad de vida que la población general. En cuanto a la salud física se ha detectado, entre otros hallazgos, **más presencia de dolor y mayor consumo de fármacos** entre personas cuidadoras que entre personas no cuidadoras. Los estudios también observan que la intensidad de los síntomas en los cuidadores, aumenta conforme la situación de cuidados se prolonga en el tiempo y cuanto mayores son las necesidades de la persona dependiente (9).

Según los datos que se desprenden del análisis de la última Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, las personas cuidadoras principales en nuestro país son mayoritariamente mujeres (64 %) y un tercio tienen 65 años o más. Hasta en las dos terceras partes de los casos, cuando la persona cuidadora es mayor, quien recibe los cuidados también lo es. En esta circunstancia particular de **mayores cuidando a mayores**, el cuidador suele dedicar más horas al día a los cuidados y suele llevar más años cuidando que las personas más jóvenes (10). Se suman así varios factores de riesgo para la salud de las personas cuidadoras: por un lado, las necesidades de la persona receptora de cuidados suelen ser más elevadas conforme a su edad, a la vez que la capacidad de la persona que cuida puede estar limitada por su propio estado de salud. Si además la tarea se prolonga en el tiempo durante muchos años y se realiza durante más horas al día, aumentan las probabilidades de tener consecuencias negativas para la salud del cuidador.

c. Salud mental y soledad no deseada en las personas mayores

La **salud mental** es uno de los aspectos de la salud de los mayores que más interés ha despertado en los últimos años, tanto por el peso específico que se le reconoce cada vez más dentro de la salud integral de las personas, como por la marcada relación que ha demostrado tener con la calidad de vida. Tal y como revelan las recientes investigaciones sobre salud y calidad de vida en mayores en España, 1 de cada 4 personas mayores de 65 años se siente aislada socialmente y 1 de cada 4 sufre depresión. Sabemos, además, que las personas con depresión tienen una calidad de vida hasta un 17 % peor que las personas con buena salud mental (11).

La **soledad** es una circunstancia que afecta a personas de todas las edades. Según datos del INE, en 2022 en España había más de 5 millones de personas viviendo solas. Las proyecciones del instituto indican que esta cifra podría aumentar en más de un millón de personas en los próximos 15 años. Según la última Encuesta Continua de Hogares, en 2020 había casi 1,3 millones de personas mayores de 75 años que vivían solas en España (12). Vivir solo puede suponer una situación de vulnerabilidad para muchas personas mayores, especialmente si presentan alguna enfermedad crónica, lo cual constituye un reto para los servicios sociosanitarios. Además, y en relación con la salud mental, cuando se trata de **soledad no deseada** el problema es especialmente relevante. Y no solo por las consecuencias negativas que el sentimiento de soledad tiene en la salud mental y la calidad de vida de las personas, sino porque se sabe que las personas que se sienten solas tienden a hacer un mayor uso de los servicios sanitarios, lo que supone un elevado coste económico asociado. En España, se estima que la soledad no deseada supuso en 2021 unos costes tangibles de más de 14.000 millones de euros, equivalentes al 1,7 % de PIB de ese año. La mayoría de estos gastos de debieron a gastos directos sanitarios, principalmente por la frecuentación de los servicios (13). La soledad no deseada es un sentimiento personal, subjetivo, no siempre relacionado con el aislamiento social (este sí, objetivo, medible y, por tanto, más fácilmente detectable). Podemos estar ante personas mayores con redes sociales aparentemente ricas y que, sin embargo, se sientan solas, por lo que la soledad no deseada puede ser difícil de detectar si no se busca activamente. Lo que sí conocemos son algunas circunstancias que conllevan mayor vulnerabilidad, como ser mujer, migrante, padecer problemas crónicos de salud, vivir solo o tener un nivel socioeconómico y educativo bajo. Además de esto, también las personas que se encuentran en momentos de transición vital, como la jubilación o la pérdida de la pareja, las que presentan algún tipo de discapacidad y las personas del colectivo LGTBI+ son especialmente vulnerables y tienen más probabilidad de sufrir soledad no deseada (14, 15).

PROMOVIENDO LA SALUD MENTAL Y DETECTANDO LA SOLEDAD NO DESEADA DESDE LA COMUNIDAD: LA FARMACIA COMUNITARIA COMO AGENTE ACTIVO

El papel de la farmacia comunitaria, como profesional sanitario más cercano a la población, es fundamental en la labor de promoción y prevención de problemas asociados a la salud mental. Ejemplo de ello es la campaña “**Cuéntame Tú**”, llevada cabo en **Andalucía** desde las farmacias comunitarias durante la pandemia de COVID-19. El objetivo de esta campaña era sensibilizar y derribar los mitos y prejuicios que existen en torno a los problemas de salud mental, y aunar esfuerzos para obtener una atención más cercana y personal al colectivo de personas con problemas asociados a la salud mental y llevado a cabo en colaboración con asociaciones de pacientes y cuidadores.

Igualmente, durante 2022, desde el **Consejo General de Farmacéuticos** se puso en marcha el proyecto “**LUMENS**”, cuyo objetivo es mejorar la formación específica de los farmacéuticos para contribuir desde las farmacias comunitarias en el abordaje de la salud mental. Para ello se elaboró un manual de abordaje de la salud mental desde la farmacia comunitaria, cuyo propósito fue el ser una herramienta para mejorar en la formación específica de los farmacéuticos en salud mental y visibilizar la importante labor que pueden desempeñar en su día a día.

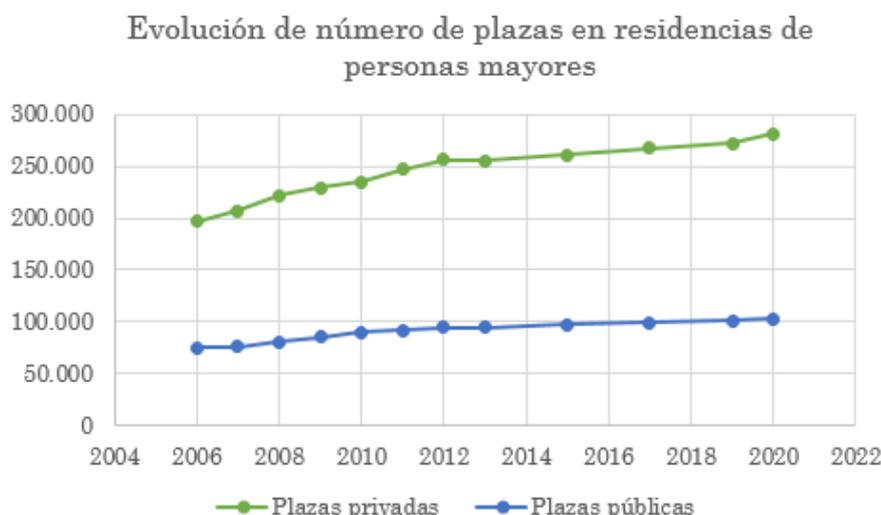
Por otro lado, una de las grandes barreras a la hora de luchar contra la soledad no deseada es la capacidad de identificar personas mayores en riesgo de aislamiento y exclusión social. Con el objetivo de actuar sobre ese aspecto, desde Servicios Sociales del **Ayuntamiento de Barcelona** se ha impulsado el proyecto RADARS, que busca articular una red de “**radares**” conformada por vecinos, establecimientos y centros sanitarios que prestan atención a la dinámica diaria de las personas mayores de su entorno y dan la voz de alarma si detectan alguna señal. Del mismo modo, se ha impulsado el proyecto “**Madrid te acompaña**” por el **Ayuntamiento de Madrid**, que cuenta con la colaboración de las farmacias comunitarias. En este contexto, una de las figuras con más potencial para la detección es la farmacia comunitaria, dada su estrecha relación con la población mayor. De hecho, desde el **Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos** y el **Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)** se ha suscrito un **protocolo general de actuación** con el objetivo de configurar la **Red de Farmacias contra la soledad no deseada**.

Con la implementación y el éxito de este tipo de iniciativas, queda patente la importancia de la cooperación y corresponsabilidad de todos los actores locales en la atención a este tipo de problemas.

d. La situación específica de las personas que viven en residencias de mayores

Según el informe elaborado para la Federación Empresarial de la Dependencia, 1 de cada 6 hombres y 1 de cada 4 mujeres de más de 80 años viven en residencias. Las personas que ingresan en una residencia de mayores son principalmente mujeres, que viven solas, mayores de 80 años con al menos una enfermedad crónica (como puede ser la diabetes, la hipertensión, la osteoporosis o el Alzheimer) y un alto grado de dependencia que le impide realizar sin ayuda las actividades básicas de la vida diaria como asearse, vestirse, alimentarse o tomar la medicación (16).

De acuerdo con los datos que ofrece el portal de Envejecimiento En Red, del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), en España en 2020 había un total de 384.251 plazas en centros residenciales para personas mayores. La población mayor de 65 años en ese momento era de algo más de 9 millones de personas, por lo que la oferta era de unas 4 plazas por cada 100 personas de 65 años o más. De esas, 3 de cada 4 plazas eran de titularidad privada, habiéndose producido un crecimiento mayor en este sector (17):



Elaboración propia. Datos de Envejecimiento En Red (17)

No parece haber grandes diferencias en cuanto al perfil de las personas que viven en residencias públicas o privadas. Sin embargo, algunos estudios han hallado diferencias en la mortalidad que hubo durante la pandemia de COVID-19 entre las residencias según su tamaño y que fueran públicas o privadas, siendo las públicas de pequeño tamaño (menos de 25 plazas) las que presentaron una mortalidad menor (18).

Con el objetivo de garantizar unos estándares de calidad en la atención a la dependencia, en agosto de 2022 se publicó desde el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 el **Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia**, aprobado en el pleno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Este acuerdo no solo establece unos mínimos comunes que garanticen la calidad de la atención que reciben los individuos en situación de dependencia, sino que también busca asegurar que se respeten íntegramente los derechos de estas personas.

Echando una mirada más amplia hacia la institucionalización, está previsto que durante el año 2024 se publique la **Estrategia estatal de desinstitucionalización para una buena vida en la comunidad**. Este plan constituye una ventana de oportunidad y promoverá una serie de líneas de actuación que buscan mejorar la calidad de vida, así como guiar el proceso de desinstitucionalización, no solo en personas mayores dependientes sino también en personas con discapacidad, sin hogar o niños, niñas y adolescentes que se encuentran en el sistema de protección. El documento Marco de esta estrategia (30) sostiene la importancia de transformar el sistema de cuidados institucionalizados en un sistema donde estas personas sean plenamente incluidas en la sociedad, los cuidados se desarrollen en un contexto comunitario de proximidad y también se mejoren las condiciones de quienes cuidan.

2. ¿Qué personas mayores son especialmente vulnerables?

No todas las personas mayores son igualmente vulnerables a los problemas de salud. Si bien sabemos que las **mujeres** tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, no es menos cierto que llegan a esas edades avanzadas en peor estado de salud. De hecho, según la Encuesta Nacional de Salud, muchas más mujeres que hombres consideran su salud como mala o muy mala (19):

Porcentaje de personas que valoran su salud como mala o muy mala por grupo de edad:

	65-74 años			75-84 años			≥85 años		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Mala	10,8	7,6	13,7	16,9	12,3	20,3	19,7	16,9	21,2
Muy mala	2,5	2	3	5,6	4,6	6,3	7,1	5,9	7,7

Datos de la encuesta Nacional de salud (19)

Tal y como se ha expuesto previamente, cuando comparamos con los hombres, hay más mujeres que presentan dolor diario, que toman al menos un medicamento y que están polimedicaadas. Hay más mujeres cuidadoras que hombres cuidadores, con las implicaciones que esto supone de mayor riesgo de consecuencias negativas para su propia salud y su calidad de vida. También hay más mujeres que hombres con mala salud mental y con sentimientos de soledad no deseada. Además, la **pobreza**, que también afecta negativamente a la salud, está más presente entre las mujeres mayores: según la última Encuesta de Condiciones de Vida llevada a cabo en España, el 23,4 % de las mujeres mayores de 65 años estaban en riesgo de pobreza o exclusión en 2022, frente al 18,6 % de los hombres de la misma edad (20).

Otro colectivo de personas mayores con riesgo de peores condiciones de salud es el de las personas **migrantes**. Aunque no existen muchos datos al respecto en España, el acceso de estos colectivos a los servicios sanitarios puede resultar difícil por barreras administrativas o culturales (21).

Asimismo, las personas mayores que sufren deterioro cognitivo o demencia, así como aquellas que se encuentran en situación de dependencia, en situación de sinhogarismo o que viven en territorios despoblados o alejados que dificultan el acceso a servicios sanitarios o sociosanitarios, también son grupos de especial vulnerabilidad dentro de las personas mayores.

3. Las personas mayores en tiempos de crisis

a. Crisis sanitarias

La reciente pandemia de COVID-19 ha puesto en evidencia la fragilidad de los individuos, las sociedades y los sistemas sanitarios para hacer frente a este tipo de amenazas. Las personas mayores han sido las más castigadas por la pandemia, con una **mortalidad** entre los mayores de 80 años superior a la de otros grupos de edad desde el inicio de la crisis. La mortalidad fue especialmente elevada en las residencias de mayores, en las que llegaron a fallecer por COVID-19 globalmente hasta un 8 % de los residentes (22), con las diferencias en mortalidad ya comentadas según el tamaño y la titularidad pública o privada de los centros (18). Según organizaciones como Médicos Sin Fronteras, la **falta de comunicación con las administraciones** y la **ausencia de planes de contingencia** para hacer frente a las crisis sanitarias son algunos de los factores que influyeron en este alto índice de mortalidad entre los mayores residentes en estos centros (23).

En cuanto a otras repercusiones en salud, de acuerdo con los datos del Barómetro de la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados, hasta un 35,3 % de las personas mayores afirma que **su salud empeoró** bastante o mucho durante la pandemia, especialmente por la suspensión o aplazamiento de cirugías programadas, la suspensión o reducción de tratamientos, de citas médicas y de ayudas domiciliarias (24).

Por otra parte, las medidas de distanciamiento social impuestas durante la pandemia de COVID-19 aumentaron el sentimiento de **soledad** de las personas mayores, especialmente de aquellas que no tenían pareja ni hijos, de las que habían perdido algún familiar cercano a causa del COVID-19 y de las que experimentaron necesidades de cuidados no cubiertas. Estas mismas restricciones impidieron a muchas personas despedirse de sus seres queridos, lo que contribuyó aún más a aumentar el sentimiento de soledad (15).

b. Crisis económicas

Las amenazas a la salud de las personas mayores no son solo biológicas o sanitarias. También los periodos de crisis económica han tenido gran impacto en la salud de los mayores. Los precios se encarecen, las pensiones se congelan, pero a pesar de eso muchos mayores se hacen cargo económicamente de familiares jóvenes que también se encuentran en situación precaria, debiendo destinar para ello parte de los recursos financieros que antes dedicaban a su propio bienestar y sus cuidados. Sobre todo, los estudios llevados a cabo en España ponen de manifiesto que en tiempos de crisis económica el **sistema de cuidados** se ve **amenazado por recortes** en servicios gratuitos, prestaciones para personas con dependencia y recursos, tanto de personal como de medios, para las residencias de personas mayores (25).

c. Crisis climáticas

Los fenómenos climatológicos adversos, cada vez más frecuentes a causa del calentamiento del planeta, también afectan más a las personas mayores. Según una investigación del Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), durante la ola de calor del verano de 2022 la **mortalidad atribuible al calor** se multiplicó por 10 entre los mayores de 80 años y fue un 27 % mayor en mujeres que en hombres de esa misma edad (26).

Sin embargo, las personas mayores no solo son más vulnerables al calor, sino también a las bajas temperaturas. El **frío intenso** y las heladas aumentan el riesgo de caídas en la calle y la probabilidad de sufrir intoxicaciones accidentales por monóxido de carbono relacionadas con el uso de braseros y calefactores en mal estado en estancias mal ventiladas. Además, las personas mayores son especialmente sensibles a la hipotermia, que favorece la aparición de daño cardiovascular, hepático y renal (27).

En el caso de otros fenómenos climáticos extremos, como **lluvias intensas o inundaciones**, las limitaciones de movilidad que experimentan muchas personas mayores incrementan su riesgo de lesiones antes, durante y después de estos eventos, al limitar su capacidad de protegerse. Si se trata de personas que requieren asistencia de fuera de su domicilio, esta puede verse comprometida durante estos episodios, lo que implica una amenaza añadida para su salud (28).

4. ¿Cómo podemos proteger a las personas mayores?

Como se ha visto, las personas mayores presentan una realidad social y de salud que las hace especialmente vulnerables. Sin embargo, ante esta realidad, podemos actuar para prevenir inequidades. Se propone:

- Reforzar el **compromiso político de atención integral al proceso de envejecimiento y a las personas mayores**.
- **Garantizar una adecuada atención a la salud de las personas mayores:**
 - › **Profundizar en el conocimiento** sobre su salud: potenciar la investigación sobre su salud, especialmente de los **colectivos más vulnerables**: mujeres, personas dependientes, personas cuidadoras, migrantes.
 - › Garantizar una adecuada **formación del personal sanitario** en la atención a las personas mayores y sus necesidades específicas.
 - › Promover estrategias comunes de abordaje de las patologías más frecuentes en la población mayor en todos los sistemas de salud autonómicos, como el dolor o los déficits sensoriales, para evitar inequidades territoriales.
- Mejorar la **ayuda a la dependencia**:
 - › Fomentar los modelos de atención a la dependencia que apuesten por la **permanencia** de la persona en su **domicilio**: ayudas a domicilio, centros de día, ayudas para la adaptación de las viviendas.
 - › Seguir aumentando la **oferta de plazas en residencias** de personas mayores, especialmente las de **titularidad pública**, apostando por unidades de convivencia y modelos habitacionales que reproduzcan en la medida de lo posible un contexto lo más parecido al domicilio y que cubran las necesidades específicas de las personas mayores.
 - › Dotar a las residencias y a los diferentes recursos habitacionales de los recursos humanos y materiales para atender a las personas en tiempos normales y en tiempos de crisis. Establecer la obligatoriedad de planes de contingencia y mejorar la **comunicación con las administraciones** para coordinar la respuesta y la atención a los residentes.

- › Establecer programas reglados de **atención a las personas cuidadoras**, haciendo especial hincapié en la protección de su **salud mental**.
- Mejorar las **infraestructuras** y los **servicios públicos** (29):
 - › Apostar por modelos urbanos y rurales que permitan el acceso a todos los servicios esenciales de una manera rápida, sostenible y económica (por ejemplo, la ciudad de los 15 minutos, las supermanzanas o el plan 100-30-30 para la España vaciada¹).
 - › Fomentar el transporte público y su adaptación a las necesidades de las personas mayores: gratuidad y accesibilidad.
 - › Implicar a las personas mayores en la concepción de los nuevos modelos de construcción de viviendas y espacios públicos, para que puedan tenerse en cuenta sus necesidades específicas.
 - › Promover unas condiciones de vivienda adecuadas a las necesidades específicas de las personas mayores: garantizar los medios materiales y financieros necesarios para que las personas puedan realizar las adaptaciones necesarias a su situación funcional en cada etapa de la vida.
- Mejorar la **continuidad asistencial**:
 - › Apostar por la historia clínica única y digital en todo el territorio nacional, en la que se incluya la esfera psicológica y otros datos psicosociales, y garantizar su uso por parte de todo el personal sanitario.
 - › Fomentar los **canales de comunicación específicos** entre las residencias de personas mayores, atención primaria, atención especializada, servicios sociales y farmacias.
 - › Potenciar la **participación de las farmacias** en el seguimiento de las personas mayores polimedizadas, fomentando la provisión de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales como, por ejemplo, el Servicio de Reacondicionamiento de Medicamentos con Sistemas Personalizados de Dosificación. Aprovechar la posición privilegiada de cercanía de las farmacias comunitarias para acompañar a las personas en el proceso de envejecimiento, desde una perspectiva positiva.
- Establecer **líneas de actuación específicas** para personas mayores dentro de los planes de contingencia frente a emergencias, ya sean climáticas, sanitarias o económicas, para contrarrestar la mayor vulnerabilidad de este colectivo frente a las mismas.

¹ Plan 100-30-30: Que todos los pueblos dispongan de Internet a una velocidad mínima de 100 MB simétricos, estén a un máximo de 30 minutos de viaje para el acceso a servicios básicos y a una distancia no superior a los 30 kilómetros para el acceso a una vía de alta capacidad.

REFERENCIAS

1. Productos y Servicios / Publicaciones / Publicaciones de descarga gratuita [Internet]. [citado julio de 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INE Seccion_C&cid=1259944484459&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259947308577
2. Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años [Internet]. INE. [citado noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420/a2019/p04/I0/&file=02001.px>
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan integral de Alzheimer y otras demencias (2019 - 2023) [Internet]. Gob.es. 2019 [citado noviembre 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf
4. INE [Internet]. [citado julio de 2023]. INEbase / Sociedad /Salud /Encuesta europea de salud en España / Resultados. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175
5. Barroso V. Pacientes polimedificados frágiles, un reto para el sistema sanitario. IT Sist Nac Salud. 2011;35(4).
6. Sistema Personalizado de Dosificación de Medicamentos [Internet]. CACOF - Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2013 [citado el 13 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cacof.es/sistema-personalizado-de-dosificacion-de-medicamentos/>
7. Blundell DB. Revisión de medicación según criterios STOPP/START en pacientes mayores del servicio de sistema personalizado de dosificación de medicamentos de una farmacia comunitaria. Farm Comunitarios [Internet]. 2015 [citado el 12 de septiembre de 2023];7(2):31–6. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/FC/article/view/320954>
8. Grado de discapacidad reconocido por sexo y edad. Población de 6 y más años con discapacidad [Internet]. INE. [citado noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=51973>
9. Bom J, Bakx P, Schut F, van Doorslaer E. The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: A systematic review. Gerontologist [Internet]. 2019;59(5):e629–42.
10. INE [Internet]. [citado julio de 2023]. INEbase / Sociedad /Salud /Encuestas de discapacidades / Últimos datos. Disponible en: https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
11. Araujo L, Ayala A, Calderón-Larrañaga A, Fernández-Mayoralas G, Forjaz MJ, González-Herrera A, Ribeiro O, Rodríguez-Blázquez C, Rodríguez-Rodríguez V, Rojo-Pérez F, Zorrilla-Muñoz V. Sumando Calidad de Vida a los Años [Internet]. 2021.
12. INEbase / Demografía y población / Cifras de población y Censos demográficos / Encuesta continua de hogares / Resultados [Internet]. INE. [citado noviembre 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=resultados&idp=1254735572981

13. Casal-Rodríguez B, Castiñeira BR, Rodríguez-Míguez E. El coste de la soledad no deseada en España [Internet]. 2023 [citado noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Estudio%20El%20coste%20de%20la%20soledad%20no%20deseada%20en%20Espa%C3%B1a_3.pdf
14. N-IUSSP. Loneliness and social exclusion among older Europeans before and during the COVID-19 pandemic [Internet]. N-IUSSP. 2023 [citado julio de 2023]. Disponible en: <https://www.niussp.org/ebooks/loneliness-and-social-exclusion-among-older-europeans-before-and-during-the-covid-19/>
15. Fried L, Holt-Lunstad J, Hussein S, Lähesmaa J, Ong A, Prina M. Social isolation and loneliness among older people [Internet]. Who.int. 2021 [citado noviembre de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343206/9789240030749-eng.pdf?sequence=1>
16. PricewaterhouseCoopers. Radiografía del sector de las residencias para la tercera edad en España [Internet]. Dependencia.info. 2020 [citado julio de 2023]. Disponible en: <https://dependencia.info/imagenes/radiografia-sector-residencias-pwc.pdf>
17. CSIC. Envejecimiento en Red [Internet]. [citado julio de 2023]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/indicadores/residencias/index.html>
18. Barrera-Algarín E, Estepa-Maestre F, Sarasola-Sánchez-Serrano JL, Malagón-Siria JC. COVID-19 y personas mayores en residencias: impacto según el tipo de residencia. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2021;56(4):208–17. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X21000354>
19. INE [Internet]. [citado julio de 2023]. INEbase / Sociedad /Salud /Encuesta nacional de salud / Enlaces relacionados. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=enlaces&idp=1254735573175
20. INE [Internet]. [citado julio de 2023]. INEbase / Nivel y condiciones de vida (IPC) /Condiciones de vida /Encuesta de condiciones de vida / Últimos datos. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
21. Sánchez G. elDiario.es. 2021 [citado julio de 2023]. Los ancianos inmigrantes excluidos de la sanidad pública: «¿Cómo van a llamar a mi madre para vacunarla si no existe en el sistema?» Disponible en: https://www.eldiario.es/desalambre/ancianos-inmigrantes-excluidos-sanidad-publica-llamar-madre-84-anos-vacunarla-si-no-existe-sistema_1_7243604.html
22. DatosRTVE. RTVE.es. 2021 [citado julio de 2023]. Muertes con coronavirus en residencias de ancianos. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20210302/situacion-muertes-covid-residencias-mayores-espana/2080168.shtml>
23. MSF. Poco, tarde y mal: El inaceptable desamparo de las personas mayores en las residencias durante la COVID-19 en España [Internet]. Médicos Sin Fronteras. 2020. Disponible en: <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/medicossinfronteras-informe-covid19-residencias.pdf>
24. MayoresUDP. La opinión de las personas mayores en 2021 [Internet]. Mayores Udp. 2022 [citado julio de 2023]. Disponible en: <https://mayoresudp.org/la-opinion-de-las-personas-mayores-en-2021/>
25. Lesende IM. Crisis económica y vulnerabilidad social en personas mayores. Aten Primaria. 1 de febrero de 2014;46(2):55-7.

26. ISGlobal [Internet]. [citado julio de 2023]. Record-breaking Heat in the Summer of 2022 Caused more than 61,000 Deaths in Europe. Disponible en: <https://www.isglobal.org/en/-/el-calor-record-del-verano-de-2022-causo-mas-de-61-000-muertes-en-europa>
27. Older adults and extreme cold [Internet]. Cdc.gov. 2023 [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/aging/emergency-preparedness/older-adults-extreme-cold/index.html>
28. United States Environmental Protection Agency. Climate Change and the Health of older adults [Internet]. 2022 [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.epa.gov/climateimpacts/climate-change-and-health-older-adults>
29. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. Convenciondiscapacidad.es. 2014 [citado noviembre de 2023]. Disponible en: <http://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2019/01/Observacion-2-Art%C3%ADculo-9-Accesibilidad.pdf>
30. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Estrategia estatal de desinstitucionalización para una buena vida en la comunidad [Internet]. Julio 2023. Disponible en: <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2023/07/Marco-Estrategico-de-la-desinstitucionalizacion-final-ok.pdf>

3.

Inquietudes en salud que afectan a niños, niñas y adolescentes



1. Niños, niñas y adolescentes: población vulnerable

Se ha considerado siempre al colectivo de niños, niñas y adolescentes (NNA) una población vulnerable. Esta consideración está basada en el hecho de que carecen en gran medida de autonomía, lo que les sitúa en una **posición de desventaja** a la hora de poder **hacer efectivos sus derechos y libertades**. A lo largo de las últimas décadas, se han llevado a cabo múltiples acciones de lucha por los derechos de la infancia y, en último término, por la salud de NNA. Sin embargo, **nuevas amenazas** continúan surgiendo: el aumento de la pobreza infantil en España a raíz de la pandemia por COVID-19, la tendencia ascendente de la violencia familiar hacia los menores, la exposición a un aire ambiente de mala calidad o la creciente epidemia de malnutrición y obesidad infantil, son algunos de los ejemplos que desarrollaremos a continuación.

a. Pobreza infantil

Cuando hablamos de pobreza infantil, hablamos de carencias habitacionales, de problemas económicos para costear una vivienda digna y adecuada para la crianza, pero también hablamos de pobreza energética, de dificultad o imposibilidad de acceso a espacios verdes, de una brecha tecnológica en la educación y de dificultades para proveer una alimentación saludable. Este último ejemplo es especialmente relevante en los últimos años, dado que los productos de alimentación están siendo los más afectados por la inflación. Esto imposibilita en muchas ocasiones el acceso a alimentos frescos y saludables, que tienden a tener un precio más elevado que los ultraprocesados y los precocinados, determinantes de los altos niveles de sobrepeso y obesidad infantiles.

Se trata de una muestra de cómo uno de los principales determinantes sociales que influyen en la vida, el desarrollo y la salud de NNA es el **nivel socioeconómico de la familia** en la que viven. De acuerdo con la última Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) (1) llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística (INE), un 28 % de los menores de 18 años en España se encuentra en riesgo de pobreza o exclusión social. Cabe señalar, además, que las cifras proporcionales de pobreza infantil superan a las de pobreza general, dejando patente que los NNA son un colectivo que se encuentra en una situación de tremenda **vulnerabilidad socioeconómica**.

Las **cifras de pobreza infantil** sufrieron un repunte con la crisis de la COVID-19, pasando de un 27 % a un 30 %. Es posible observar signos recientes de recuperación en cuanto a la pobreza medida en términos de ingresos en los hogares, pero es importante entender las **implicaciones** de estos números, que deberían ser inaceptables para la sociedad.

b. Las consecuencias de la pobreza: desigualdad educativa

Uno de los principales efectos a largo plazo que se derivan de la pobreza infantil es la desigualdad de oportunidades. Se crea un **ciclo perpetuo** que condiciona las vidas y la salud de múltiples generaciones de personas desfavorecidas y que la sociedad en su conjunto debe responsabilizarse de romper.

Una consecuencia directa de la falta de recursos de las familias y de la evolución que ha sufrido el sistema educativo derivada de la pandemia por COVID-19 es la brecha tecnológica en la educación. En los últimos años, cada vez es más frecuente que el acceso a contenidos curriculares en las escuelas se lleve a cabo a través de dispositivos electrónicos, generalmente requiriendo de acceso a internet. Esta tendencia, sin embargo, a menudo no tiene en cuenta datos como los presentados por el INE en su Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en los Hogares (2), realizada en 2022. Esta encuesta mostró que **uno de cada tres hogares** con ingresos por debajo de los 900 euros mensuales **carece de acceso a internet** por línea fija y la gran mayoría de estos hogares, hasta cuatro de cada cinco, tampoco lo tienen por línea móvil.

Sin embargo, esta **desigualdad educativa** no es algo que haya surgido recientemente a partir de la brecha tecnológica; solo se ha visto acentuada por esta. La desigualdad en la educación es un fenómeno que lleva afectando durante décadas a NNA procedentes de familias vulnerables y es la principal fuente de **transmisión intergeneracional de la inequidad**, limitando en último término las futuras competencias y empleabilidad de quienes la sufren y contribuyendo a la **desigualdad de oportunidades**. Esta comienza en las etapas iniciales de la vida, con un acceso en muchas ocasiones limitado por falta de financiación para la escolarización de los 0-3 años. De manera que, los niños más frecuentemente escolarizados en estas etapas son de clases medias y altas. Esto no sólo repercute de forma directa en el futuro de los niños, sino que también lo hace indirectamente, al poder perjudicar la conciliación laboral de los padres. Factores como la renta, la etnia o la discapacidad entran en juego aquí para crear un entorno donde los niños más desfavorecidos terminan sufriendo las consecuencias de un sistema que falla a la hora de reducir estas diferencias. Según datos del INE, 4 de cada 10 niños con discapacidad han necesitado algún tipo de adaptación en la clase o centro, sin embargo, en casi el 30 % de los casos esta adaptación no se llevó a cabo (3). Otro tipo de desigualdad, relacionada o no con la discapacidad, es la de los menores que presentan enfermedades crónicas. Además de las posibles ayudas que puedan requerir a nivel escolar, y el acoso que puedan sufrir por la enfermedad, su entorno socioeconómico se puede resentir debido a la posible necesidad de que uno de los progenitores interrumpa su actividad laboral para ejercer de cuidador. La existencia de **brechas sociales** en cuanto a logros educativos, repetición de curso, fracaso escolar y abandono educativo temprano, así como la ya mencionada **brecha de digitalización**, son evidencia de un fallo del sistema que debe subsanarse mediante políticas públicas que atiendan a las necesidades específicas de las familias más desfavorecidas.

2. Problemas de salud emergentes en la infancia y su relación con los determinantes sociales

a. Malnutrición y obesidad infantil

Cuando pensamos en niños y niñas malnutridos, a menudo nos viene a la mente una imagen que se produce a muchos kilómetros de nuestro entorno, muy ajeno a nuestra realidad. Sin embargo, la malnutrición infantil está mucho más cerca de lo que podría parecer. El **sobrepeso** y la **obesidad** son las manifestaciones de la **malnutrición infantil** en nuestro entorno y, según los últimos datos, son un problema emergente que no deja de aumentar. Según el último informe de la Iniciativa de la OMS para la Vigilancia del Sobrepeso y la Obesidad Infantiles en Europa (4) (COSI, por sus siglas en inglés), España es el cuarto país europeo con mayor sobrepeso y obesidad. De hecho, casi un 40 % de niños y niñas de entre 7 y 9 años estarían afectados por alguno de estos problemas de salud.

El exceso de peso y la obesidad están altamente relacionados con la alimentación y los estilos de vida, elementos que se comportan de una manera muy desigual en la población y que presentan una relación ampliamente estudiada con el nivel socioeconómico. La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición ha publicado, en colaboración con el Alto Comisionado para la Pobreza Infantil, el informe “Obesidad y pobreza infantil: Radiografía de una doble desigualdad” (5). Este informe, elaborado a partir de datos de niños y niñas de entre 6 y 9 años en nuestro país, reporta que la obesidad infantil aparece en niños y niñas pertenecientes a **hogares de menor renta** con una frecuencia del 23 %, casi el doble que en niños de familias con rentas más altas (12 %). El informe también se fija en las condiciones del entorno y revela que la obesidad es más frecuente en aquellos **barrios** donde el **nivel de pobreza** es más **elevado**, así como en los colegios que presentan menos instalaciones propias (cocina, gimnasio, piscina cubierta) o que no ofrecen actividades extraescolares.

Estas cifras se pueden explicar, en cierta medida, por una serie de factores fundamentales. El primero es la **dificultad de acceso a alimentos frescos y saludables** propiciada por dificultades económicas y acentuada por situaciones como la inflación. El segundo son las capacidades desiguales entre los distintos **centros educativos** para proveer a los escolares, al menos una vez al día, de una **comida completa y saludable**. Esta diferencia de capacidades está ampliamente condicionada por las políticas públicas, que determinan la dotación de los colegios públicos al tiempo que pueden proveer de ayudas económicas a las familias para costear el comedor escolar. El tercer y último factor corresponde a la capacidad de madres y padres para **participar activamente** de la educación nutricional de sus hijos e hijas. Esta capacidad se ve ampliamente influenciada por la situación laboral de los progenitores, que determina, en última instancia, la cantidad de tiempo que pueden dedicarle a pensar y preparar las comidas. Es por ello que se generan situaciones en las que incluso pudiendo permitirse acceder a alimentos saludables, muchas veces se termina recurriendo a **alimentos ultraprocesados e insanos** por el hecho de que su preparación requiere menos tiempo. Estos tres factores, que a menudo coexisten en los hogares más desfavorecidos, terminan provocando que los niños adquieran una serie de **hábitos alimentarios insalubres** que repercutirán en su salud no solo durante la infancia, sino también durante la edad adulta.

Por tanto, las **medidas de enfoque poblacional** –como garantizar el acceso a alimentos y ocio saludables tanto dentro como fuera de los centros educativos, complementadas con programas de educación nutricional para padres, madres, niños y niñas– constituyen la clave para abordar el problema del exceso de peso y la obesidad.

EL POTENCIAL DE LA FARMACIA COMUNITARIA EN LA REEDUCACIÓN NUTRICIONAL

Las farmacias comunitarias tienen el potencial para jugar un papel muy importante en la **reeducción nutricional**, tanto de la población infantil como de la población adulta. Conscientes de ello, nació en 1992 el programa PLENUFAR como respuesta de la Organización Farmacéutica Colegial a la inquietud y responsabilidad sociosanitaria de los farmacéuticos en la educación nutricional de la población. Durante 3 décadas se han realizado hasta 7 campañas en este programa centradas en diferentes colectivos y situaciones. El farmacéutico, a través del Servicio de **asesoramiento nutricional** juega, por tanto, un papel fundamental en esa reeducación de la población. Por citar un ejemplo de esta actuación, en una intervención (6) llevada a cabo en una farmacia comunitaria con niños de entre 8 y 12 años con un percentil de índice de masa corporal superior a 97 se constató una reducción de más de un 9 % del peso al cabo de un año de seguimiento. La intervención consistía en la instauración de **pautas alimentarias adecuadas** a las necesidades de los niños, tanto desde el punto de vista calórico como de composición, y siempre teniendo en cuenta las preferencias de los y las menores. La intervención fue valorada positivamente tanto por los niños y niñas como por sus progenitores, que referían que no les había resultado difícil este proceso de reeducación nutricional.

Igualmente, en la provincia de Cádiz se llevó a cabo en 2016 una campaña “Peso y Salud” para detectar alteraciones del peso infantil (bajo peso, sobrepeso y obesidad) en las farmacias y fomentar estilos de vida saludables para la población infantil. En esta acción, llevada a cabo en colaboración con pediatras, se realizó un mapa según peso de los niños. Se confirmó el hecho de que en zonas con bajo nivel económico se presentaban mayores índices de obesidad.

Asimismo, en diversas provincias, como Tarragona, Castellón o Bizkaia, las farmacias participan en programas de educación nutricional en colegios, para fomentar la educación nutricional temprana. La implementación de este tipo de iniciativas, promovida y financiada desde las instituciones públicas, podría suponer una **intervención igualadora** en las oportunidades de acceso a la educación nutricional infantil para familias en situación vulnerable.

b. Infancia y calidad del aire: escuelas, barrios y acceso a espacios verdes

La contaminación atmosférica tiene un gran impacto negativo en la salud de las personas, y especialmente de los niños, niñas y adolescentes. Su respiración, más rápida que la de un adulto, la inmadurez de sus sistemas inmunitario y respiratorio –especialmente en los más pequeños– o el encontrarse físicamente más cerca de los tubos de escape de los vehículos, son algunas de las razones que explican esta **particular vulnerabilidad**. Según se recoge en el informe de la OMS “Contaminación atmosférica y salud infantil: Prescribir aire limpio” (7), más de una de cada cuatro muertes en menores de 5 años está directa o indirectamente relacionada con riesgos medioambientales. Solo las infecciones respiratorias, que son el problema de salud relacionado con la contaminación ambiental más visible, causaron en 2016 más de 500.000 muertes de menores de cinco años a nivel mundial.

En nuestro entorno, en grandes ciudades como Madrid o Barcelona, que presentan niveles de contaminación muy elevados, existe una creciente preocupación por la exposición de los y las escolares a la contaminación ambiental, tanto fuera como dentro de las aulas. El estudio “Madrid - Aire Sano, infancia más sana” (8) de la Health and Environment Alliance (HEAL) llevado a cabo en 2019 alertó sobre las **elevadas concentraciones de NO₂** (dióxido de nitrógeno) en el **interior de las aulas** de los colegios participantes. Este compuesto es uno de los principales contaminantes emitidos a la atmósfera por vehículos con motores de combustión y tiene un elevado **impacto sobre la salud**, pudiendo causar problemas respiratorios, cardiovasculares o diabetes. La cercanía a calles o vías de alta densidad de circulación y los **problemas de eficiencia energética**, que impiden una adecuada ventilación de los espacios interiores, favorecen el aumento de partículas nocivas en el aire que respiran los niños y las niñas durante el horario escolar.

En esta misma línea sabemos que, sobre todo en las grandes ciudades, aquellos barrios y zonas con un poder adquisitivo más bajo a menudo presentan **peor calidad del aire**, ya sea por cercanía con carreteras o vías de paso de vehículos contaminantes, por carencia de espacios verdes o por proximidad de complejos industriales con emisiones ambientales. Hace ya tiempo que se ha reconocido el papel de los **espacios verdes** como uno de los mejores aliados para atajar y disminuir la contaminación ambiental en las ciudades. Sin embargo, estos espacios verdes no se distribuyen de forma equitativa entre las diferentes zonas urbanas. La evidencia apunta a que son los barrios de rentas más altas los que tienen un acceso más fácil y cercano a parques y jardines públicos (9), mientras que los que presentan rentas bajas a menudo se encuentran privados de los mismos. Esto hace que, una vez más, se formen desigualdades entre niños y niñas de niveles socioeconómicos diferentes.

c. La salud mental de niños, niñas y adolescentes, en juego

Los **problemas de salud mental** en la edad adulta con frecuencia tienen su **origen en la infancia**. Muchos de los hábitos sociales y emocionales que se adquieren en las edades tempranas de la vida pueden tener un impacto determinante en la salud mental, tanto durante la etapa infantil como en la edad adulta. Además de esto, las situaciones de **estigmatización, exclusión o falta de acceso a servicios** y apoyo de calidad aumentan en gran medida el riesgo, especialmente entre los adolescentes, de sufrir trastornos de salud mental (10).

Según el informe de la ONG *Save the Children* “Crecer Saludable(mente)” (11) publicado en 2021, en España los trastornos de la salud mental en la infancia afectan al 1 % de la población entre 4 y 14 años. Estos problemas de salud mental engloban depresión y ansiedad, así como reacciones excesivas de irritabilidad o rabia.

En general, aumentan con la edad y alcanzan su máxima expresión en la **adolescencia** (según un estudio de UNICEF (12), el 15 % de los adolescentes presenta síntomas de depresión graves o moderadamente graves), son más frecuentes entre las **niñas** y dependen de la **situación económica de la familia**: en los hogares en los que el progenitor de referencia está en **paro**, la prevalencia de trastornos mentales entre los niños y niñas es mayor. De la misma manera, entre los NNA de hogares con **rentas más bajas**, la prevalencia de trastornos de la salud mental llega a triplicar la de los hogares de rentas más altas. Por nacionalidad de origen, existe una mayor frecuencia entre niños y niñas nacidos en España que entre los nacidos en el extranjero, Dentro del colectivo de NNA migrantes, el grupo de **menores no acompañados que viajan solos** es especialmente vulnerable a los problemas de salud mental, y con frecuencia padecen **depresión y trastorno por estrés postraumático**.

Según una encuesta realizada a los padres por esta organización de la que se hacen eco en el mismo informe, durante la **pandemia por COVID-19** los trastornos mentales entre niños y niñas se habrían **triplicado**, si bien es cierto que esto no se tradujo en un aumento de diagnósticos dada la situación crítica del sistema sanitario durante este periodo. Desgraciadamente, aún está por ver el **impacto** que situaciones como el **confinamiento** derivado de la pandemia, con los obstáculos que supuso para la generación de vínculos sociales y afectivos entre los niños y con su entorno, especialmente para los de corta edad, pueda tener a largo plazo sobre el desarrollo y la salud mental de toda una generación. Para niños de más edad y adolescentes, durante el confinamiento se puso de manifiesto el papel positivo que puede jugar el universo online para las relaciones sociales. Sin embargo, es fundamental que se oriente y se compagine con la socialización en persona. Este uso de las nuevas tecnologías y las redes puede además ser de gran ayuda en menores con discapacidades, para que derive en un mayor grado de inclusión. El desarrollo de una red social fuerte junto con una protección social adecuada redundaría en jóvenes capaces de afrontar problemas cotidianos y evita la “medicalización de la vida”.

d. Violencia en el hogar

Otro de los grandes riesgos emergentes que afectan a la infancia y que presenta una tendencia al alza en la actualidad es la violencia en el hogar. En España se ha producido, desde el año 2012, un **aumento desmesurado** de casos de NNA en situación de violencia intrafamiliar. Si atendemos a los datos del Sistema Estadístico de Criminalidad del Ministerio del Interior publicados por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 a través de la herramienta “Infancia en Datos”, es posible comprobar que los casos de población menor de 18 años víctima de violencia familiar se han multiplicado en la década comprendida entre 2012 y 2021, pasando de 4000 a 9000 casos (un aumento del 225 %). Si bien estas cifras pueden deberse, en parte, a un aumento de la detección de casos derivado de una creciente concienciación social, debemos tener en cuenta que los determinantes sociales juegan un papel muy relevante en el riesgo de padecer este tipo de violencia.

Según refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4), existen múltiples factores comunitarios y sociales que pueden acrecentar el riesgo de maltrato infantil en toda la sociedad, como son los niveles altos de desempleo y pobreza, la presencia de desigualdades de género o la carencia de una vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias. Queda patente, de esta manera, que la prevención de la violencia sobre NNA debe pasar necesariamente por la implementación de políticas sociales, sanitarias, económicas y educativas que actúen directamente sobre los determinantes sociales que facilitan la violencia.

A este respecto, la **LOPVI** (Ley Orgánica 8/2021 de Protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia) (14), conocida también como la “Ley Rhodes”, constituye un avance notable en materia de violencia contra los niños. Procura integrar la protección de los niños en todos los ámbitos más allá del hogar (como escuelas, centros sanitarios, deportivos, centros de menores, etc.). También incluye aspectos innovadores sobre la violencia digital, o cambios en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, procurando evitar entre otras cuestiones, la revictimización del menor en el proceso judicial.

3. Políticas públicas: la mejor herramienta para proteger a niños, niñas y adolescentes

Toda política pública destinada a mejorar las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes debe considerarse, en gran medida, una **inversión en el futuro** y, por tanto, en toda la sociedad. Cabe destacar, por esto mismo, la importancia de que NNA se sitúen en el centro de todas las políticas vinculadas con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y en cualquier programa o agenda global que busque neutralizar las inequidades. El fin último que debe perseguirse es el **respeto íntegro de los derechos de la infancia**.

LA GARANTÍA INFANTIL EUROPEA

En el año 2021 surge la Garantía Infantil Europea, una Recomendación del Consejo de la Unión Europea aprobada por unanimidad por los Estados Miembros. Esta iniciativa busca **romper el ciclo de la pobreza infantil**, garantizando el acceso de todos los niños, niñas y adolescentes en riesgo de pobreza o exclusión a varios derechos o servicios básicos, que son:

- Educación temprana y cuidado infantil gratuitos
- Acceso gratuito a la educación, que incluya actividades extraescolares y al menos una comida saludable diaria
- Asistencia sanitaria gratuita
- Vivienda adecuada
- Alimentación saludable

La recomendación se enfoca hacia la detección de niños necesitados en grupos especialmente vulnerables: minorías étnicas o migrantes, sin hogar, niños con discapacidad, niños en centros de acogida, o en situaciones familiares precarias.

Según lo establecido en el Pilar Europeo de Derechos Sociales, los niños y niñas procedentes de entornos desfavorecidos tienen derecho a medidas específicas destinadas a promover la igualdad de oportunidades. Estas son algunas **recomendaciones y propuestas para lograrlo**:

- Las administraciones locales y autonómicas deben implementar e impulsar adecuadamente las acciones recogidas en el **Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea**, dado que, según alerta la ONG *Save the Children*, se está produciendo un retraso en la definición de los planes de acción autonómicos para implementar esta garantía.

A nivel administrativo, también es oportuno ampliar la deducción fiscal reembolsable por hijo menor de 3 años, y ampliarla progresivamente hasta los 18 años. Esta medida busca reducir la pobreza de familias con menores en situaciones económicas precarias.

- Ningún niño, niña o adolescente debería encontrarse en situación de no tener una **vivienda digna** que cumpla con las necesidades básicas para un correcto desarrollo. Es vital la puesta en marcha de políticas de vivienda que eviten esta situación, incluyendo:
 - › Aumentar, ya sea mediante compra o rehabilitación del parque existente, la oferta pública de vivienda social.
 - › Automatizar el acceso a ayudas directas a la vivienda para familias perceptoras del ingreso mínimo vital, rentas mínimas o similares.
- El **sistema educativo** tiene el inmenso potencial de ser el gran ecualizador de desigualdades y proveer de igualdad de oportunidades desde la infancia. Por este motivo, son imprescindibles medidas que busquen la inclusión y atiendan a la diversidad. Se propone:
 - › Atención específica a escolares que sufren brechas sociales en cuanto a logros educativos, repetición de curso, fracaso escolar y abandono educativo que puedan derivarse de factores sociales como la renta, la etnia o la discapacidad. Medidas para atajar estos problemas deberán incluir necesariamente un aumento de medios y de capacitación de los educadores para manejar niños afectados por contingencias sociales.
 - › Prevención de la brecha tecnológica en hogares con rentas bajas que carecen de acceso a internet mediante medidas que aseguren la conexión de familias con niños y la cesión, préstamo o suministro del equipamiento tecnológico necesario para que ningún niño se quede atrás.
- Atajar de manera urgente el aumento de casos de menores sometidos a **violencia en el hogar**. Esta es una prioridad para mejorar la salud de niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva de los determinantes de la salud. Si bien el riesgo de la aparición de este tipo de violencia es multifactorial y atañen a la sociedad en su conjunto, es innegable que se pueden y deben implementar medidas dirigidas que mejoren los servicios de respuesta en estas circunstancias: detección precoz de los casos, sumada a una atención continua e integral a los NNA que padecen malos tratos, así como a las familias para evitar en lo posible que el maltrato se reproduzca y paliar sus consecuencias.

- La **alimentación** es una de las bases fundamentales de la crianza y, como se ha visto, las deficiencias nutricionales y malos hábitos dietéticos en niños, niñas y adolescentes están desencadenando una pandemia de sobrepeso y obesidad que no se limita solo a la edad infantil. Es necesario que se lleven a cabo todas las medidas posibles para facilitar el acceso de las familias más desfavorecidas a una alimentación saludable para sus hijos e hijas con propuestas como:
 - › Acceso a alimentos frescos y saludables para familias con dificultades económicas, ya sea mediante medidas que controlen la subida de los precios o mediante la introducción de tarjetas monedero para familias con niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad, de manera que se garantice su acceso a una cesta de la compra con buena calidad nutricional.
 - › A partir de ahí, debería limitarse el acceso a alimentos insalubres y ultraprocesados mediante medidas de tipo impositivo que desmotiven su compra y protejan al consumidor vulnerable.
 - › Acceso a una educación y reeducación nutricional gratuita tanto en el ámbito educativo como en el sanitario, a través de centros de salud y farmacias comunitarias. Emplear *apps* educativas que promuevan una mejor alimentación y ayuden a la consecución y mantenimiento de estos hábitos, podría ser un mecanismo eficiente para lograrlo.
- Las políticas públicas orientadas a la **mejora de la calidad del aire ambiente** cobran una importancia especial cuando hablamos de proteger la salud de los más pequeños.
 - › Se debe trabajar de manera orientada para mejorar la calidad del aire en espacios como las escuelas, donde niños y niñas pasan gran parte de su tiempo, por medio de la limitación del tráfico rodado en zonas adyacentes a centros educativos o la mejora de las infraestructuras que permita una correcta recirculación y filtración del aire ambiente.
 - › Se debe facilitar el acceso a espacios verdes, creando nuevos lugares de recreo y ocio para niños y niñas que permitan que estos jueguen y se desarrollen en espacios separados del tráfico de vehículos de motor.
- Como medida transversal aplicable en diferentes ámbitos, cabe recordar el Artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño donde se recoge la importancia de construir una opinión informada para que los NNA puedan compartir decisiones sobre aspectos que les afectan en su vida y su comunidad. Esto no sólo protege a los niños, sino que los prepara para ser en un futuro adultos responsables y que participan en la sociedad (15).

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). 24 de abril de 2023. Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Año 2022. Resultados definitivos [Comunicado de prensa]. https://www.ine.es/prensa/ecv_2022.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). 29 de noviembre de 2022. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares. Año 2022. [Comunicado de prensa]. https://www.ine.es/prensa/tich_2022.pdf
3. INE [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2023]. INEbase / Sociedad /Salud /Encuestas de discapacidades / Últimos datos. Disponible en: https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
4. World Health Organization (WHO). 19 de septiembre de 2022. Child maltreatment. [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
5. Report on the fifth round of data collection, 2018–2020: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363950/WHO-EURO-2022-6594-46360-67071-eng.pdf?sequence=2>
6. Obesidad y Pobreza Infantil: Radiografía de una doble desigualdad. Estudio del rol de los factores socioeconómicos en la obesidad de los escolares en España. Informe breve. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo. Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil. Presidencia de Gobierno. Madrid, 2022. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/obseatorio/Obesidad_Pobreza.pdf
7. Romero M, García L. Papel del farmacéutico comunitario en la evolución de niños con sobrepeso en una reeducación nutricional normocalórica, normoprotéica, normolipídica y normoglucídica . Farm Comunitarios. 4(Suplemento 1).
8. Contaminación atmosférica y salud infantil: prescribir aire limpio. Resumen. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (WHO/CED/ PHE/18.01). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275548/WHO-CED-PHE-18.01-spa.pdf>
9. Broekstra N, Luck A, Gordeljevic V. (2019). Madrid - Aire sano, infancia más sana. Health and Environment Alliance. <https://www.env-health.org/wp-content/uploads/2019/07/Madrid-city-report-Healthy-air-healthier-children-spanish.pdf>
10. Allen, J, Balfour, R. Natural Solutions for Tackling Health Inequalities: Realising the Opportunity; UCL Institute of Health Equity: London, United Kingdom, 2014. <https://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/natural-solutions-to-tackling-health-inequalities/natural-solutions-to-tackling-health-inequalities.pdf>
11. World Health Organization (WHO). 17 de noviembre de 2021. Mental health of adolescents. [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

12. Save the Children. Diciembre de 2021. Crecer Saludable(Mente) - Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Crecer_saludablemente_DIC_2021.pdf
13. Impacto de la tecnología en la adolescencia | UNICEF [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.es/publicacion/impacto-de-la-tecnologia-en-la-adolescencia>
14. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia [Internet]. Sec. 1, Ley Orgánica 8/2021 jun 5, 2021 p. 68657-730. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8>
15. Bernal P. Hablemos de participación infantil · UNICEF [Internet]. UNICEF. 2015 [citado 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://ciudadesamigas.org/hablemos-de-participacion-infantil/>

4.

Inequidades en salud que se derivan del lugar de residencia y el lugar de origen



Las circunstancias en las que nacemos, crecemos, vivimos, trabajamos y envejecemos tienen un gran impacto en nuestra salud. Muchas de estas circunstancias están condicionadas por nuestro lugar de origen o el sitio en el que residimos. De hecho, el **territorio**, en sentido amplio, está considerado como **uno de los grandes ejes estructurales de desigualdades en salud**, junto con la clase social, el género, la edad y la etnia. También la propia **vivienda y el entorno residencial** son recursos materiales que condicionan nuestra salud, con un impacto similar al del servicio de salud de nuestra región o país (1). Pero estos determinantes no solo condicionan la salud de las personas más desfavorecidas, sino que la aparición de problemas derivados de necesidades sociales insatisfechas termina generando dificultades a toda la población. En este sentido, proporcionar ayuda para el alojamiento o un mejor acceso a comida saludable beneficiaría más a la salud de las personas que cualquier medicina (2).

1. El código postal importa

El código postal es más importante que el código genético (2). Esta afirmación, cada vez más extendida en el ámbito de la salud pública, resume la importancia del lugar donde residimos como condicionante de nuestra salud.

a. El contraste entre lo rural y lo urbano

La vida en el medio rural no tiene los mismos efectos sobre la salud que la vida en la ciudad. Los ritmos de vida, la socialización o la movilidad son muy diferentes en un pueblo pequeño y en una gran ciudad. De esta manera, los **hábitos de vida**, que tanto impacto tienen sobre la salud, pueden presentar diferencias importantes entre ambos contextos. Los hallazgos de los estudios que comparan hábitos de vida saludables en el medio rural y el urbano confirman esta idea. Un estudio realizado en Estados Unidos encontró que el **consumo de tabaco** y algunos medicamentos como **opioides y metanfetaminas era mayor en el medio rural**, así como la presencia de problemas de salud crónicos como hipertensión y obesidad (3). En nuestro país, otro trabajo reciente revelaba que entre las personas mayores que viven en medio rural es más frecuente que **no se realice una ingesta adecuada de determinados nutrientes** esenciales (4). Cuando se trata de jóvenes, se ha visto que en el medio rural los y las adolescentes reportan más horas de sueño y mayores niveles de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que los chicos y las chicas de la ciudad. Por su parte, en las zonas urbanas se realiza más ejercicio físico, pero también se ingiere más comida rápida (5). En cuanto al consumo de sustancias, en los entornos rurales se fuma y se bebe más a edades tempranas, pero en la ciudad hay un mayor consumo de drogas ilegales (6).

El **acceso a los servicios sanitarios** también es muy diferente en el medio rural y el urbano. Según un informe del Banco de España (7), la **distancia** media que recorren los habitantes de zonas rurales en España para acudir a un centro de salud es de 12,4 kilómetros, una distancia muy superior a la que recorren en las zonas rurales de otros países europeos como Italia, Alemania o Francia, que no superan los 8 kilómetros. En algunas comunidades autónomas, como Murcia, el hecho de residir en zona rural no implica un gran aumento de la distancia a los servicios esenciales respecto a los habitantes de las ciudades (la diferencia es menor de 3 kilómetros), mientras que, en otras, como Castilla-La Mancha, esta diferencia media supera los 30 kilómetros.

Sin embargo, a pesar de esta menor accesibilidad a los servicios de salud en las zonas rurales, un estudio que analiza la mortalidad por todas las causas (8) encuentra que el **mayor riesgo de mortalidad** se encuentra **en las grandes ciudades**. Este fenómeno, concluyen, probablemente se debe a factores como la contaminación atmosférica, los eventos extremos de temperatura, la contaminación por ruido y la escasez de zonas verdes, entre otros, mucho más presentes en la ciudad que en el medio rural. Estos elementos, cada vez más estudiados, se están relacionando con resultados negativos en salud de todo tipo, que podrían explicar este aumento de mortalidad en el medio urbano. La OMS estima que la contaminación es responsable de casi el 30 % de las muertes por cáncer de pulmón, el 43 % de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el 24 % de las muertes por ictus (9). También se ha encontrado relación de la contaminación con otros problemas de salud menos conocidos, como un mayor riesgo de desarrollo de TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) en niños (10) y con el aumento de las resistencias a antibióticos (11).

LAS FARMACIAS COMUNITARIAS COMO ELEMENTO DE COHESIÓN TERRITORIAL: SU PAPEL EN EL MEDIO RURAL

En España existen más de **5000 farmacias en municipios rurales**, repartidas por el 90 % de los municipios rurales de pequeño tamaño (menos de 5000 habitantes) y casi el 70 % de micromunicipios rurales (menos de 800 habitantes). Estas farmacias se caracterizan por no contar con muchos empleados (la mayoría disponen de un único titular farmacéutico y una media de 1,59 empleados) y tener una facturación baja (más del 80 % de las farmacias que se encuentran en situación de Viabilidad Económica Comprometida se encuentran en municipios rurales). Sin embargo, estas farmacias ofrecen las **mismas actividades asistenciales** que las urbanas e incluso, en ocasiones, estas actividades son más frecuentes cuanto menor es el tamaño del municipio, como ocurre con el **seguimiento de la adherencia terapéutica** o la **dispensación domiciliaria**. Además, se ha observado un **efecto protector** de las farmacias **frente a la despoblación** en medio rural: entre 2008 y 2021, los municipios de menos de 2000 habitantes que perdieron menos población en edad de trabajar y población femenina fueron aquellos en los que había una farmacia (12). Esta implicación en la lucha contra el reto demográfico también se ve reflejada en la capacidad de la farmacia para generar empleo, aportando 23.600 empleos a jornada completa en todo el país.

Con este contexto, cabe citar como ejemplo del papel generador de arraigamiento de las farmacias rurales el proyecto iniciado en 2023 denominado “Escuelas rurales de salud: educación por el farmacéutico” en el que los farmacéuticos de 109 municipios menores de 5000 habitantes en Castilla y León han llevado a cabo una serie de 5 charlas formativas a la población sobre aspectos relacionados con la educación sanitaria, y centrados en grupos específicos poblacionales: niños, niñas, adolescentes, mujeres, adultos y personas de edad avanzada.

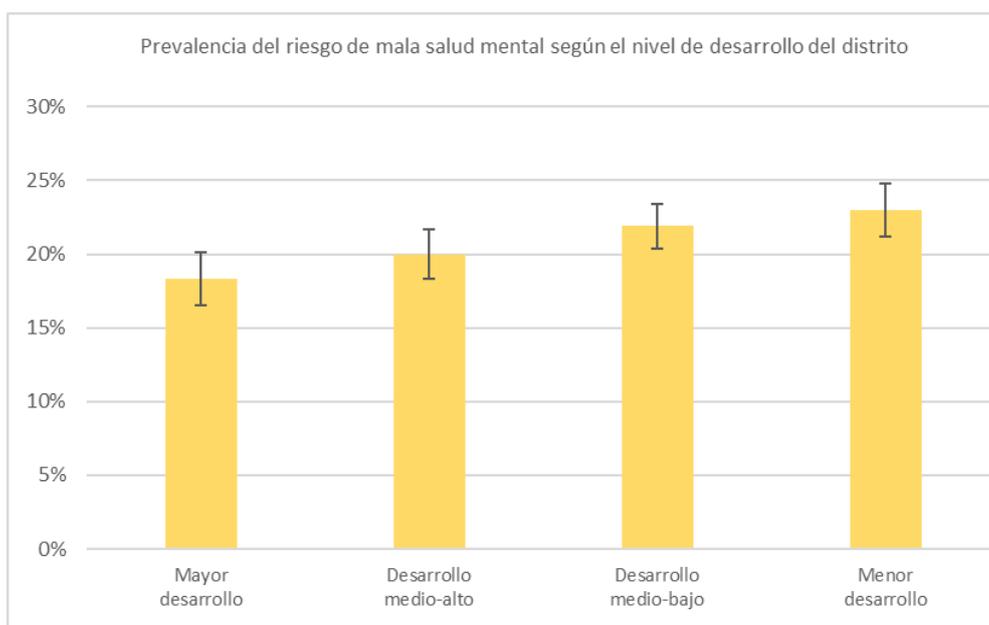
Asimismo, mirando al futuro y con el objetivo de impulsar los Servicios Farmacéuticos en los municipios de pequeño tamaño, el Consejo General de Farmacéuticos y el Gobierno de España han firmado este año un protocolo para la creación del “Programa de Farmacia Comunitaria Rural”. Este programa plantea un renovado modelo asistencial que busca mejorar la atención sociosanitaria en el medio rural, al tiempo que impulsa la digitalización y contribuye a la viabilidad económica de las farmacias rurales.

b. En la ciudad, no todos los barrios son iguales

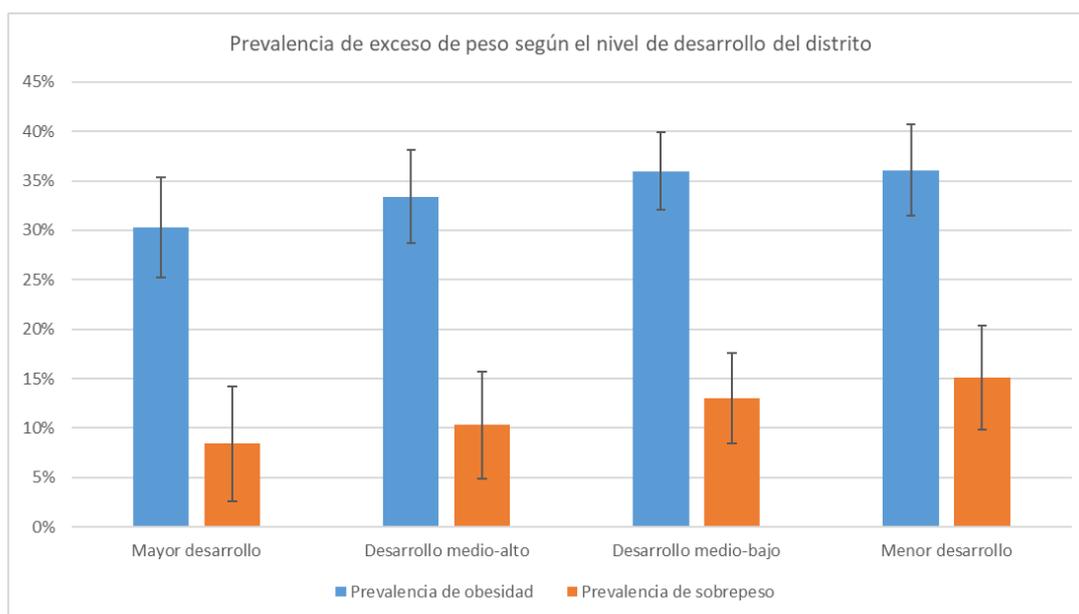
Cuanto más grande es la ciudad, más evidentes son las diferencias sociales y de renta entre sus barrios. Los barrios en los que el precio de la vivienda es más asequible atraerán a personas jóvenes con empleos más precarios y a personas migrantes. Otros barrios presentarán un perfil demográfico más envejecido, pero con una situación económica más favorable.

Las diferencias pueden llegar a impactar en la esperanza de vida de los habitantes de cada barrio. Según un informe de Intermón Oxfam de enero de 2019 (13), la diferencia en la esperanza de vida entre el barrio más rico y uno de los más pobres de Barcelona es de 11 años (86,5 y 75,2 respectivamente). En Madrid, las diferencias llegan a ser de 7 años. Las desigualdades socioeconómicas de los habitantes de la capital se reflejan en un mapa que divide la ciudad entre un eje noroeste de mayor longevidad y mayor renta y otro sureste donde no se llega a cumplir los 80 años.

Este gradiente socioeconómico se verá reflejado en otros muchos aspectos de la salud de sus habitantes. En la última Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid, realizada en 2017 (14), se constataron diferencias entre los distritos en determinados aspectos, como el uso de espacios verdes (mayor en distritos más favorecidos) y las molestias por ruido (predominantes en distritos de menor renta). De la misma manera, se hallaron diferencias importantes en indicadores de salud, como la prevalencia de mala salud mental o el sobrepeso y la obesidad, ambas más frecuentes en distritos de menor desarrollo. Este indicador de nivel de desarrollo fue definido para cada distrito según su esperanza media de vida, el porcentaje de personas con estudios secundarios o superiores y la renta per cápita.



Elaboración propia. Fuente: La Encuesta de Salud de Madrid (14). Nivel de desarrollo, definido según el índice combinado de salud, conocimiento y renta.



Elaboración propia. Fuente: Encuesta de Salud de Madrid (14)

A este hecho hay que sumar un fenómeno que contribuye a perpetuar estas diferencias, que es la proliferación de **casas de apuestas** (15) y la influencia de los **restaurantes de comida rápida** en los hábitos dietéticos de habitantes de los barrios de rentas más bajas (16). Sin la regulación adecuada, las leyes de mercado favorecen la implantación de este tipo de negocios en estos distritos, lo que contribuye a perpetuar los malos hábitos alimenticios y de ocio, así como su impacto sobre la salud de la población.

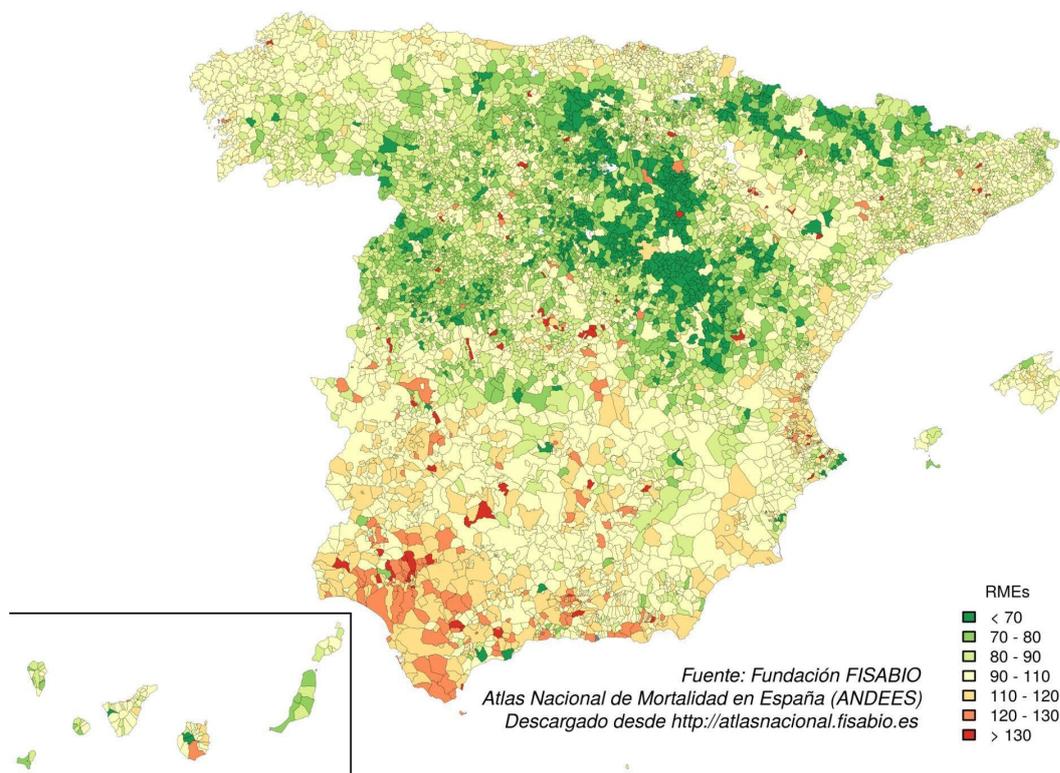
Las características urbanísticas y de las viviendas en cuanto a accesibilidad también difieren mucho entre unos barrios y otros. Las aceras más estrechas o los edificios sin ascensor, verdaderas barreras para muchas personas mayores y personas con movilidad reducida, suelen encontrarse más frecuentemente en determinados barrios, a menudo de renta media o baja. En el caso de las viviendas, las obras necesarias para llevar a cabo las adaptaciones suelen implicar un desembolso económico importante. De nuevo, el nivel de renta actúa aquí como un factor perpetuador de inequidades en salud.

c. La Comunidad Autónoma también influye

Las diferencias en salud que observamos entre barrios en el interior de las ciudades también están presentes a nivel nacional entre comunidades autónomas. Si dibujamos el mapa de **mortalidad** por todas las causas en ambos sexos entre 1989 y 2014 (17) encontramos importantes diferencias entre el norte y el sur de España, siendo mayor la mortalidad en el sur del país.

Mortalidad Municipal en España

Todas las causas
Ambos sexos, 1989 - 2014



Razones estandarizadas de mortalidad a nivel municipal. Tomado del Atlas Nacional de Mortalidad (17)

Los determinantes sociales de la salud, y específicamente los de índole económica, podrían explicar en parte estas diferencias. En su informe de 2012 *Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria*, (18) la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) relacionaba la esperanza de vida con el **Producto Interior Bruto (PIB) per cápita**. El informe revelaba importantes desigualdades entre las diferentes comunidades autónomas, siendo la inversión por habitante mayor en las comunidades del norte del país, y apreciándose una relación entre una mayor inversión y una esperanza de vida más elevada.

Otro factor que podría explicar este fenómeno sería la calidad de los **servicios sanitarios en cada región**. Desde la transferencia de competencias en salud a las Comunidades Autónomas en 2002, el Sistema Nacional de Salud español se compone en realidad de 17 sistemas de salud autonómicos. En el análisis realizado en 2021 por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) (19) se aprecian importantes diferencias entre ellos. Según los parámetros medidos en este estudio (indicadores de financiación, recursos y funcionamiento; política farmacéutica; valoración de los ciudadanos; listas de espera; privatización sanitaria), las comunidades con mejores sistemas de salud serían País Vasco, Navarra, Asturias y La Rioja, mientras que las comunidades con peor puntuación son Canarias, Valencia, Andalucía y Murcia.

Vemos, por tanto, que el **gradiente norte-sur** se mantiene en los diferentes ámbitos analizados: el de resultados en salud (esperanza de vida y mortalidad por todas las causas), el económico (PIB *per cápita*) y el sanitario (sistemas de salud).

d. ¿Y qué pasa cuando no se tiene un hogar? La exclusión residencial y el sinhogarismo

No es lo mismo vivir en el campo que en la ciudad, en un barrio rico o en un barrio pobre, en una comunidad autónoma del norte o en una del sur. Pero, ¿qué pasa cuando no se tiene una residencia? Según la Encuesta sobre las Personas sin Hogar del INE de 2022 (20), casi 29.000 personas en España carecen de un hogar. Esta condición de exclusión residencial y sinhogarismo abarca un gran abanico de situaciones: desde residir en viviendas inadecuadas (masificadas, estructuras temporales como chabolas) o inseguras (sin contrato de alquiler legal, en situación de embargo o en las que se producen situaciones de violencia), hasta las situaciones más graves de no tener vivienda. Las personas que no disponen de vivienda en ocasiones cuentan con algún tipo de solución residencial en albergues, pero, según la citada encuesta, más de 7000 personas en nuestro país se encontrarían viviendo en la calle.

Las personas que están en alguna de estas circunstancias presentan vulnerabilidad social y, con frecuencia, impacto en su salud. Vivir en la calle lleva asociado un mayor riesgo de sufrir agresiones (incluyendo agresiones sexuales), de presentar peor control de las patologías crónicas (que reconocen tener el 30 % de las personas en situación de sinhogarismo), y menor acceso a recursos para tratar problemas de salud mental o de consumo de alcohol. Se estima que en este colectivo la esperanza de vida es entre 15 y 20 años menor que en la población general (21).

2. El origen importa

Pero no solo el lugar de residencia tiene impacto en la salud de las personas. El origen –como pueden ser la nacionalidad o la etnia– también conlleva desigualdades en salud. En España, un ejemplo patente de estas desigualdades son las que observamos entre la **población gitana** y la población general. Según los datos de la Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana de 2014 (22), de los que se hace eco la Estrategia Nacional para la Igualdad, Inclusión y Participación del Pueblo Gitano 2021-2030 del Gobierno de España (23), la inmensa mayoría de indicadores de salud son peores en la población gitana que en la población general, y peores aún cuanto más desfavorecida sea su situación socioeconómica. Es decir, en el caso de la población gitana, el efecto negativo sobre la salud que tienen la etnia y el nivel socioeconómico se ve multiplicado.

Cuando hablamos de problemas de salud específicos, la población gitana presenta más artrosis, bronquitis crónica, diabetes, depresión y otros problemas de salud mental que la población general. También son más las personas gitanas que referían haber tenido que **reducir su actividad laboral** en las últimas dos semanas por la presencia de algún síntoma (el 22,2 % de los hombres gitanos y el 32,6 % de las mujeres gitanas frente al 8,5 % de los hombres y el 13,9 % de las mujeres de etnia no gitana). Más de la mitad de los hombres de la población gitana fuma, mientras que en la población no gitana solo lo hace el 28,3 %.

Al comparar estos resultados con los datos de la encuesta previa, realizada en 2006, se constata que no se han producido avances significativos en la reducción de las desigualdades, aunque se observan mejoras puntuales en la **atención bucodental infantil** y el **acceso a consultas ginecológicas**. Algunos indicadores, como el de la obesidad infantil, han empeorado respecto a 2006, sobre todo entre los varones (22).

Con las **personas migrantes** ocurre algo similar. Aunque la ley, mediante el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (24) prevé la prestación de asistencia sanitaria a todas las personas que residan en territorio español independientemente de su situación legal, lo cierto es que existen **barreras de acceso a los servicios sanitarios** por parte de este colectivo.

Según el informe “*Las barreras de acceso a la sanidad pública para las personas vulnerables*” (25), se han documentado **problemas de acceso a los servicios sanitarios** por parte de las personas migrantes en todas las comunidades autónomas excepto en la Región de Murcia, Cantabria y la Rioja. Las principales barreras son administrativas, económicas e informativas. Las **barreras administrativas** se producen a pesar de que la ley prevé la prestación de asistencia sanitaria a todas las personas residentes en territorio nacional (24). Esto es así porque a la hora de realizar las gestiones sanitarias, los y las migrantes con frecuencia encuentran dificultades en demostrar que llevan al menos tres meses residiendo en la comunidad autónoma en la que solicitan la asistencia (requisito expuesto en el Real Decreto-ley 7/2018) u otro tipo de requerimiento administrativo. En el caso de solicitantes de asilo, cuyo derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos está recogido en el Real Decreto 1192/2012 (26), las dificultades en la propia tramitación de la petición de asilo suelen interferir con la obtención de la tarjeta sanitaria, retrasando el acceso al sistema. En cuanto a las **barreras económicas**, a menudo están relacionadas con copagos farmacéuticos que estas personas no pueden asumir, mientras que las **barreras informativas** se dan cuando desde el sistema sanitario no se logra ofrecer a las personas migrantes la información necesaria y comprensible sobre el funcionamiento del sistema.

Según un estudio que se centró en personas migrantes de origen subsahariano en España (27), 1 de cada 5 refería no haber acudido a ningún centro médico, a pesar de haberlo necesitado, por no tener papeles. De hecho, más del 85 % de las personas migrantes que llevaban menos de dos años en España no tenían **tarjeta sanitaria**, y algo más del 32 % seguían sin tenerla a pesar de llevar más de dos años en territorio nacional. La mayoría de las personas encuestadas referían haber experimentado barreras de acceso al sistema sanitario: más de la mitad no habían acudido a recibir asistencia sanitaria por **incompatibilidad con el horario laboral** (más del 88 % de encuestados no tenían contrato de trabajo), y más de un tercio habían experimentado barreras administrativas. Otras barreras que reportaron fueron de tipo idiomático, sensación de incompreensión, problemas económicos e incluso la propia actitud del personal sanitario.

PROYECTO ACTIVANDO SALUD: ARTICULANDO REDES DE SALUD COMUNITARIA (28)

Este proyecto, financiado por el ayuntamiento de Madrid e implementado entre noviembre de 2021 y 2023 por Médicos del Mundo y Farmamundi en colaboración con profesionales sociosanitarios, ha puesto el foco en identificar **barreras de acceso al sistema sanitario** y en desarrollar **metodologías comunitarias** para promover el derecho a la salud.

Por un lado, se ha llevado a cabo un **mapeo participativo de activos en salud** en los distritos madrileños de Tetuán, Carabanchel, Villa de Vallecas y Puente de Vallecas. Este proceso se ha realizado de manera colaborativa entre profesorado y alumnado de formaciones sanitarias, así como entidades sociales y sanitarias presentes en los distritos implicados. Un activo en salud es cualquier elemento (persona, lugar, servicio...) identificado como generador de salud y bienestar, y que es reconocido por la población. Si existe un recurso, pero ni se usa ni se percibe como tal, no es un activo en salud.

Por otro lado, el proyecto también ha realizado una investigación sobre la **percepción de los profesionales sanitarios**, en formación o ya en ejercicio, sobre el acceso a la salud y a los medicamentos. Hasta el 90% de ellos identificaron barreras de acceso a los servicios de salud, y hasta un 86% reconocieron no haber recibido ningún tipo de formación sobre este aspecto.

Como hemos visto, el lugar de residencia y origen condiciona un conjunto de factores socioeconómicos que terminan determinando el nivel de salud de las personas. Los habitantes de una comunidad autónoma con más renta suelen tener un mejor sistema sanitario y una mayor esperanza de vida. Los migrantes en situación irregular se encuentran en situación laboral precaria, se agrupan en barrios en los que la renta es más baja, experimentan dificultades de acceso a los servicios de salud y todo ello repercute negativamente en su salud.

Un estudio realizado en España (29) resumió la traducción de los principales determinantes sociales en problemas de salud. Todos los determinantes están relacionados en mayor o menor medida con el lugar de residencia u origen. Un nivel socioeconómico bajo, la ausencia de una buena infraestructura de transporte público o la mala alimentación suelen coincidir en los barrios de renta baja de las grandes ciudades. La falta de apoyo social, el estrés persistente y la exclusión social, suelen darse en los colectivos de personas migrantes. Como consecuencia, nos encontramos con que problemas de salud como la **muerte prematura**, las **enfermedades cardiovasculares** o la **mala salud mental** estarían condicionadas por el lugar de residencia y origen, más que por otros elementos individuales, reafirmando la idea de que el código postal es más importante que el código genético.

3. ¿Cómo podemos combatir estas desigualdades?

Combatir las inequidades hasta ahora expuestas requerirá de un enfoque integral que aborde todos los ejes de desigualdad, que busque proveer a toda la población, independientemente de su origen, etnia o lugar de residencia, de unos derechos básicos que ayuden a mejorar la salud de la sociedad en su conjunto. Para ello, es necesario contar con la **voluntad y el compromiso políticos** para liderar estas actuaciones.

Una propuesta para disminuir las desigualdades relacionadas con el lugar de residencia sería **garantizar el derecho a la vivienda** para todas las personas y que esta sea **de calidad** (30). Una vivienda adecuada implica no solo tener cuatro paredes y un techo, sino unas condiciones dentro del hogar seguras y adaptadas a las necesidades de sus habitantes. Al mismo tiempo, ha de estar situada en un entorno cercano a los **servicios esenciales** y permitir la **conectividad social** sin presentar un acceso discriminatorio a su compra o alquiler y que no implique privarse de otros servicios esenciales como educación o alimentación. En este sentido, es necesario que las políticas:

- Garanticen un **parque adecuado en número y calidad de viviendas sociales**, con criterios establecidos, transparentes y justos para optar por una de ellas.
- Favorezcan, mediante incentivos económicos, los trabajos de **renovación y adaptación de las viviendas existentes**, de cara a hacerlas más eficientes energéticamente y más accesibles.
- Promuevan **modelos urbanísticos** centrados en la cercanía de los servicios públicos y la movilidad sostenible. Algunos ejemplos de propuestas urbanísticas que contemplan estos requisitos son el de las supermanzanas de Barcelona, la ciudad de los 15 minutos de París o el plan 100-30-30² propuesto para las zonas rurales por la plataforma España Vacía.

El papel del **sistema sanitario**, aunque sea solo un determinante social más y no el origen de las desigualdades en salud, sí que puede tener un papel muy relevante a la hora de combatirlos. Se ha demostrado que los sistemas de salud con **universalidad y la gratuidad de acceso** y los **modelos centrados en la atención primaria** son los que más favorecen la equidad en salud (20). Por lo que algunas medidas que contribuirían a combatir las desigualdades relacionadas con el lugar de residencia y origen serían:

- Potenciar la atención primaria del sistema nacional de salud: dotarla de medios, tanto humanos como materiales, para atender a las necesidades de la población. Fomentar la comunicación entre los centros de salud y las farmacias comunitarias para garantizar un seguimiento integral del paciente.
- Avanzar hacia la **cobertura sanitaria universal y gratuita**, tanto en su vertiente de **prestación de servicios** esenciales a toda la población (incluyendo de manera efectiva, no solo legal, a las personas en situación irregular) como en su vertiente de **protección financiera** de los usuarios, eliminando los copagos para los colectivos más vulnerables.

² Plan 100-30-30: disponer de internet a una velocidad mínima de 100 Megas, estar a un máximo de 30 minutos de viaje para el acceso a servicios sanitarios, educativos o sociales y a 30 kilómetros de una vía de alta capacidad.

- Potenciar el papel de los y las profesionales de trabajo social dentro del sistema sociosanitario, para reforzar la colaboración entre ayuntamientos y otros actores sociales en la atención a los colectivos más vulnerables.
- Garantizar que las actuaciones de salud pública, como las vacunaciones, lleguen a todas las personas, especialmente a los colectivos más vulnerables (inmigrantes, demandantes de asilo).

En el caso de **colectivos específicos**, como las personas migrantes y la población gitana, algunas medidas concretas podrían contribuir a alcanzar la equidad en salud (31):

- **Capacitar al personal sanitario** en la atención específica a personas vulnerables y dotar a los sistemas de los medios para eliminar las barreras de acceso (inclusión en los equipos de mediadores culturales, traductores, trabajadores sociales y otros profesionales).
- En el caso de la **población migrante**:
 - › Identificar y reducir las barreras administrativas que se interponen en el acceso a la atención sanitaria de personas migrantes.
 - › Potenciar los **sistemas de información** en salud de refugiados.
- Para la situación específica de la **población gitana** (23):
 - › Potenciar la capacidad de liderazgo de la sociedad civil gitana y su participación social y, específicamente, en el diseño e implementación de programas e intervenciones de promoción de la salud y prevención dirigidos a población gitana.
 - › Fomentar la comunicación entre las administraciones y las entidades asociativas de la población gitana: creación de grupos de consulta y participación y establecimiento de otros canales de participación, para garantizar la implicación del movimiento asociativo gitano en la elaboración, seguimiento y evaluación de las medidas específicas destinadas a mejorar su inclusión social.

REFERENCIAS

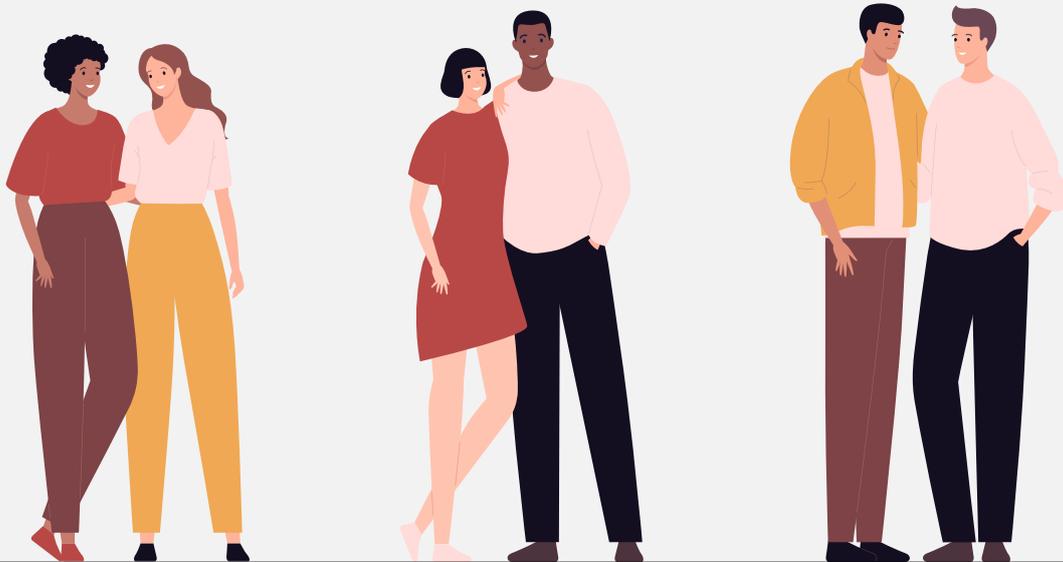
1. Montaner I, Pasarín MI, Foz G. La salud, ¿un asunto individual? AMF Artículo de Isabel y Maribel Volumen 8, nº 7 (Julio-Agosto 2012) [consultado 1 de agosto de 2023] Disponible en: AMF - SEMFYC
2. Robert Wood Johnson Foundation. Health Care's Blind Side. Uic.edu. 2011. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: Health-cares-blind-side_RWJF.pdf (uic.edu)
3. Salud rural [Internet]. 2017 [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ruralhealthconcerns.html>
4. Zaragoza-Martí A, Ruiz-Robledillo N, Sánchez-SanSegundo M, Albaladejo-Blázquez N, Hurtado-Sánchez JA, Ferrer-Cascales R. Eating habits in older adults: Compliance with the recommended daily intakes and its relationship with sociodemographic characteristics, clinical conditions, and lifestyles. Nutrients [Internet]. 2020 [citado agosto de 2023];12(2):446. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32053923/>
5. Jiménez Boraita R, Arriscado Alsina D, Gargallo Ibort E, Dalmau Torres JM. Hábitos y calidad de vida relacionada con la salud: diferencias entre adolescentes de entornos rurales y urbanos. An Pediatr (Engl Ed). 2021;96(3):196–202. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320305105>
6. Los jóvenes de zonas rurales consumen más alcohol, tabaco y cannabis que los de ciudad [Internet]. La Vanguardia. 2015 [citado agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/local/barcelona/20150713/54433890098/los-jovenes-de-zonas-rurales-consumen-mas-alcohol-tabaco-y-cannabis-que-los-de-ciudad.html>
7. Alloza M, González-Díez V, Moral-Benito E, Tello-Casas P. El acceso a servicios en la España rural [Internet]. Bde.es. 2021 [citado agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSerias/DocumentosOcasional/s/21/Fich/do2122.pdf>
8. Ayuso-Álvarez AM, Ortiz C, López T, Rodríguez MC, Damián J, González J, et al. Mortalidad en la población adulta española según el gradiente urbano-rural utilizando datos individuales [Internet]. Iscii.es. 2023 [citado agosto de 2023]. Disponible en: https://repisalud.iscii.es/bitstream/handle/20.500.12105/15497/MortalidadPoblacionAdultaespanola_2023.pdf?sequence=1
9. Ambient air pollution [Internet]. Who.int. [citado el 13 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/ambient-air-pollution>
10. New evidence on the benefits of green space for children - blog [Internet]. ISGlobal. [citado agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.isglobal.org/en/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/nuevas-evidencias-sobre-los-beneficios-de-los-espacios-verdes-en-la-infancia/90253/0>
11. Mouzo J. Study suggests that rise in antibiotic resistance is linked to pollution [Internet]. Ediciones EL PAÍS S.L. 2023 [citado agosto de 2023]. Disponible en: <https://english.elpais.com/science-tech/2023-08-08/study-suggests-that-rise-in-antibiotic-resistance-is-linked-to-pollution.html>

12. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. La aportación de valor del modelo de farmacia a la cohesión territorial y al reto demográfico [Internet]. 2023 [citado el 13 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.farmacéuticos.com/wp-content/uploads/2023/01/Informe-Contribucion-farmacia-reto-demografico.pdf>
13. Intermón Oxfam. Desigualdad 1- Igualdad de oportunidades 0 [Internet]. 2019 [citado agosto de 2023]. Disponible en: <https://cdn2.hubspot.net/hubfs/426027/Oxfam-Website/oi-informes/desigualdad-1-igualdad-opportunidades-0.pdf>
14. Díaz-Olalla JM, Benítez-Robredo MT, Rodríguez-Pérez M, Sanz-Cuesta MR. Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid [Internet]. Madridsalud.es. 2018 [citado agosto de 2023]. Disponible en: https://madridsalud.es/wp-content/uploads/2020/06/Estudio_de_Salud_de_la_CiudaddeMadrid_2018ok.pdf
15. El mapa de las casas de apuestas en Madrid: barrios con mayor tasa de paro y menor nivel de estudios y renta. lamarea.com. 2019 [citado agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.lamarea.com/2019/10/29/mapa-casas-apuestas-madrid/>
16. Europa Press. Vivir cerca de restaurantes de comida rápida aumenta su frecuentación. 2011 [citado agosto de 2023]; Disponible en: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-eeuu-vivir-cerca-restaurantes-comida-rapida-aumenta-frecuentacion-20110712114003.html>
17. Atlas Nacional de Mortalidad en España [Internet]. Shinyapps.io. [citado agosto de 2023]. Disponible en: https://medea3.shinyapps.io/atlas_nacional/
18. Hernández-Aguado I, Santolaya-Cesteros M, Campos Esteban, P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.036 [citado agosto de 2023].
19. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS CCAA INFORME 2021 (XVII Informe) [Internet]. Fadsp.org. 2021 [citado agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.fadsp.org/documents/2021/CCAA21.pdf>
20. Personas sin Hogar [Internet]. Gob.es. [citado noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/personas-sin-hogar.htm>
21. AIRES. Entender el sinhogarismo [Internet]. AIRES (Asociación para la Inclusión Residencial y Social). 2018 [citado noviembre de 2023]. Disponible en: <https://airesasociacion.org/entender-sinhogarismo>
22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana [Internet]. Gob.es. 2018 [citado agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/comunidadGitana/encuestasNacionales/docs/ENS2014PG.pdf>
23. Estrategia Nacional para la Igualdad, Inclusión y Participación del Pueblo Gitano 2021-2030 [Internet]. Gob.es. [citado agosto de 2023]. Disponible en: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/poblacion-gitana/docs/estrategia_nacional/Estrategia_nacional_21_30/estrategia_aprobada_com.pdf

24. BOE-A-2018-10752 Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud [Internet]. Boe.es. [citado agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-10752>
25. Espinosa J. Las barreras de acceso a la sanidad pública para las personas vulnerables [Internet]. Newtral. 2023 [citado agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.newtral.es/barreras-acceso-sanidad-publica-personas-vulnerables/20230207/>
26. BOE-A-2012-10477 Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Boe.es. [citado agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-10477>
27. Pardo MG, JI EG, Agudo PS. Barreras de acceso al sistema sanitario para inmigrantes subsaharianos [Internet]. Semg.info. 2007 [citado agosto de 2023]. Disponible en: http://semg.info/mgyf/medicinageneral/revista_100/pdf/680-684.pdf
28. “Activando Salud”, un proyecto que promueve el derecho a la salud entre la ciudadanía madrileña [Internet]. Farmamundi. 2023 [citado noviembre de 2023]. Disponible en: <https://farmaceuticosmundi.org/activando-salud-madrid/>
29. Montaner I, Pasarín MI, Foz G. La salud.¿un asunto individual? AMF Artículo de Isabel y Maribel Volumen 8, nº 7 (Julio-Agosto 2012) [consultado agosto de 2023]. Disponible en: AMF - SEMFYC
30. Sáenz de Tejada C. My home, my neighbourhood, my health - blog [Internet]. ISGlobal. 2023 [citado agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.isglobal.org/en/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/mi-casa-mi-barrio-mi-salud-abordando-las-cuatro-dimensiones-de-la-vivienda/8028620/0>
31. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes [Internet]. 2022 [citado agosto de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1452601/retrieve>

5.

Inequidades en salud que se derivan del género y las diversidades afectivo-sexuales



La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS resalta que existen inequidades en salud que dependen de la posición del individuo en la sociedad (1). Sexo, género y orientación sexual, son aspectos interrelacionados definidos por un contexto cultural específico que juegan un papel relevante en esa experiencia social (2). Los debates en torno al género y la diversidad afectivo-sexual están en auge y son un motivo candente de polarización social. En nuestro país hemos asistido en los últimos tiempos a cambios legislativos notables y noticias polémicas al respecto. Precisamente, esto ratifica el rol destacado que tienen estas dimensiones en lo que el individuo recibe de la sociedad. Es por tanto necesario adentrarse en los datos y descubrir hasta qué punto pueden afectar estas esferas sociales a la salud de las personas.

1. Sexo, género y diversidades afectivo-sexuales. Definiciones y contexto actual

a. Definiciones

El **sexo** se define dentro de una esfera biologicista, incluyendo características anatómicas, fisiológicas o genéticas. Su clasificación es típicamente dicotómica, aunque pueden existir variaciones dentro del binomio femenino-masculino (3).

El **género**, por otro lado, se equipara de manera habitual al sexo biológico. Sin embargo, es un **concepto multidimensional** que abarca identidad, normas, estatus y roles sociales. Su percepción depende del contexto temporal y cultural, siendo el origen, en muchas ocasiones, de desigualdades sociales. En la actualidad, desde una óptica con perspectiva de género se suele hablar de mujeres, hombres y personas no binarias (4). Cuando existe concordancia entre el sexo biológico y el género con el cual la persona se identifica se define como persona cisgénero; mientras que cuando no la hay será una persona transgénero, hombre o mujer en función del sentir de esta.

La forma en la cual una persona se relaciona afectiva y sexualmente, se denomina **orientación sexual**. Aquellas personas cis o trans que se sienten atraídas por personas de su mismo género son homosexuales; aquellos que lo están por gente del género opuesto son heterosexuales; y las personas que pueden sentirse atraídas por ambos, son bisexuales, o en el caso de incluir a las personas no binarias, pansexuales.

b. Contexto actual

El género con el cual la sociedad identifica a las personas tiene relevancia en la medida en que existen **asimetrías de poder** ligadas a este. Históricamente la mujer sufre, por el mero hecho de serlo, **violencia física, sexual o psicológica** (5). Cuando esa violencia se da en contexto de una relación de pareja o expareja, se acuña como violencia de género. La violencia de género es la consecuencia última de una sociedad jerarquizada donde la mujer ha tenido siempre un papel de subordinación. Sólo recientemente se ha reconocido como una problemática sistémica a la cual es necesario darle nombre y amparo institucional.

El nivel de **igualdad de género** en un país tiene **consecuencias en la salud**, independientemente de factores políticos y socioeconómicos. A mayor nivel de igualdad se observa una mejoría en indicadores como **esperanza de vida** o **años de vida ajustados por discapacidad**. Es destacable que este efecto positivo lo es para toda la población, y no sólo para las mujeres (6, 7). Los patrones clásicos de masculinidad, por los cuales ellos toman decisiones más perjudiciales para la salud, podrían explicar en parte este fenómeno.

La situación de la mujer en España con respecto a otros países se refleja en el **Índice Europeo de Igualdad de Género**, donde ocupa un 6º lugar en el ranking (8). Dentro de las dimensiones que componen este índice, destacan aquellas cuestiones relacionadas con la salud como la esperanza de vida. Por el contrario, en lo que respecta a la situación financiera, laboral y el papel de la mujer en los cuidados, nuestro país está por debajo de la media europea.

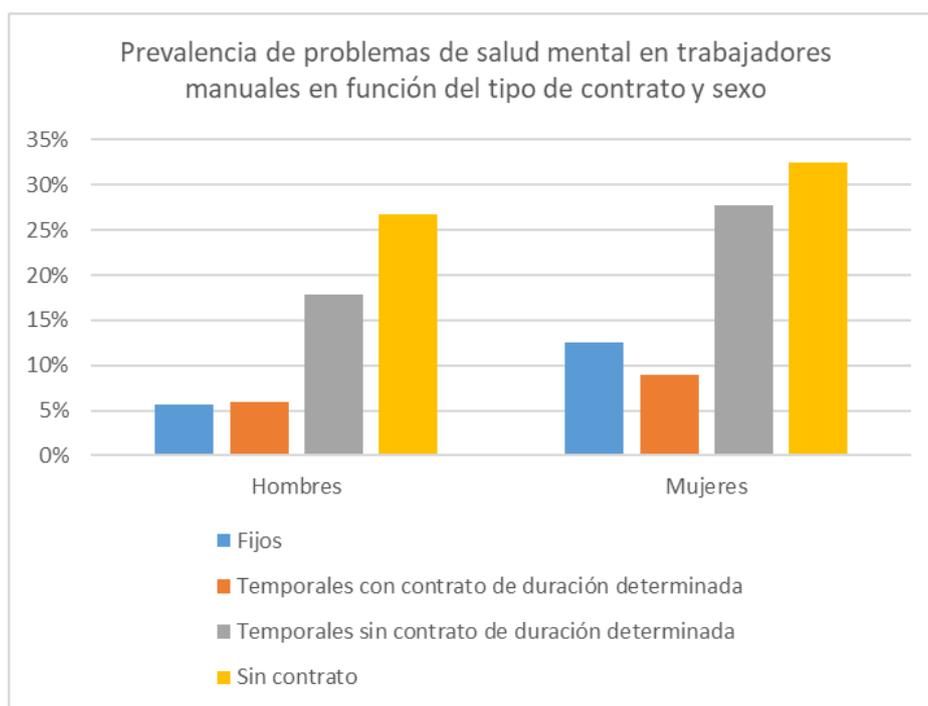
Con respecto a la **diversidad afectivo-sexual** y la **identidad de género**, sucede algo similar. Las personas no cis y/o no heterosexuales sufren, de forma sistemática, discriminación y persecución al ser reconocidas como tal. Es importante resaltar que hasta 1990 la homosexualidad era considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) una patología; la transexualidad lo ha sido hasta hace apenas cinco años. En el último informe realizado por la Asociación Internacional LGBTBI+ sobre la situación en Europa de este colectivo, España ocupa el 11º lugar (9). Esto supone un descenso bastante pronunciado con respecto a años previos. No obstante, con la reciente aprobación de la Ley 4/2023, de 28 de febrero (10), se abordan parte de las cuestiones que condicionaban este puesto. Por ejemplo, la prohibición de las llamadas terapias de conversión y la autodeterminación de las personas trans sin necesidad de una evaluación previa.

2. Mujeres cis e inequidades en salud

a. Nivel socioeconómico y acceso al mercado laboral

La incorporación de la mujer al mercado laboral no se ha generalizado hasta la segunda década del siglo pasado. En España, incluso de forma más tardía por el contexto histórico. Este hecho genera intrínsecamente una **brecha socioeconómica** entre hombres y mujeres. En nuestro país, la **tasa de riesgo de pobreza** es de manera continuada 2 puntos porcentuales superior para las mujeres. El **desempleo** es, en líneas generales, 3 puntos superior en mujeres, llegando incluso a los 4-5 puntos en la franja de entre los 35 y 54 años. Además, es relevante desglosar por género la calidad de los empleos. En este sentido, el balance también es negativo para las mujeres, con **mayor prevalencia de jornadas parciales, temporalidad** y un **salario medio anual** aproximadamente 6.000 euros **por debajo del que reciben los hombres** (11).

Es un hecho reconocido cómo la precariedad laboral se asocia a peor salud física y mental. Los mecanismos son variados: más riesgos en el lugar de trabajo, mayor nivel de estrés o carencias materiales y sociales. El efecto sobre la salud mental se incrementa a medida que aumenta el nivel de precariedad. Además, hay cierta evidencia que apunta a que el efecto de esta sobre la salud mental es mayor para las mujeres. En un estudio realizado en España, el riesgo de mala salud mental era un 20 % superior en las mujeres dentro del estrato de mayor precariedad (12). Algunas explicaciones para este fenómeno son la mayor carga de trabajo doméstico o asimetrías de poder en el lugar de trabajo.



Elaboración propia. Fuente: Artazcoz et. al. (2005).

b. Papel de la mujer en los cuidados

Como ya se ha explicado en el segundo documento de esta serie, el rol de cuidador principal acarrea **impactos directos en la salud** y las mujeres son las que asumen en mayor medida este papel. Esto es así porque tradicionalmente la socialización de los hombres ha sido enfocada hacia la esfera pública, mientras que la de las mujeres se enfocaba hacia la privada. Para la mujer, ser cuidadora se ha percibido como una obligación moral, con presencia en el hogar. De hecho, según datos del IMSERSO a octubre de 2023, el 88,3 % de las cuidadoras informales son mujeres (13). Por el contrario, el hombre, incluso cuando ejerce de cuidador, tiende a realizar tareas más visibles y que implican una menor carga física y mental (14). Además, para ellos se produce a menudo un reconocimiento social por el hecho de estar realizando una tarea que no se considera propia de su género. En consecuencia, se crea una retroalimentación positiva, impactando menos en su salud y generando más redes de apoyo. Con todo, los hombres, al contrario que las mujeres, tienden a delegar tareas antes de ver afectada su salud (15).

El impacto en la salud para las mujeres es también indirecto y relacionado con el nivel socioeconómico expuesto previamente. Del total de personas que han **dejado su trabajo para ejercer cuidados no remunerados**, sólo un 8 % eran hombres. E incluso cuando la mujer está en el mercado laboral, sigue ejerciendo de cuidadora informal. De hecho, la asunción de este rol es el principal motivo que alegan las mujeres en España para **no desempeñar un empleo con jornada completa** (11). No es sorprendente, por tanto, que la mayoría de las cuidadoras informales pertenezcan a un **estrato socioeconómico bajo** y que no dispongan de redes de apoyo (16). En conclusión, se agregan y perpetúan dos causas de inequidades en salud, género y estatus socioeconómico.

c. Violencia contra la mujer

De la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer realizada por el Ministerio de Igualdad en 2019, se extrae que un **57 % de las mujeres** de 16 años o más **ha sufrido algún tipo de violencia** por el hecho de serlo. La violencia física o sexual, independientemente de la relación con el agresor, es sólo una parte de la violencia contra las mujeres. De hecho, el tipo de violencia que más se reporta es el **acoso** (40 %) —entendiendo por ello la exposición no consentida a comportamientos sexuales, físicos o no, por los cuales la mujer se siente intimidada, ansiosa o humillada—. Un 14 % de las mujeres encuestadas reportaron violencia física y/o sexual por parte de sus parejas o exparejas. De estas, una mayoría abrumadora la había sufrido en repetidas ocasiones. Un 6,5 % de las encuestadas dijeron haber sufrido violencia sexual fuera de la pareja (17).

Las consecuencias en la salud de la violencia contra las mujeres se producen a corto, medio y largo plazo, incluso muchos años después de haber cesado el abuso. Existen **problemas de salud inmediatos** que se asocian rápidamente con la violencia física o sexual como fracturas, infecciones genito-urinarias, embarazos no deseados o muertes violentas. Sin embargo, es relevante destacar que en la mayoría de los casos las agresiones sexuales, incluyendo las violaciones, no dejan daños físicos visibles en el momento.

A largo plazo existen numerosos problemas de salud que se relacionan con la violencia contra la mujer y cuya conexión no es tan fácilmente detectable. Estas mujeres presentan mayor prevalencia de enfermedades que pueden estar infraestimadas, como **patología gastrointestinal, dolores crónicos o pérdidas de memoria**. También en patologías que constituyen una importantísima carga de la morbimortalidad de los países con altos recursos, como el **infarto** o el **ictus**, se ve un incremento del riesgo (18). Teniendo en cuenta cuestiones como raza, educación o ingresos, se observa que las víctimas tienen aproximadamente **dos veces más riesgo** que otras mujeres de padecer estas enfermedades. La **salud mental** en estas personas también es crítica, con mayor probabilidad de padecer ansiedad, depresión, problemas alimentarios o estrés postraumático. De hecho, en el caso de las mujeres que han sufrido violencia sexual el riesgo de presentar **ideación suicida** es seis veces superior a las que no (17). El uso de medicación o cualquier tipo de droga para lidiar con lo sucedido tampoco es infrecuente. Además, cuando esta violencia se sufre **durante el embarazo** los efectos también repercuten de forma directa sobre la descendencia de las víctimas. Por ejemplo, sus bebés presentan **mayor riesgo de bajo peso al nacer**, con las implicaciones que eso tiene para la salud del recién nacido (19).

Las **repercusiones para el sistema sanitario** son también notables a lo largo de la vida. Una mujer que haya sufrido violencia sexual hace un uso mucho más elevado de los servicios de urgencias; en el caso de visitas a consultas de salud mental, la proporción es de dos a tres veces superior con respecto a aquellas que no han sufrido violencia sexual.

También merece una mención específica el **vínculo bidireccional** entre **violencia de género y discapacidad**, constituyendo además esta última otro motivo de inequidad en salud. Por un lado, las mujeres con discapacidad sufren en mayor proporción violencia de género: mientras que en la población general mencionábamos que un 14 % declararon haber sido víctimas de sus parejas o exparejas, en las mujeres con una discapacidad del 33 % o superior el porcentaje se eleva hasta el 21 %. Por otro lado, se pueden llegar a generar diferentes niveles de discapacidad en una mujer que sufre violencia física/sexual. Casi en una cuarta parte de mujeres con discapacidad que habían sufrido violencia física o sexual por parejas o exparejas, el origen de la discapacidad era derivada de esta (17).

CAMPAÑA CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN FARMACIAS COMUNITARIAS "ESTÁS EN UN LUGAR SEGURO"

Según datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer, el 67 % de las mujeres que han sufrido violencia por parte de parejas o exparejas no ha buscado ayuda de manera formal. Sin embargo, un 27 % sí había consultado algún servicio de salud por un motivo derivado de la violencia sufrida. Dentro de estos servicios se incluyen las farmacias comunitarias. Sus profesionales, como referente de salud comunitaria, tienen un papel de alerta temprana que ante un caso de violencia de género puede ser crucial.

Durante la pandemia por COVID-19, se impulsó desde la Organización Farmacéutica Colegial, la iniciativa "Mascarilla 19", que nació en Canarias, donde los Colegios de Farmacéuticos y el Gobierno autonómico decidieron colaborar en la lucha contra los casos de violencia de género actuando la farmacia comunitaria como un detector y derivador a los servicios de emergencia y que se extendió en pocos meses a todo el territorio nacional. La experiencia tuvo una gran acogida e incluso llegó a exportarse a otros países.

Es por ello que el Consejo General de Colegios Farmacéuticos, el cual forma parte del **Pacto de Estado contra la Violencia de Género**, y una vez superada la pandemia, ha puesto en marcha esta campaña de actuación ante la detección de casos de violencia de género en las farmacias, en colaboración con la Delegación del Gobierno contra la violencia de género. Entre otras cuestiones, se ofrecen herramientas para **facilitar al farmacéutico la identificación** de mujeres que podrían estar en esa situación. Se trata de un conjunto de indicadores como **síntomas físicos y psíquicos** que deben poner alerta al profesional, así como aspectos comportamentales tanto de la víctima como de su maltratador.

d. Perspectiva de género en salud, de la industria a la consulta

El cuerpo del hombre siempre ha sido el paradigma para el estudio y tratamiento en la medicina, de manera que los conocimientos sobre la salud en la mujer han sido, históricamente, inferencias a partir del mismo. La individualidad de la biología y género femenino sólo ha sido tenida en cuenta en relación con el papel reproductivo de la mujer. Aun así, incluso el ámbito de la ginecología y la obstetricia presenta hasta el día de hoy numerosos **sesgos y prejuicios** que perjudican gravemente la salud de la mujer.

El sesgo de género en la salud comienza con la propia generación del conocimiento. Los **ensayos clínicos** son el patrón oro de la evidencia científica. Sin embargo, por motivos relacionados con el perfil hormonal de la mujer, incluyendo el período menstrual o la toma de anticonceptivos, pero también por **mayores tasas de abandono** de los ensayos, se ha tendido a excluir a las mujeres de estos estudios. Paradójicamente, estos motivos no hacen sino reforzar la necesidad de que las mujeres participen en estos ensayos. Por ejemplo, las causas detrás de un mayor abandono deben estudiarse porque será clave en la adherencia futura de las pacientes al fármaco que se pretende probar. Por otra parte, el **perfil hormonal y metabólico específico** de la mujer es fundamental para poder conocer mejor la posología en función del sexo, así como conocer si existen efectos adversos particulares o más frecuentes para un sexo u otro. A la hora de publicar los resultados de estos ensayos, tampoco es habitual ver **análisis diferenciados en función del sexo**. Incluso en enfermedades como la esclerosis múltiple, donde la prevalencia femenina es más del doble y va en aumento, se detectó que sólo el 27 % de los estudios estratificaban el resultado principal en base al sexo (20).

La **transmisión del conocimiento** es otra pieza clave en la perpetuación del sesgo. Por ejemplo, se conoce desde hace tiempo que las enfermedades cardiovasculares en hombres y mujeres presentan diferentes factores de riesgo y síntomas. No obstante, los síntomas que aprenden a identificar los estudiantes del ámbito sanitario son aquellos más habituales en los hombres. Los síntomas que presentan las mujeres, como fatiga súbita, dolor abdominal o disnea, no son típicamente asociados a un episodio cardiovascular. También es frecuente no evaluar el **perfil cardiovascular** de las mujeres en consulta, por la falsa creencia de que el riesgo para ellas es despreciable. Sin embargo, en pacientes diabéticos se ha demostrado que el riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular es un 44 % superior para ellas (21). A pesar de esto, las mujeres con factores como hipertensión, sobrepeso o diabetes tienen menos probabilidad que los hombres de ser derivados a un cardiólogo. Derivado de esto, tampoco es de extrañar que en caso de infarto su pronóstico sea más infausto (22).

SALUD MENTAL Y CONSUMO DE FÁRMACOS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

En el primer documento de esta serie, se mencionó que muchos problemas de salud mental como el **trastorno depresivo** y el **consumo de psicofármacos** asociado, son más prevalentes en mujeres. La salud mental está muy determinada por aspectos sociales como el nivel socioeconómico o la cultura de cada país. Por tanto, no sorprende que en países donde existe menos pobreza y donde el índice de igualdad de género es más alto, la diferencia de trastornos depresivos entre ambos sexos sea inferior (23).

A pesar de tener en cuenta estos datos, también hay que resaltar que existe evidencia de que los médicos tienen mayor predisposición de **asociar síntomas físicos con problemas psicológicos** en las mujeres (24). De hecho, ante igualdad de síntomas, es más probable que a ellas se les prescriba un psicofármaco. Este fenómeno no se restringe a psicofármacos, se ha visto que la **prescripción de analgésicos** ante igualdad de dolor era mayor en mujeres. Por el contrario, fármacos destinados al control del riesgo cardiovascular como las estatinas se prescribían un 24 % menos a las mujeres, llegando a estar un 48 % infradosificadas.

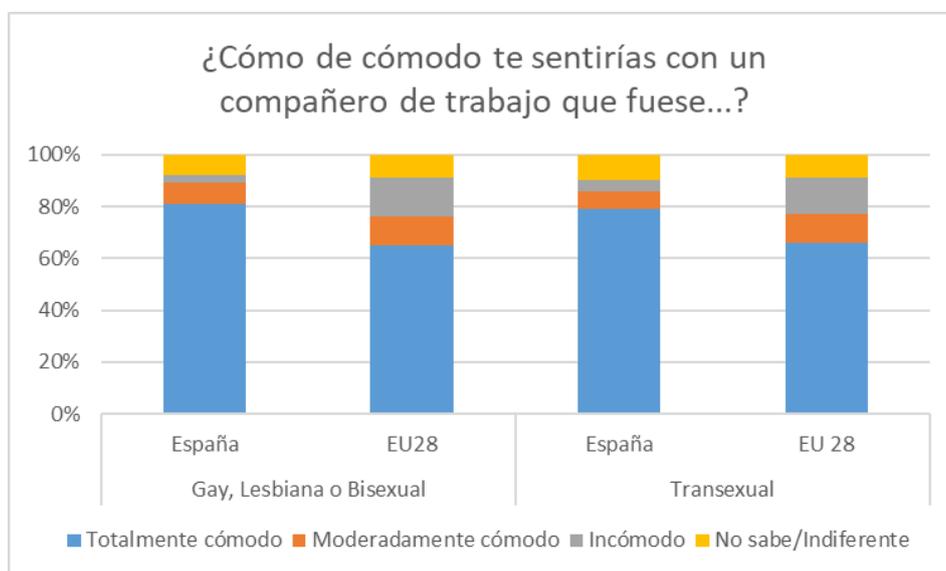
Además, es necesario tomar consciencia del riesgo de dar soluciones químicas a problemas sociales como la situación socioeconómica o las vivencias asociadas al propio género. Aunque estas casuísticas no son exclusivas en mujeres, por todo lo expuesto hasta ahora, sí que estas tienen a priori un mayor riesgo de sufrirlas.

3. Diversidades afectivo-sexuales, género e inequidades en salud

a. Discriminación y violencia contra el colectivo LGBTI+

El grado de **aceptación de la comunidad LGBTI+** varía enormemente a lo largo del mundo y también dentro de Europa. Los datos del Eurobarómetro en 2019 (25) reflejan que en España un 91 % de los encuestados está a favor de la **igualdad de derechos** independientemente de la orientación sexual o identidad de género. Sin embargo, los datos empeoran cuando se plantean derechos específicos como el matrimonio homosexual. Desglosando los grupos del colectivo, se percibe una mayor **tendencia discriminatoria** por motivos de identidad de género que por orientación sexual, tanto en la esfera privada como pública.

El **lugar de trabajo** constituye un posible espacio de **discriminación** para este grupo de población, y en consecuencia una posible causa de **pobreza y mala salud**. En un estudio elaborado por la Unión General de Trabajadores (26) el 86 % de las personas encuestadas dijeron que consideraban necesario ocultar la orientación sexual en una entrevista de trabajo. La encuesta refleja de nuevo la situación de mayor vulnerabilidad en la que se encuentran las personas trans. El desempleo entre ellas era más del doble (15,9 %) que en el conjunto de la muestra analizada (7,2 %).



Elaboración propia. Fuente: Eurobarómetro 2019. La escala utilizada fue: 1-4 incómodo, 5-6 moderadamente cómodo, 7-10 totalmente cómodo.

El punto último de esta discriminación son los **delitos de odio** y la **violencia**. En España existe una situación de amparo legal que protege a las personas de este tipo de delitos, si bien exige la **necesidad de concienciación y formación** de los cuerpos de seguridad y jurídico. Del total de delitos de odio notificados, la orientación sexual e identidad de género es la segunda causa (25 %), solo por detrás del racismo (44 %) (27). Este tipo de delitos se han visto incrementados un 67 % desde el año 2020. Cuando se analiza el perfil del autor de delitos de odio es llamativo que, entre **menores**, el motivo más habitual de delito es precisamente contra la diversidad afectivo-sexual. Esto nos da una idea de la necesidad educativa en este ámbito.

b. Inequidades sociales en salud: atención sanitaria, sexo seguro y educación sexual en el colectivo LGTBI+

Las personas LGTBI+ presentan un mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades que el resto de la población. Por ejemplo, los **problemas de salud mental** y el **abuso de sustancias** son mucho más frecuentes que en la población cis-hetero. En consecuencia, el **riesgo de suicidio** es también superior, especialmente para mujeres bisexuales y transexuales (28). El plano físico también se ve afectado, con un riesgo incrementado de infecciones de transmisión sexual (ITS) o cáncer de colon y anal para hombres no heterosexuales. En mujeres lesbianas y bisexuales existe más prevalencia de osteoporosis, sobrepeso, cáncer de ovario, cérvix y mama. Estos hechos están íntimamente asociados a experiencias de discriminación, acoso o violencia derivadas de la ausencia de educación sexual en toda la población. Incluso dentro del sistema sanitario, aún existen **prejuicios y falta de formación** al respecto entre sus profesionales.

En un estudio realizado entre médicos residentes de obstetricia y ginecología, la mitad de la muestra decía no sentirse preparado para atender a mujeres no heterosexuales y un 76 % no estarlo para atender a pacientes trans (29). Estos datos concuerdan con los hechos en la práctica. Muchas veces se asume que en mujeres homosexuales no existe riesgo de transmisión de ITS, y por tanto se obvia el consejo médico al respecto. De hecho, se ha visto que se realizan menos pruebas de **cribado de cáncer de cérvix** en estas mujeres (30), bajo la creencia de que al no existir penetración tampoco se produce la transmisión de virus del papiloma humano. En el caso de las mujeres bisexuales se ignora a menudo parte de su realidad sexual, o bien se da por hecho una conducta sexual promiscua. Esta falta de conocimientos específicos y actitudes discriminatorias, hacen que sea habitual que las mujeres lesbianas y bisexuales tengan dificultades a la hora de hablar abiertamente en la consulta de su orientación sexual, o si lo hacen, reporten insatisfacción con la atención recibida. En los hombres homosexuales, la problemática deriva no tanto de la invisibilización o el desconocimiento, sino de los marcados prejuicios que sufren al solicitar atención sanitaria. Desde 2019, cuando se incluye en las prestaciones del sistema sanitario español el uso de la profilaxis pre-exposición de VIH, se han recibido denuncias de comentarios homófobos emitidos por médicos de familia, los cuales, además, no tenían conocimientos respecto a este tratamiento preventivo (31).

En el caso de las personas transexuales, la atención médica es una piedra angular de su proceso de transición. Pero la **ausencia de sensibilización** en la formación de profesionales sanitarios, así como la propia **patologización de la experiencia transgénero**, hace que pueda tornarse muy negativa. Estas personas describen algunos de sus encuentros con sanitarios como incómodos, deshumanizadores o estigmatizantes (32). Incluso cuando consultan por procesos de salud no relacionados con el de transición, deben responder preguntas referidas a este que son poco profesionales y que atentan contra su derecho a la privacidad. Estas experiencias pueden afectar fuertemente su autoestima y hacer que generen rechazo a los procesos de atención sanitaria. Esto último es especialmente preocupante, dado que no es infrecuente en personas trans la automedicación con hormonas o los procesos estéticos sin control sanitario. Por tanto, es imperativa la sensibilización del sistema sanitario para lograr erradicar estas prácticas y equiparar la salud en personas cis y trans.

“PRIDE IN PHARMACY” (ORGULLO EN LA FARMACIA)

En Reino Unido, el Consejo General de Farmacéuticos del país (*General Pharmaceutical Council*), a través de la Fundación *LGBT Foundation*, ha puesto en marcha una iniciativa para **mejorar el conocimiento y la inclusividad** hacia el colectivo LGTBI+ en las farmacias.

A través de recursos online, se explican diferentes modos de tener en cuenta las necesidades de este grupo en el trabajo desempeñado en el día a día de las farmacias. Por ejemplo:

- Ser conscientes de las asunciones en cuanto a orientación e identidad de género que se pueden hacer en la atención al público.
- Cómo emplear términos que eviten estas asunciones y sean inclusivos.
- Ofrecer un entorno donde sean visibles campañas de salud hacia miembros del colectivo (p. ej. cribados o información de recursos sobre salud mental), así como folletos informativos sobre estas.

EL CHEMSEX: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El *chemsex* se trata de un **consumo de drogas asociado a encuentros sexuales** entre hombres homosexuales. Las drogas utilizadas para estas sesiones, que suelen durar horas o incluso días, son típicamente estimulantes y es habitual la mezcla de sustancias. Metanfetaminas, *poppers*, MDMA o cocaína son algunas de las más empleadas. El consumo en general se produce por vía oral o inhalada, pero también se utiliza la vía intravenosa.

Las motivaciones para llevarlo a cabo son múltiples: el placer, la sensación de pertenencia o una vía para escapar del estigma. Las consecuencias del *chemsex* son varias y no exclusivamente un problema de adicción. Constituye un **problema de salud pública** debido al incremento del riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS). Sin embargo, también existe **riesgo de agresiones sexuales** en un entorno donde establecer consentimiento puede ser difícil, o por los problemas de salud mental asociados.

Las interacciones que existen entre las drogas empleadas en las sesiones y otros fármacos hacen que el **papel del farmacéutico** en la atención a este grupo social sea muy relevante. Especialmente en personas VIH+ que practican *chemsex*, dado el riesgo aumentado de **efectos adversos y sobredosis** que se produce con la terapia antirretroviral (33). Es importante que la atención a estos pacientes se realice sin juicios morales y proporcionando un clima de confianza para poder prevenir efectos adversos, y hacer **recomendaciones sobre cribado de ITS o salud mental**.

4. Recomendaciones para atajar la inequidad de manera inclusiva e igualitaria

La aplicación de políticas en el **ámbito social** es imprescindible para que el conjunto de la población, independientemente de su género y orientación sexual, pueda tener recursos y medios para no caer en la pobreza y la dependencia. Por tanto, se debe:

- Establecer indicadores y objetivos con el propósito de monitorizar y evitar diferencias de **empleabilidad y calidad del empleo** en función de género y orientación sexual.
- Establecer **mecanismos de control** en la administración pública y la empresa que impliquen a los agentes sociales para evitar **conductas discriminatorias y de acoso** en el ámbito laboral.
- Desarrollar **políticas sociales** que tengan en cuenta la mayor vulnerabilidad de estos colectivos en campos como el educativo o la vivienda.
- **Formar al cuerpo jurídico y fuerzas de seguridad** en perspectiva de género y orientación sexual para evitar una doble victimización.

El **ámbito educativo** constituye uno de los principales espacios donde enseñar la importancia de tener relaciones sociales que se forjen desde el respeto mutuo y que sean empáticas e igualitarias. En niveles superiores, suponen una oportunidad para abordar problemáticas de género y diversidad sexual más específicas. En función de las capacidades cognitivas de los alumnos se propondrán diferentes enfoques y temáticas:

- Enseñar desde la infancia el cuerpo humano y la importancia de que se respete la intimidad física de las personas.
- Promover debates acerca de los roles de género y el lenguaje sexista o discriminatorio de cualquier índole. Ayudar a los alumnos a identificar estas cuestiones en el conjunto de su entorno.
- Profundizar en las causas históricas y sociales de la desigualdad de género y la discriminación de las minorías.
- Fomentar actividades de educación afectivo-sexual. Se debe incidir en la importancia de la esfera que compone el consentimiento: consciencia, libertad, seguridad física, independientemente del género o sexo de la pareja.
- Incluir en el currículum, en niveles de educación superior, cuando corresponda, el abordaje del conocimiento con perspectiva de género y de diversidad sexual.

Los **sistemas sanitarios** son una pequeña parte de lo que determina la salud de las personas, no obstante, son un lugar de referencia para la salud de la población y el único lugar de acceso a ciertas necesidades muy especializadas.

- Desde las agencias reguladoras, promover en la investigación el análisis diferenciado en función de sexo, género y diversidad sexual cuando sea oportuno. Se procurará que las muestras escogidas para los estudios sean representativas de la población donde será aplicada la intervención.
- Realizar talleres específicos para abordar lagunas de conocimiento y comunicación en los profesionales sanitarios en relación con la salud en función de género y orientación sexual.
- Actualizar guías de práctica clínica y documentos de referencia para que no se perpetúen estereotipos y aborden las necesidades en salud de personas transexuales y no heterosexuales.
- Campañas de salud transversales y holísticas que aborden específicamente problemas de salud de estas poblaciones, poniendo especial énfasis en pilares clave de la salud comunitaria como farmacias y centros de salud.

REFERENCIAS

1. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-IER-CSDH-08.1>
2. Ruiz Álvarez M, Aginagalde Llorente AH, Del Llano Señarís JE. [Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.]. Rev Esp Salud Publica. 12 de mayo de 2022;96:e202205041.
3. Bates N, Chin M, Becker T, editores. Measuring Sex, Gender Identity, and Sexual Orientation [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2022 [citado 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.nap.edu/catalog/26424>
4. Género y salud [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
5. La violencia contra la mujer: definición - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/definicion/home.htm>
6. King TL, Kavanagh A, Scovelle AJ, Milner A. Associations between gender equality and health: a systematic review. Health Promot Int. 1 de febrero de 2020;35(1):27-41.
7. Veas C, Crispi F, Cuadrado C. Association between gender inequality and population-level health outcomes: Panel data analysis of organization for Economic Co-operation and Development (OECD) countries. eClinicalMedicine [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 26 de septiembre de 2023];39. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(21\)00331-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00331-X/fulltext)
8. Instituto de las Mujeres - Noticias y novedades [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/actualidad/noticias/2021/OCTUBRE/informeEIGE.htm>

9. Annual Review | Rainbow Europe [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://rainbow-europe.org/annual-review>
10. Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI [Internet]. Sec. 1, Ley 4/2023 mar 1, 2023 p. 30452-514. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2023/02/28/4>
11. Instituto de las Mujeres. Secretaria de Estado de Igualdad y contra la violencia de género. Principales indicadores estadísticos de igualdad. Ministerio de Igualdad; 2023.
12. Vives A, Amable M, Ferrer M, Moncada S, Llorens C, Muntaner C, et al. Employment Precariousness and Poor Mental Health: Evidence from Spain on a New Social Determinant of Health. J Environ Public Health. 2013; 2013:978656
13. Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2023]. Estadísticas mensuales. Disponible en: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual>
14. Cascella Carbó GF, García-Orellán R. Burden and Gender inequalities around Informal Care. Investig Educ En Enfermería. 26 de febrero de 2020;38(1):e10.
15. del Río-Lozano M, García-Calvente M del M, Marcos-Marcos J, Entrena-Durán F, Maroto-Navarro G. Gender Identity in Informal Care: Impact on Health in Spanish Caregivers. Qual Health Res. 1 de noviembre de 2013;23(11):1506-20.
16. Abajo M, Rodríguez-Sanz M, Malmusi D, Salvador M, Borrell C. Gender and socio-economic inequalities in health and living conditions among co-resident informal caregivers: a nationwide survey in Spain. J Adv Nurs. 2017;73(3):700-15.
17. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019 [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://violenciagero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>
18. Santaularia J, Johnson M, Hart L, Haskett L, Welsh E, Faseru B. Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study. BMC Public Health. 16 de diciembre de 2014;14(1):1286.
19. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women: health consequences [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-RHR-12.43>
20. Alonso-Moreno M, Ladron-Guevara M, Ciudad-Gutierrez P. Systematic review of gender bias in clinical trials of monoclonal antibodies for the treatment of multiple sclerosis. Neurologia [Internet]. 2021
21. Peters SAE, Huxley RR, Woodward M. Diabetes as risk factor for incident coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts including 858,507 individuals and 28,203 coronary events. Diabetologia. agosto de 2014;57(8):1542-51.

22. Alonso Gelabert O, Barcena Veciana M, Brumwell Valsells V, Crunas Baqe M, Nicodemo C. Gender bias in the diagnosis of cardiovascular disorders in Catalonia. Health Policy. 1 de junio de 2023;132:104823.
23. Yu S. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. Transl Psychiatry. 18 de mayo de 2018;8(1):1-10.
24. Ruiz-Cantero MT, Blasco-Blasco M, Chilet-Rosell E, Peiró AM. Gender bias in therapeutic effort: from research to health care. Farm Hosp Organo Of Expresion Cient Soc Espanola Farm Hosp. 14 de abril de 2020;44(3):109-13.
25. Eurobarometer on the social acceptance of LGBTIQ people in the EU - 2019 [Internet]. [citado octubre de 2023]. Disponible en: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/lesbian-gay-bi-trans-and-intersex-equality/eurobarometer-social-acceptance-lgbtqi-people-eu-2019_en
26. Toño Abad, Marieta G. Gutiérrez. Hacia centros de trabajo inclusivos. La discriminación de las personas LGTBI en el ámbito laboral en España. UGT; 2020.
27. Oficina Nacional de lucha contra los delitos de odio. Informe sobre la evolución de los delitos de odio en España 2022. Ministerio del Interior; 2022.
28. Medina-Martínez J, Saus-Ortega C, Sánchez-Lorente MM, Sosa-Palanca EM, García-Martínez P, Mármol-López MI. Health Inequities in LGBT People and Nursing Interventions to Reduce Them: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 10 de noviembre de 2021;18(22):11801.
29. Guerrero-Hall KD, Muscanell R, Garg N, Romero IL, Chor J. Obstetrics and Gynecology Resident Physician Experiences with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer Healthcare Training. Med Sci Educ. 23 de febrero de 2021;31(2):599-606.
30. McNair RP. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. Med J Aust. 2003;178(12):643-5.
31. Noriega D. elDiario.es. 2019 [citado noviembre de 2023]. Un mes de la Prep, la pastilla que evita la transmisión del VIH: desconcierto entre los médicos y comentarios homófobos. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/desconcierto-comentarios-homofobos-dispensa-promiscuos_1_1205885.html
32. Santander-Morillas K, Leyva-Moral JM, Villar-Salgueiro M, Aguayo-González M, Téllez-Velasco D, Granel-Giménez N, et al. TRANSALUD: A qualitative study of the healthcare experiences of transgender people in Barcelona (Spain). PLoS ONE. 3 de agosto de 2022;17(8):e0271484.
33. Bracchi M, Stuart D, Castles R, Khoo S, Back D, Boffito M. Increasing use of 'party drugs' in people living with HIV on antiretrovirals: a concern for patient safety. Aids. 2015; 29(13): 1585-1592.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Abordaje desde la visión de la sociedad civil



Estudio realizado por:



Integrantes del Consejo Asesor Social:

