

Equidad en prevención

Soledad Justo Gil^a, Elena Pola Ferrández^{a,b}, Sara Gil Tarragato^a, Ana Gil Luciano^a, Jara Cubillo Llanes^a y Roberto Ravelo Mirels^{a,b}

^a Áreas de Prevención y Promoción de la Salud y Equidad. Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. Madrid (España).

^b Asistencia técnica TRAGSATEC en el Ministerio de Sanidad. Madrid (España).

Correspondencia:

Soledad Justo Gil

Paseo del Prado, n.º 18-20.
28071 Madrid (España).

Correo electrónico:

areaprevencion@sanidad.gob.es

El contenido del artículo ha sido presentado en las Jornadas de Prevención y Promoción de la Salud del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) 2022, en Barcelona, 19 de marzo de 2022.

RESUMEN

Alcanzar la equidad en salud es un objetivo de justicia social que contribuye al desarrollo de sociedades más prósperas. Las desigualdades sociales en salud están presentes en todos los países y ámbitos, y en toda la población. Su abordaje requiere de la acción conjunta de distintos sectores, además del sector salud, así como de la participación de la población. Siendo también fundamental prestar especial atención a las actuaciones sobre el contexto y determinantes sociales de la salud para garantizar la equidad en salud.

El abordaje de las desigualdades sociales en salud en la atención sanitaria, así como en las guías de práctica clínica, requiere que los y las profesionales reconozcan e interioricen el problema de la inequidad pudiendo identificar en sus pacientes las situaciones y características, personales y sociales, que pueden condicionarla. Es necesario también que se les reconozca como sujetos de derecho, tratándolos con respeto y aceptación de la diversidad y facilitando la información con confianza y empatía. A nivel profesional se necesita identificar y reconocer lagunas en el conocimiento para formarse y actualizar, y a nivel organizativo se deben realizar los cambios organizativos necesarios y poner a disposición de los equipos profesionales recursos e instrumentos tecnológicos apropiados para una observación y vigilancia rutinarios de la equidad, con indicadores relevantes y comparables a lo largo del tiempo, para poder conocer y mejorar sus actuaciones.

Palabras clave: equidad, prevención, promoción de la salud.

EQUITY IN PREVENTION

ABSTRACT

Achieving equity in health is a social justice goal that contributes to the development of more prosperous societies. Social inequalities in health are rife in all countries, settings and across the population. Tackling them requires the joint action of different sectors, in addition to the health sector, as well as the participation of the population. It is also essential to pay special attention to actions on the context and social determinants of health to ensure equity in health.

Addressing social inequalities in health in health care, as well as in clinical practice guidelines, requires professionals to recognise and internalise the problem of inequality and to be able to identify in their patients the situations and characteristics, both personal and social, that may condition this. It is also necessary to recognise them as subjects of rights, treating them with respect and acceptance of diversity and providing information with trust and empathy. On a professional level, gaps in knowledge need to be identified and recognized to train and update. At the organisational level, the necessary organisational changes must be implemented, and appropriate resources and technological instruments must be made available to professional teams for routine observation and monitoring of equity; with relevant and comparable indicators over time, to be able to know and improve their actions.

Keywords: Equity, Health Promotion, Prevention.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

UNA PANORÁMICA DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La equidad en salud supone alcanzar el máximo potencial de salud independientemente de la posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales¹. Por tanto, cuando hablamos de equidad estamos hablando de reducir estas desigualdades sociales con el objetivo de alcanzar el máximo potencial de salud.

Trabajar en equidad en salud implica dirigir acciones a toda la sociedad en razón proporcional a sus necesidades (universalismo proporcional)² para que las necesidades específicas de todos los grupos de población puedan ser tenidas en cuenta, y todas las personas alcancen el máximo potencial de salud, independientemente de su posición social y de otras desigualdades injustas y evitables, como las causadas por el género, la edad, la diversidad funcional, la etnia, la clase social, el territorio, la orientación sexual o la identidad de género.

Desde el año 1974, con la aparición del Informe Lalonde³ en Canadá, sabemos que los estilos de vida y las condiciones ambientales influyen más en la promoción de la salud y su mantenimiento que los servicios sanitarios a los que acceden las personas cuando enferman. Años después, en 2002, se seguía manteniendo este análisis en Canadá, con un peso del 50% para el entorno social y económico⁴.

Por tanto, la salud está condicionada, tanto positiva como negativamente, por factores sociales, a los que denominamos determinantes sociales de la salud (DSS)⁵, definidos como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, y condicionados por la distribución de la riqueza, el poder y los recursos a nivel global, nacional y local. Ejemplo de estas circunstancias o DSS son: el nivel educativo alcanzado, la profesión que se desarrolle, el tipo de empleo que se tenga, las relaciones sociales, el nivel de ingresos o el acceso a una atención sanitaria de calidad.

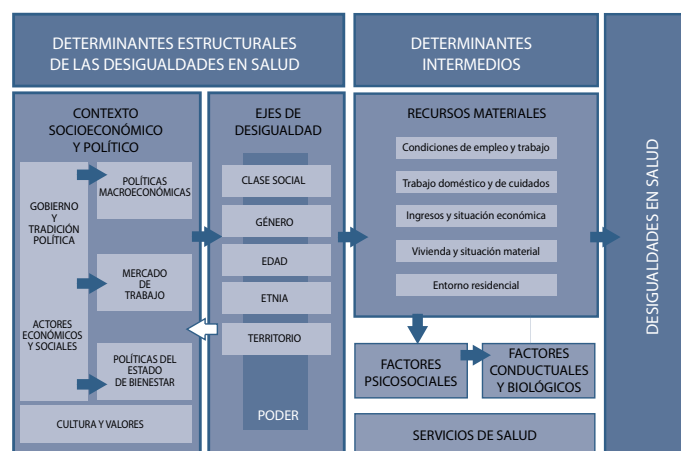
Existen diversos marcos conceptuales para explicar los DSS, pero coinciden en el enfoque común de que existe una jerarquía en los determinantes, de modo que hay unos factores que corresponden al contexto social, político y económico que influyen en que exista una distribución no equitativa del resto de factores. Los DSS tienen una distribución desigual en la población, y ahí radica el origen de las desigualdades en salud.

El modelo desarrollado por Dahlgren y Whitehead, de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1991⁶, muestra la jerarquía de los determinantes en capas de cebolla, y es uno de los modelos más conocidos.

A su vez, contamos con un marco conceptual adaptado al entorno español (**figura 1**)^{7,9} por la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, elaborado a partir del marco desarrollado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS¹⁰, y que presenta dos jerarquías principales de determinantes:

1. Intermediarios: en la jerarquía inferior. Son aquellos que influyen directamente en la salud, a través de las conductas relacionadas con la salud, los factores psicosociales y biológicos

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010⁷



Modificada de: Solar e Irwin⁸ y Navarro⁹.

cos y las circunstancias materiales. Aquí encontraríamos también el Sistema Nacional de Salud (SNS), como mediador o amortiguador de las consecuencias de la enfermedad.

2. Estructurales: en la jerarquía superior, influyendo en la salud a través de los intermediarios. Encontraríamos, en primer lugar, la posición socioeconómica, determinada por la educación, ocupación, ingresos, género y etnia. Por encima de la cual estaría el contexto socioeconómico y político (gobernanza, políticas, cultura y valores de la sociedad), que configuran, generan y mantienen las jerarquías sociales.

La distribución inequitativa de los determinantes sociales condiciona una distribución inequitativa de salud. Las desigualdades sociales afectan a todos los niveles territoriales: por países, por regiones dentro de los países, por municipio y por barrios dentro de un mismo municipio. Un ejemplo de desigualdades sociales en mortalidad por barrios se puede encontrar en el proyecto Medea³¹¹.

El origen social de las diferencias es el que determina que estas sean desigualdades sociales en salud. Son diferencias de salud injustas y evitables que se dan, de forma sistemática, entre los grupos socioeconómicos de una población y que tienen un origen social¹²:

- Sistemáticas: no aleatorias, el patrón que se repite.
- Injustas: generadas y mantenidas por «condiciones sociales injustas».
- Evitables: políticas que aborden determinantes sociales.

En España se usa mayoritariamente el término de desigualdades sociales en salud, aunque en el ámbito internacional se utiliza inequidades, siendo términos equivalentes en cuanto a significado⁵.

Los estudios dedicados a las desigualdades sociales en salud han puesto de manifiesto en múltiples ocasiones que ciertos colectivos, como la población con menos recursos económicos, las mujeres y las personas inmigrantes, presentan indicadores de salud que denotan una peor situación¹³.

Por ejemplo, se han realizado varios trabajos en España que demuestran claras desigualdades de las personas inmigrantes en el uso de los servicios sanitarios^{14,15}, de farmacia^{16,17} y en bajas laborales^{18,19}.

Otro ejemplo es el que periódicamente se analiza de forma comparativa la salud y sus determinantes en población gitana, con resultados que demuestran las desigualdades de esta población²⁰.

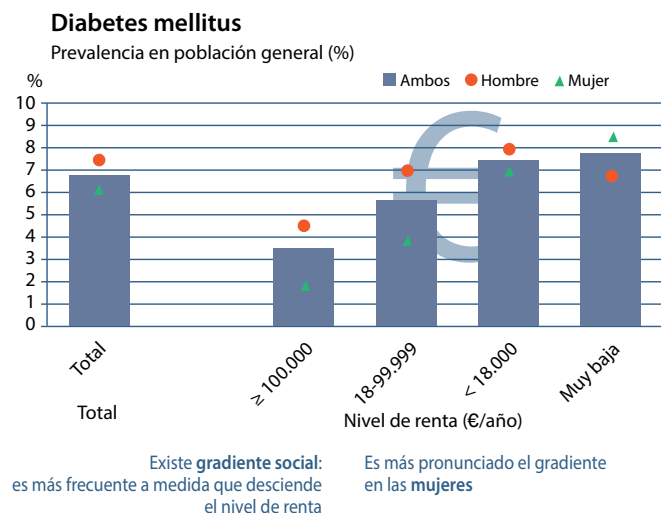
A su vez, estas diferencias se pueden observar en los distintos sistemas de información de los que disponemos, como, por ejemplo, la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) (figura 2)²¹.

Si la salud está determinada por las condiciones en las que se vive, esto implica trabajar en promoción de la salud y equidad:

- Mediante intervenciones que aborden los distintos determinantes. Para reducir las desigualdades, es necesario combinar acciones a todos los niveles de los determinantes, lo cual no está únicamente al alcance del sector de la salud.
- Con enfoque intersectorial, ya que no es suficiente con abordar la salud desde el sector de la salud.
- Si estas condiciones no están distribuidas equitativamente en la población, existen inequidades, que deben monitorizarse y se han de adaptar las intervenciones a las necesidades de los distintos grupos poblacionales.
- Se debe contar con la población, ya que participar es una de los mecanismos de redistribución de poder.

Para analizar estos aspectos, en un ejemplo se analizan los DSS en un caso concreto. Marisa, de 50 años de edad, no cumple las recomendaciones de actividad física. Desde la consulta de Atención Primaria, se puede intentar motivarla para comenzar a caminar todos los días 30 minutos, y diseñar con ella un plan. Sin embargo, si no tiene el apoyo social necesario, ni tiempo debido a su doble jornada laboral, o no tiene acceso a entornos seguros para caminar porque vive en una zona aislada o rodeada de carreteras, difícil-

Figura 2. Frecuencia de diabetes mellitus por nivel de renta



Modificada de: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP)²¹.

mente podrá poner en marcha su plan y llevar un estilo de vida más activo.

Es necesario que en la atención individual (desde la consulta o el domicilio) y en la atención grupal (grupos de educación para la salud, por ejemplo) se tengan todos estos factores en cuenta para evitar hacer a Marisa responsable de que su estilo de vida no sea activo.

Si en el entorno de Marisa hubiera zonas verdes, rutas para caminar, carriles bici, una buena red de transporte urbano, aparcamientos para bicicletas, o si las condiciones de su barrio le permitieran ir caminando de un sitio a otro porque las distancias son asumibles y cuenta con todos los servicios cercanos, o pudiera ir en bici de forma sencilla, tendría mucho más fácil hacer actividad física.

Teniendo en cuenta este ejemplo, podemos comprobar cómo la elección de estilos de vida está condicionada socialmente puesto que, dependiendo de dónde vivamos tendremos más sencillo elegir una opción u otra. Lo mismo ocurre en función de cuál sea nuestro trabajo, nivel educativo, la información a la que accedemos o los recursos de los que disponemos.

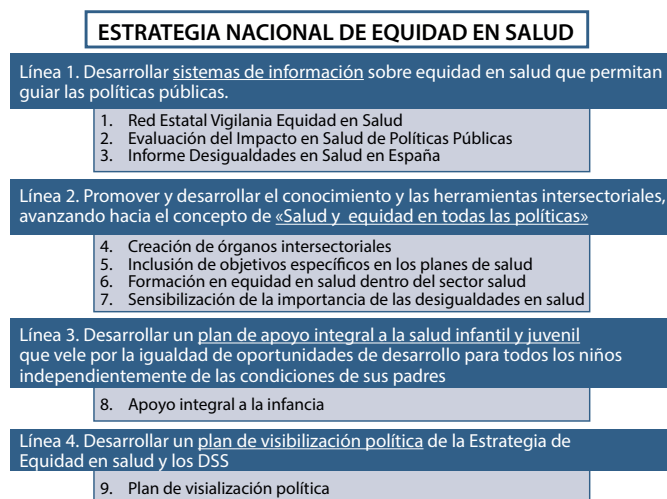
ABORDAJE DE LA EQUIDAD EN PREVENCIÓN DESDE EL ÁMBITO NACIONAL

La Estrategia Nacional de Equidad, esbozada en 2010, prioriza nueve intervenciones que se pueden desarrollar agrupadas en cuatro grandes líneas estratégicas (figura 3)²²:

Actualmente se continúa trabajando en el desarrollo de estas líneas de forma paralela, con mayor o menor profundidad, destacando especialmente tres acciones.

1. Integración de equidad en estrategias, programas y actividades (EPA).

Figura 3. Estrategia Nacional de Equidad en Salud



Modificada de: Ministerio de Sanidad²². DSS: determinantes sociales de la salud.

- Tras la publicación de la *Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud*⁵, en la que se establecía una serie de pasos para llevarlo a cabo, se colaboró con la OMS para reproducir este proceso en diferentes países y, posteriormente, la OMS publicó su guía del proceso, en la que incluyó un enfoque más explícito de género, derechos humanos y cobertura universal de salud²³, en la se ha integrado la experiencia desde 2012. Supone una herramienta que, por sí misma, permite llevar a cabo un análisis del enfoque de la equidad y de los DSS y una identificación de propuestas de mejora.
- Abordaje de los DSS, a través del trabajo con enfoque de entornos saludables (local, educativo) e intersectorialidad, trabajando en colaboración con otros sectores como educación, transporte, urbanismo, medio ambiente, bienestar social, deportes, etc.
- Equidad en salud y población gitana. La población gitana presenta importantes desigualdades en salud en España, marcadas a su vez por los efectos de la discriminación²⁰. Desde 2003 se hace un trabajo con importante enfoque participativo en colaboración con el Consejo Estatal del Pueblo Gitano (entre sus grupos de trabajo existe uno de salud) y la Red Equi-Sastipen-Roma. La Nueva Estrategia para la Igualdad, Inclusión y Participación de la Población Gitana 2021-2030²⁵ fue aprobada en 2021, y la salud es una de las líneas estratégicas. Se puede encontrar más información al respecto en la web del Ministerio de Sanidad²⁶, donde se dispone, entre otros, de un vídeo Sastipen = Salud²⁷ para sensibilizar a profesionales sanitarios sobre las desigualdades en salud.

ABORDAJE DE LA EQUIDAD EN PREVENCIÓN DESDE LA ATENCIÓN SANITARIA

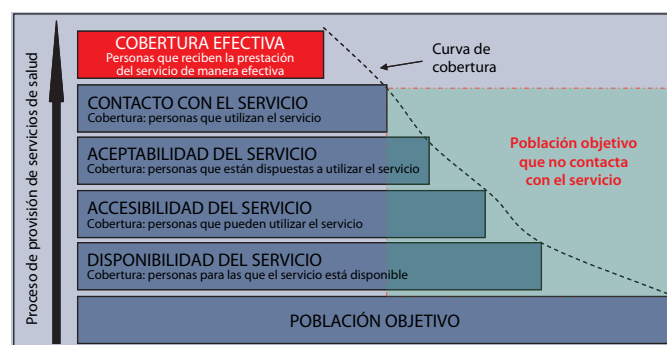
Se entiende por prevención¹ la implantación de medidas para reducir la aparición de factores de riesgo o enfermedad y su progreso o las consecuencias de la enfermedad una vez establecida.

La prevención es una de las principales intervenciones que se deben hacer en la atención sanitaria, especialmente en Atención Primaria, y se lleva a cabo a través de diversos programas basados en la evidencia científica.

Estos programas deben ser evaluados en todo su proceso para identificar posibles inequidades en su desarrollo. El modelo de cobertura efectiva de Tanahashi⁵ (figura 4) es útil para poder identificar, en cada etapa clave del proceso de atención, por qué algunos grupos acceden a los servicios de salud y se benefician de ellos y otros no lo hacen. De este modo, se pueden identificar barreras que obstaculizan que la población objetivo (o un segmento de ella) haga un uso apropiado del programa o el servicio de salud ofrecido, y recursos facilitadores, que son factores que ayudan a que la población objetivo haga un uso apropiado del programa, incluyendo aquellos que permiten superar las barreras de acceso a los servicios de salud y conseguir un uso efectivo. Estas barreras y estos facilitadores se pueden producir en cada una de las etapas de provisión de servicios de salud⁵.

Para integrar la equidad en la consulta, es fundamental tener en

Figura 4. Modelo de cobertura efectiva de Tanahashi⁵



cuenta los siguientes puntos^{19,28}:

- Reconocer e interiorizar el problema de la inequidad en la consulta.
- Identificar las situaciones y las características personales y sociales de los/las pacientes que pueden condicionar un mayor riesgo de inequidad en la consulta. Tener en cuenta grupos de población especialmente vulnerables, como son las personas con bajos ingresos, en paro o sin trabajo, con problemas de salud mental, con discapacidad, migrantes o minorías étnicas, entre otras.
- Tener en cuenta al paciente como sujeto de derecho, tratándole con respeto y aceptación de su diversidad.
- Facilitar la comunicación con el/la paciente (confianza, empatía), ofreciendo información clara y comprensible.
- Fomentar la toma de decisiones compartidas, pues la participación es uno de los mecanismos de redistribución de poder.
- Identificar y reconocer lagunas en nuestro conocimiento y aumentar la formación e investigación en este campo. En este sentido se sugieren algunos materiales formativos:
 - Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud*¹⁴.
 - El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Manual técnico²³.
 - Curso del Ministerio de Sanidad: «Equidad en salud»²⁹.
 - Curso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC): «Inequidades sociales y salud. Manejo en la consulta de Atención Primaria»³⁰.
 - Web de *Equidad en salud* del Ministerio de Sanidad³¹.
- Disponer de recursos e instrumentos tecnológicos apropiados:
 - Historia clínica informatizada y compartida entre distintos niveles asistenciales y entre comunidades y ciudades autónomas (CCAA).
 - Mejora de los registros y sistemas de información, incluyendo variables sociales como, por ejemplo, códigos z, máximo nivel educativo, clase social o ingresos.
- Fomentar la participación y la acción comunitaria para ganar salud^{32,33}, así como la construcción de redes comunitarias loca-

les que durante la pandemia de la COVID-19 han demostrado su valor y potencial³⁴.

9. Realizar los cambios organizativos necesarios:
 - Fomento de la autonomía de los/las profesionales para gestionar sus agendas.
 - Asignación de profesionales de referencia.
 - Priorización de la equidad en la gestión.
10. Establecer mecanismos rutinarios de observación y vigilancia de la equidad, con indicadores relevantes y comparables a lo largo del tiempo, para poder conocer y mejorar nuestras actuaciones.

Como ejemplo práctico se muestra cómo integrar la equidad en la prevención y abordaje del consumo de alcohol desde la consulta (figura 5)³⁵:

Valorar y registrar los DSS en la consulta.

- Identificar factores protectores y de riesgo, facilitadores y barreras.
- Tener en cuenta el abordaje comunitario:
 - Conocer el entorno y el contexto en el que viven las personas.

Figura 5. Consumo de alcohol y equidad. Cómo abordarlo en la consulta



Fuente: Ministerio de Sanidad³⁵.

- Identificar las necesidades específicas de determinados grupos de población.
- Utilizar los recursos y activos para la salud de la comunidad.
- Detectar personas que lo necesitan y pueden no estar llegando a la consulta. Fomentar la participación. Identificar personas clave y sectores implicados, buscando mecanismos de coordinación.

En la literatura se pueden encontrar otros ejemplos de cómo abordar la equidad en patologías como las enfermedades cardiovasculares³⁶.

Para abordar la equidad en la atención sanitaria, contamos con herramientas como:

Lista de chequeo para el análisis de la equidad en EPA³⁴.

- La acción comunitaria: el esquema de la figura 6³² recoge las diferentes fases de un proceso de acción comunitaria. Las actuaciones específicas de cada fase se recogen en los materiales desarrollados por el Ministerio de Sanidad^{32,37}.
- Herramienta de reflexión sobre cómo integrar la equidad en las acciones/actividades de promoción de la salud en el ámbito local³⁸.

INTEGRAR LA EQUIDAD EN LAS GUÍAS Y RECOMENDACIONES

Para integrar la equidad en las guías y recomendaciones que se hacen, tanto desde las administraciones como desde las sociedades profesionales, se han de considerar los siguientes factores³⁹:

Contar con la participación de la comunidad y de la población objetivo durante todas las fases de desarrollo de la guía de práctica clínica (GPC).

1. Hacer un análisis y adaptación al contexto cultural.
2. Considerar los factores psicosociales que podrían afectar la implementación y los resultados de la GPC.

Figura 6. Fases del proceso de acción comunitaria



Modificada de: Ministerio de Sanidad³².

3. Considerar las inequidades del sistema de salud en su conjunto, de modo que se promuevan no solo intervenciones individuales, sino también las dirigidas a barreras para la salud debidas a factores socioeconómicos.

Para ello, los pasos que se han de seguir son los siguientes:

1. Búsqueda de evidencia de barreras para alcanzar iguales ganancias en salud en los diversos subgrupos de población y posición socioeconómica asociada a factores como el género, el grupo étnico, la educación, la ocupación, el empleo, el ingreso, el área de residencia, el estilo de vida y las condiciones de la vivienda.
2. Búsqueda de literatura sobre intervenciones para enfrentar las barreras y mejorar las oportunidades para alcanzar las mayores ganancias en salud.
3. Síntesis de la evidencia identificada para desarrollar recomendaciones que contribuyan a asegurar la equidad en los diversos gradientes de posición socioeconómica, mediante disminución de las barreras identificadas.

Por lo tanto, las GPC pueden favorecer la equidad en la atención en salud si se incorporan los procesos mencionados, promoviendo la estandarización de intervenciones y evitando diferencias innecesarias, previsibles o injustas en la cantidad y calidad de la atención.

CONCLUSIONES

Alcanzar la equidad en salud es un objetivo de justicia social que contribuye a crear sociedades más prósperas. Las desigualdades sociales en salud están presentes en todos los países, a todos los niveles y a lo largo de toda la población. Su abordaje requiere de la acción conjunta de distintos sectores, no únicamente del sector de la salud, y la participación de la población. Con especial atención a las actuaciones sobre el contexto y los DSS, fundamentales para garantizar la equidad en salud.

También es importante tener en cuenta el abordaje de las desigualdades sociales en salud en la atención sanitaria y en las GPC. Para ello es necesario que las y los profesionales reconozcan e interioricen el problema de la inequidad en la atención sanitaria, identificando en sus pacientes las situaciones y características personales y sociales que pueden condicionarla. Es necesario también que se reconozca al paciente como sujeto de derecho, tratándole con respeto y aceptación de la diversidad, y facilitando la información con confianza y empatía. A nivel profesional se necesita identificar y reconocer lagunas en el conocimiento para formarse y actualizar, y a nivel organizativo se deben hacer los cambios necesarios y poner a disposición del conjunto de profesionales recursos e instrumentos tecnológicos apropiados para una observación y vigilancia rutinarias de la equidad, con indicadores relevantes y comparables a lo largo del tiempo, a fin de poder conocer y mejorar sus actuaciones.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC la oportunidad de presentar este contenido en sus Jornadas 2022, fruto del cual surge este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0IGO. [Internet]. [consultado el 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
2. Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P, Cumberlege J, et al. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. [Internet]. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010 [consultado el 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>
3. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada; 1974. [Internet]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
4. Canada PHA of. Social determinants of health and health inequalities [Internet]. 2001 [consultado el 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health.html>
5. Merino Merino B, Campos Esteban P, Santaolaya Cesteros M, Gil Luciano A (coord.). Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2012 [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia20102/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf
6. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. [Internet]. Institute for Futures Studies; 2007 [consultado el 10 de octubre de 2022];69. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
7. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [consultado el 10 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
8. 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). [Internet.] World Health Organization; 2010 [consultado el 10 de octubre de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. The Political and Social Contexts of Health: Politics of Sex in Medicine. [Internet.] Routledge & CRC Press; 2004.
10. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. [Internet.] Ginebra: World Health Organization; 2010 [consultado el 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>
11. Atlas de mortalidad MEDEA3. [Internet.] [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://medea3.shinyapps.io/medeapp/>
12. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: World Health Organization; 2007.
13. Borrell C, García-Calvente M del M, Martí-Boscà JV, Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18(1):2-6.
14. Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, Magallón-Botaya R, Luzón L, Prados-Torres A, et al. Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quién consume más servicios? Aten Primaria [Internet]. 2011[consultado el 18 de agosto de 2022];43(10):544-50. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-frecuentacion-poblacion-inmigrante-versus-autoctona-S0212656711000497>
15. Soler-González J, Serna Arnáiz C, Rué Monné M, Bosch Gaya A, Ruiz Magaz MC, Gervilla Caño J. Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. Aten Primaria. 2008;40(5):225-31. Doi: 10.1157/13120588. PMID: 18482540; PMCID: PMC7713259.
16. Rué Monné M, Bosch Gaya A, Serna Arnáiz C. Estudio observacional del gasto farmacéutico en población inmigrante y autóctona de la región sanitaria de Lleida (Cataluña). Atención Primaria [Internet]. 2010 [consultado el 18 de agosto de 2022];42(6):328-37. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-observacional-del-gasto-farmacaceutico-S0212656710000648>
17. Cruz I, Serna C, Real J, Rué M, Soler J, Galván L. Comparison of the consumption of antidepressants in the immigrant and native populations in a Spanish health region:

- an observational study. *BMC Public Health* [Internet]. 2010[citado 18 de agosto de 2022];10(1):255. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-255>
18. Soler-González J, Serna MC, Bosch A, Ruiz MC, Huertas E, Rué M. Sick leave among native and immigrant workers in Spain a 6-month follow-up study. *Scand J Work Environ Health*. 2008;34(6):438-43.
 19. Soler-González J, Fernández de Sanmamed MJ, Gérvas J. La equidad en la consulta clínica. Propuestas a pacientes, profesionales, gestores y políticos para limitar la discriminación. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2015;30(3):108-16. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-la-equidad-consulta-clinica-propuestas-S1134282X15000421>
 20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdad-Salud/docs/ENS2014PG.pdf>
 21. Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>
 22. Ministerio de Sanidad. Estrategia Nacional de Equidad en Salud. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010 [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EstrategiaNacEquidadSalud.htm>
 23. Organización Mundial de la Salud. El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. [Internet.] Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, OMS; 2017. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34933/9789275319772_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 24. Gil Luciano A, Campos Esteban P. Lista de chequeo para el análisis de la equidad en estrategias, programas y actividades (EPA) de salud. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdad-Salud/docs/2022_listadechequeo_equidadVF.pdf
 25. Ministerio de Sanidad. Estrategia Nacional para la Igualdad, Inclusión y Participación del Pueblo Gitano 2021-2030. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/poblacion-gitana/docs/estrategia_nacional/Estrategia_nacional_21_30/Estrategia_Nacional_COM_2021_2030.pdf
 26. Ministerio de Sanidad. Equidad en Salud y Comunidad Gitana. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadComunGitana.htm>
 27. Ministerio de Sanidad-Profesionales-Desigualdades-Equidad-Gitanos-Población Gitana-Comunidad Gitana-Videos. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/video_sastipen_salud.htm
 28. Tamborero Cao G. Equidad en las consultas de atención primaria, la equidad de lo cotidiano. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2015 [consultado el 18 de agosto de 2022];30(3):105-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-equidad-consultas-atencion-primaria-equidad-S1134282X15000408>
 29. Ministerio de Sanidad. Plan de Capacitación. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/PlanCapacitacion/home.htm>
 30. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. [Internet.] semFYC. [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.semfy.com>
 31. Ministerio de Sanidad. Equidad en salud y desigualdades sociales. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludDSS.htm>
 32. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_579_Guia_Adapta_Participacion_-Comunitaria.pdf
 33. Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. [Internet.] Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_579_Guia_Adapta_Participacion_-Comunitaria.pdf
 34. Ministerio de Sanidad. Redes comunitarias en la crisis de COVID-19. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [consultado el 10 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ImplementacionLocal/Redes_comunitarias_en_la_crisis_de_COVID-19.pdf
 35. Ministerio de Sanidad. Límites de consumo de bajo riesgo de alcohol. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol.htm
 36. Powell-Wiley TM, Baumer Y, Baah FO, Baez AS, Farmer N, Mahlobo CT, et al. Social Determinants of Cardiovascular Disease. *Circ Res* [Internet]. 2022 [consultado el 18 de agosto de 2022];130(5):782-99. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESAHA.121.319811>
 37. Ministerio de Sanidad. Guía de Participación Comunitaria. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad; 2018 [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Participacion_Comunitaria.htm
 38. Ministerio de Sanidad. Avanzando en la implementación local. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad [consultado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Paso3_Avanzando_Implementacion.htm
 39. Acosta N, Pollard J, Mosquera P, Reveiz L. Equidad en el desarrollo de guías de práctica clínica. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2011 [consultado el 18 de agosto de 2022];13:327-38. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2011.v13n2/327-338/>