

La desigualdad social sigue minando nuestra salud

JAVIER SEGURA DEL POZO

Es frecuente que las discusiones que se recogen en debates ciudadanos y medios de comunicación sobre el posible impacto de las crisis en la salud se centren en los recortes en el sistema sanitario (menos recursos, copagos, privatización, quirófanos y centros de salud cerrados, etc.). Sin pretender, ni mucho menos, restar importancia a la necesidad de defender nuestro gravemente amenazado y mermado sistema público sanitario, debemos considerar que esta asociación entre *salud* y *sanidad*, refleja en cierto sentido una idea muy arraigada en nuestra sociedad, incluso en nuestra sanidad: que «la salud es cosa de médicos».

Sin embargo, en el siglo XXI tenemos sobradas evidencias de que aunque el sistema sanitario es un importante determinante de la salud, tiene un peso relativamente modesto en la misma –algunos lo estiman entre un 10% y un 20%– en comparación con los determinantes sociales. Según este enfoque, la salud no es tanto “cosa de médicos” (del sistema sanitario), sino de la sociedad en la que vives y de tus condiciones y modos de vida.

La miseria del pueblo, madre de las enfermedades

«La mayor parte de las dolencias que nos afectan proceden del propio hombre». «Si el poder del Estado se asociara con los conocimientos médicos, muchas enfermedades que afectan masivamente a los pueblos, podrían ser eliminadas con medidas preventivas por parte de las autoridades». «Todos los grupos sociales tienen su propio tipo de salud y enfermedades, determinadas por sus modos de vida».

Estas líneas, de rabiosa actualidad, se escribieron en 1790 (¡hace 232 años!). Su autor, considerado por muchos el padre de la salud pública, se llamaba John Peter

Frank (1745-1821) y sostuvo estas ideas ante un grupo de galenos recién graduados en la prestigiosa facultad de Medicina de Padua. Lo hizo en el contexto de un discurso que tenía el significativo título de «La miseria del pueblo, madre de las enfermedades».¹ Lo que venía a concluir es que si el origen de la enfermedad era social, las soluciones tenían que ser también sociales y no únicamente médicas. A la misma conclusión llegó unas décadas después, otro referente de la salud pública o medicina social, el médico prusiano Rudolf Virchow (1821-1902): «La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en una escala más amplia».

Desde Frank y Virchow ha llovido mucho y se han librado muchas batallas contra la visión más asocial y clínico biologicista de la salud. Sin embargo, el último tercio del siglo XX vivió un resurgir de los enfoques más sociales y un interés por las crecientes desigualdades en salud, a pesar del desarrollo social y económico de postguerra, así como por el papel que jugaban los determinantes sociales en esta brecha. La pujante *epidemiología social* –heredera de la medicina social– ha ido acumulado evidencias, mientras acuñaba una jerga propia y operaba con ciertos modelos conceptuales, que han intentado explicar la relación entre desigualdad social y desigualdad de salud.

La determinación social de la salud

En estos modelos conceptuales (véase figura 1) sobre el proceso de *determinación social de la salud*, denominamos determinantes sociales *estructurales o distales* aquellos que configuran en origen la distribución del poder y la riqueza en una sociedad y los valores culturales y sociales propios que definen el grado de desigualdad y dominación considerados aceptables. Este contexto articula los niveles de poder, a través de los llamados *ejes de la desigualdad* (clase social, género, edad, etnia, territorio, situación migratoria, etc.). La posibilidad de ascenso social, a partir de la desigualdad de origen, merced a políticas educativas y sociales compensatorias, determinará las dinámicas entrecruzadas entre las desigualdades de educación, empleo e ingresos. Entre los determinantes estructurales tenemos también los *determinantes ambientales* (calidad ambiental, acceso a agua, aire limpio, energía, recursos naturales, confort climático, etc.)

¹ Erna Lesky, «Introducción al discurso académico de Johann Peter Frank sobre la miseria del pueblo como madre de las enfermedades (Pavia, 1790)», en: *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos. Selección de Erna Lesky*, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984, pp. 133-152.

Estos determinantes estructurales influirán en la distribución de los llamados determinantes sociales *proximales* o *intermedios* que reflejan las diferencias en las condiciones materiales de la vida cotidiana (condiciones de empleo, vivienda, entorno residencial, trabajo reproductivo, acceso a cuidados, etc.), así como en los factores psicosociales, las conductas de salud o el acceso a servicios sanitarios, que a su vez desembocarán en las propias desigualdades en salud.

Así pues definimos las *desigualdades sociales en salud* (DSS) como las diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en el estado de salud entre grupos o subgrupos de población definido social, económico, demográfica, ambiental o geográficamente. Consideramos estas diferencias en salud especialmente graves por ser socialmente injustas y potencialmente evitables. Las desigualdades en salud atraviesan todo el estrato social y no se limitan a los más pobres, a los excluidos sociales o en riesgo de exclusión. Están amplia y suficientemente documentadas en múltiples estudios, entre los que destacan dos informes que siguen siendo importantes referencias.^{2,3}

Las desigualdades en salud atraviesan el estrato social y no se limitan a los más pobres, a los excluidos sociales o en riesgo de exclusión

Las crisis y las desigualdades en salud

La pandemia de COVID-19 impactó en nuestro país cuando se estaba recuperando de una larga crisis económica y social iniciada diez años antes. Independientemente de la recuperación de los indicadores macroeconómicos, abundantes estudios con perspectiva de equidad en salud recientemente compilados⁴ nos confirman que la brecha de las desigualdades sociales se ensanchó durante esta década, empeorando las condiciones materiales de los grupos sociales más vulnerables, a la vez que los servicios públicos continuaban en su pendiente de empobrecimiento y precariedad.

² Organización Mundial de la Salud, Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation. Health Equity through action on social determinants of health*", OMS, Ginebra, 2008, disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf. Versión reducida en español: OMS, Comisión de Determinantes Sociales en Salud, *Subsanar las desigualdades en una generación* http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

³ Ministerio de Sanidad y Política Social, *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*, Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, Madrid, 2010, disponible en: http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

⁴ Miguel Ruiz Álvarez, Adrián Hugo Aginagalde Llorente, Juan E. del Llano Señarís, «Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura», *Rev Esp Salud Pública*, 96, 12 de mayo de 2022.

Si la desigualdad en los llamados determinantes sociales proximales o intermedios de la salud aumentó, cabe preguntarse si también hubo un consecuente aumento de las desigualdades en salud. La respuesta no es sencilla. No solamente por la complejidad de las dinámicas desencadenadas, algunas de efecto contrario respecto a la salud, sino por la escasez de datos disponibles para hacer estudios epidemiológicos adecuados.

Una revisión de la literatura sobre los efectos de la reciente crisis –hasta octubre de 2017– en España, publicada por el Ministerio de Sanidad hace cuatro años,⁵ no identificó un impacto negativo sobre la esperanza de vida ni sobre la mortalidad. Sin embargo, el efecto sobre los suicidios y los intentos de suicidio siguió siendo polémico. Tampoco la salud autopercebida mostró un empeoramiento general, excepto en ciertos grupos muy significativos (desempleados, especialmente los de larga duración, y mujeres sin estudios). Sin embargo, había abundantes evidencias sobre el empeoramiento de la salud mental, medido tanto en términos de mayor demanda a los servicios de salud mental, como en incremento de consumo de psicofármacos. El mayor sufrimiento emocional registrado recayó en varones, parados de larga duración y con status socioeconómico bajo. Aunque no se detectó un aumento de la prevalencia de las principales enfermedades crónicas durante la crisis, excepto la diabetes, sí que hubo una evolución desfavorable de los principales factores de riesgo vascular (hipertensión, hipercolesterolemia y obesidad), que tienen un gradiente social directo claro (más prevalentes en las clases sociales más desfavorecidas).

Esta última crisis económica ha tenido efectos silentes, que solo salían a la luz pública en situaciones dramáticas, como de pobreza energética y desahucios, cuyo impacto en las conductas de salud, así como en la salud mental y física (especialmente bronquitis crónica y asma) de las familias afectadas ha sido confirmado en sendos estudios aparecidos en el año 2000.^{6,7} Por otra parte, otras investigaciones recientes^{8,9,10} volvieron a llamar la atención sobre el efecto nega-

⁵ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, *Crisis económica y salud en España*, Madrid, 2018.

⁶ Nerea Jiménez-Picón, Alicia García-Reposo y Macarena Romero-Martín, «Consecuencias biopsicosociales en población española afectada por un proceso de desahucio», *Gaceta Sanitaria*, Vol. 34, núm. 3, 2020, pp. 289-296.

⁷ Juli Carrere et al., «Energy poverty, its intensity and health in vulnerable populations in a Southern European city», *Gac Sanit.*, 35(5), 2021, pp.438-444.

⁸ Gemma Robert et al., «From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health», *Eur J Public Health*, 24(3), 2014, pp. 404-409.

⁹ Alejandra Vives et al., «Employment Precariousness and Poor Mental Health: Evidence from Spain on a New Social Determinant of Health», *Journal of Environmental and Public Health*, 2013, pp.1-10.

¹⁰ Joan Benach et al., «La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña», *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 2015, pp. 375-378.

tivo sobre la salud (especialmente, la salud mental) de la precariedad laboral, que no dejó de aumentar en la última década.

De la cuna a la tumba

Ni el progreso tecnológico, ni el vivir en un país desarrollado han evitado que las desigualdades en salud sigan estando presentes a lo largo de todo nuestro trayecto vital: *de la cuna a la tumba*. Somos desiguales en salud desde el momento de salida del vientre materno hasta el lugar de la muerte, pasando por la infancia, adolescencia, edad adulta y vejez. Un estudio multicéntrico europeo publicado en 2015, demostró que en España las madres de los grupos sociales más desaventajados (medidos en termino de bajo nivel educativo de la madre) tenían cinco veces más riesgo de tener un parto prematuro y ocho veces de tener una criatura con bajo peso al nacer.¹¹

Ni el progreso tecnológico ni el vivir en un país desarrollado han evitado que las desigualdades en salud estén presentes en todo nuestro trayecto vital

Avanzada la crianza, las DSS seguían presentes en la infancia. De las 29 enfermedades en menores de 15 años estudiadas en Cataluña, en 25 de ellas se encontró desigualdades en la posición socioeconómica. Hasta 80.188 eventos de enfermedad en niños y 74.921 en niñas se evitarían si todos los niños tuvieran la misma tasa de enfermedad que los del grupo socioeconómico medio-alto. Tuberculosis, hipoxia intrauterina, asfixia al nacer, traumatismos, obesidad, corta gestación, bajo peso al nacer y retraso del crecimiento fetal son los eventos que más se podrían reducir en términos relativos, y dermatitis, lesiones, bronquitis aguda y sobrepeso los que más se podrían reducir en términos absolutos.¹² Desigualdades en el periodo de crecimiento como estas y otras, podrían explicar que los universitarios españoles midan tres centímetros más que los de su cohorte de edad que solo tienen estudios de primaria¹³ (recuérdese que el nivel educativo sigue siendo, por desgracia, una medida indirecta de clase social).

¹¹ Milagros Ruiz et al., «Mother's education and the risk of preterm and small for gestational age birth: a DRIVERSmeta-analysis of 12 European cohorts», *J Epidemiol Community Health*, 69(9), 2015, pp. 826-833.

¹² Neus Carrilero et al., "Comorbidity patterns and socioeconomic inequalities in children under 15 with medical complexity: a population- based study", *BMC Pediatr*, (20): 358, 2020.

¹³ Begoña Candela-Martínez et al., «Growing taller unequally? Adult height and socioeconomic status in Spain (Cohorts 1940–1994)», *Population Health*, Vol. 18, 2022, pp. 101-126.

Como decíamos, la falta de equidad en salud nos persigue hasta el final de nuestra vida. A pesar de que cuando nos preguntan, más del 70% respondemos que preferimos morir en casa, rodeados de nuestros seres queridos, de acuerdo a un reciente estudio,¹⁴ entre las personas con enfermedades susceptibles de cuidados paliativos, solo lo consiguen el 30,9% de la población, muriendo el 54,6% en un hospital y el 14,5% en una residencia. Sin embargo, el nivel socioeconómico también determina esta decisión. Así, según un estudio similar en la Comunidad Valenciana,¹⁵ donde el 32,4% muere en casa, el residir en un área con menor o mayor privación social marca una importante diferencia en este porcentaje (29,4% frente a 39,8% en los residentes en zonas del menor y mayor quintil de estatus socioeconómico, respectivamente).

Y vino la pandemia

La pandemia nos pilló con estas inequidades en salud *vivitas y coleando*, por lo que tuvieron un indudable protagonismo en el daño diferencial que hizo el virus SARS-CoV2, como han demostrado recientes revisiones.¹⁶ Aunque la pandemia afectó a todos los grupos sociales en términos de transmisión, hubo importantes diferencias en severidad y mortalidad. Para explicarlo, se resucitó el concepto de *sindemia*,¹⁷ que ponía la atención en los efectos sinérgicos que tenían dos epidemias: la propia de la infección viral y la de las enfermedades crónicas con un importante gradiente social como obesidad, diabetes o cardiovasculares, que empeoraban notablemente el pronóstico de las personas infectadas por COVID-19. No todas tenían las mismas papeletas de infectarse (dependía de la exposición laboral o habitacional), ni mucho menos de acabar en una unidad de cuidados intensivos (UCI) o en el cementerio. Tampoco todos los grupos sociales sufrieron los mismos efectos secundarios de las medidas de protección impuestas (confinamiento, cuarentenas, cierre de actividades económicas, educativas y espacios públicos).

En la primera ola, los territorios más afectados estaban relacionados con la transmisión nosocomial en centros sanitarios y residencias de ancianos, no apare-

¹⁴ Maria Josefa Cabañero-Martínez et al., «Lugar de fallecimiento de las personas con enfermedades susceptibles de cuidados paliativos en las diferentes comunidades autónomas de España», *Anales Sis San Navarra* vol. 43, núm. 1, 2020.

¹⁵ Andreu Nolaso et al., «Socioeconomic inequalities in the place of death in urban small areas of three Mediterranean cities», *International Journal for Equity in Health*, 19, 2020, p. 214.

¹⁶ Amaia Bacigalupe et al., «Desigualdades socioeconómicas y COVID-19 en España. Informe SESPAS 2022», *Gaceta Sanitaria*, Vol. 36, suplemento 1, 2022, pp. S13-S21.

¹⁷ Richard Horton, «Offline: COVID-19 is not a pandemic», *Lancet*, 396 (10255), 2020, pp. 874.

ciendo un patrón espacial tan claro. Sin embargo, a partir de la segunda ola, cuando además ya se disponía de instrumentos de diagnóstico y de vigilancia más precisos, se pudo comprobar que los barrios con menor nivel de renta de las grandes ciudades tenían incidencias mayores. En Barcelona se comprobó que las variables que más correlación tenían con la incidencia entre barrios eran los porcentajes de población mayor de 75 años, inmigrantes latinoamericanos y magrebíes y personas con sobrepeso u obesidad.¹⁸ A medida que se inició el proceso de vacunación y que la sociabilidad asociada al ocio y al consumo se convirtió en una de las principales vías de transmisión, este patrón espacial urbano comenzó a invertirse en las últimas olas, apareciendo los barrios de mayor renta como los de mayor incidencia, además de brotes en colectivos juveniles de mayor movilidad y renta (como los viajes de fin de curso). Lo cual sin embargo no alteraba el gradiente social directo de las infecciones severas: residir en áreas de bajos ingresos o haber nacido en países de América Latina, por ejemplo, se siguieron asociando claramente con mayores probabilidades de ser ingresado en una UCI y de mortalidad intrahospitalaria.¹⁹

Durante la pandemia las medidas de protección social y laboral minimizaron de forma importante el daño, pero también contenían elementos de desigualdad

Las medidas de protección social y laboral minimizaron de forma importante el daño, pero también contenían elementos de desigualdad. Desde la distribución desigual del teletrabajo según la renta,²⁰ la mayor exposición al contagio en los trabajos más precarios o que los expedientes de regulación temporal de empleo (ERTE) se hayan implementado con menor frecuencia en los sectores empresarial con empleo más precario.²¹

Junto con la precariedad laboral, la precariedad habitacional fue otra fuente de desigualdad. Vivir en condiciones de hacinamiento y deficiente ventilación fue es-

¹⁸ Miquel Amengual-Moreno et al., «Determinantes sociales de la incidencia de la Covid-19 en Barcelona: un estudio ecológico preliminar usando datos públicos», *Rev Esp Salud Publica*, 2020, núm. 94.

¹⁹ Julieta Politi et al., «COVID-19 Surveillance Working Group of Barcelona. Epidemiological characteristics and outcomes of COVID-19 cases: mortality inequalities by socio-economic status, Barcelona Spain», 24 February to 4 May 2020, *Euro Surveill*, núm.26, 2021, pp. 2001138.

²⁰ Ayuntamiento de Madrid, *Informe del Estudio sobre el impacto de la situación de confinamiento en la población de la ciudad de Madrid, tras la declaración del estado de alarma por la pandemia COVID-19. Impacto económico y laboral sobre los hogares*, Madrid, mayo de 2020, disponible en: <https://diario.madrid.es/wp-content/uploads/2020/05/Informe-Encuesta-Impacto-Confinamiento-Ciudad-de-Madrid.pdf>

²¹ José M. Ordovás et al., Grupo de Trabajo Interdisciplinar (GTM), *Informe del GTM sobre desigualdades y Covid-19*, Ministerio de Ciencia e Innovación, Madrid, 2021.

pecialmente doloroso durante el confinamiento inicial, y determinante como barrera para cumplir las normas de aislamiento en caso de enfermedad y de cuarentena para los contactos estrechos. Tanto el miedo a la pérdida del empleo en trabajos precarios, como las barreras habitacionales para el cumplimiento eficaz del aislamiento estuvieron en la raíz del *presentismo* (ir a trabajar aunque se estuviera enfermo).

Nuestra infancia sufrió de nuevo estos determinantes sociales de la desigualdad. Durante el encierro inicial de marzo y abril 2020, problemas para la salud como la falta de luz natural, presencia de humedad, exposición al humo de tabaco en el hogar, falta de actividad física, exposición prolongada a las pantallas o consumo insuficiente de fruta se dieron más del doble en las familias desfavorecidas que en las favorecidas,²² aumentando la brecha social de la salud física y mental en la infancia.

A la peor salud de la infancia más vulnerable durante el encierro se añadió el retraso educativo y el aislamiento psicosocial.²³ Por ello, la posterior reapertura de las escuelas tuvo efectos positivos en la salud mental y física de la infancia, especialmente de la más desfavorecida.²⁴ Lo mismo ocurrió con el cierre o reapertura de los espacios públicos, como parques infantiles, jardines, plazas o espacios deportivos, que afectaban especialmente a la salud física y mental de los grupos sociales con mayores deficiencias de calidad del espacio habitacional privado.

La desigualdad por género también se manifestó asociada a las medidas de teletrabajo, teleeducación y conciliación familiar. El hogar fue para muchas mujeres el limitado espacio en que tuvo que simultanearse el teletrabajo con la carga del trabajo doméstico, sin el alivio de los habituales límites espacio-temporales entre los ámbitos laboral y doméstico; a lo que se añadió la atención a la infancia desescolarizada y el cuidado de enfermos o mayores vulnerables a los que se quería alejar del riesgo cierto de muerte en las residencias de ancianos o de personas discapacitadas. Un indicador: entre marzo de 2020 y abril de 2022 fueron mujeres quienes asumieron el 77% de las reducciones de jornada para cuidar en pandemia. Por último, la reclusión en el hogar les hizo más vulnerables ante la violencia machista.

²² Yolanda González-Rábago et al., «Social inequalities in health determinants in Spanish children during the COVID-19 lockdown», *Int J Environ Res Public Health*, núm.18, 2021, pp.4087.

²³ Xavier Bonal y Sheila González, «Educación formal e informal en confinamiento: una creciente desigualdad de oportunidades de aprendizaje», *Revista de Sociología de La Educación-RASE*, núm. 14, 2021, pp. 44–62.

²⁴ Ora Paltiel et al., «Academic activism on behalf of children during the COVID-19 pandemic in Israel; beyond public health advocacy», *Isr J Health Policy Res*. núm.10, 2021, pp. 48.

Aunque, como hemos dicho, la desigualdad en salud no es solo una cuestión de pobreza, sino que abarcan todo el gradiente social, es evidente que los colectivos en permanente riesgo de exclusión social han sufrido en mayor medida el impacto de la COVID-19 y los efectos secundarios de las medidas de protección. Así se confirma en una reciente encuesta sobre el efecto de la pandemia en los hogares gitanos,²⁵ que detectó un impacto que iba más allá de la salud y afectaba a todas las dimensiones de la inclusión social.

Y luego vino la ola de calor

Como dijimos antes, los determinantes sociales se entrelazan con los determinantes ambientales de la salud. El cambio climático y el deterioro ecológico están íntimamente relacionados con la emergencia y reemergencia de muchas enfermedades infecciosas. Aunque desconocemos todavía el origen exacto de la pandemia de COVID-19, hay muchos datos que nos hacen sospechar que la urbanización depredadora de espacios naturales y la industria agroalimentaria intensiva han invadido nichos de animales salvajes y han roto equilibrios microbiológicos, favoreciendo el contacto humano con virus y bacterias ante las que no tenemos protección inmunitaria.

Detrás de muchas catástrofes que aparecen como “naturales” está la intervención humana, es decir, hay una determinación social y ambiental. Sin embargo, estas catástrofes aparecen en una sucesión de noticias desligadas que abren nuestros telediarios, aparentemente solo conectadas por el azar o una maldición divina. Ello nos impide salir de nuestra pasividad de espectadores asustados y encontrar las medidas colectivas eficaces para prevenirlas. Así nos ha ocurrido con esta inacabable secuencia entre pandemia, nevada Filomena, inundaciones, erupciones volcánicas, intensas olas de calor, incendios, sequías o guerras por la dominancia geoestratégica de recursos energéticos que hemos sufrido en solo dos años y que en vez de cesar, van a más. Estamos preocupados porque aunque sabíamos que estaban ahí; ahora las estamos sufriendo también en el mundo de-

Hemos acumulado muchas evidencias que las olas de calor las sufren en mayor medida los países menos desarrollados y las clases sociales más desfavorecidas

²⁵ Javier Arza Porras et al., «COVID-19 Crisis: Impact on households of the Roma community», *International Journal of Roma Studies*, 2(2), 2020, pp. 28-51.

sarrollado y está minando nuestra salud y esperanza de vida. Así nos pasó con el Ébola, el Zika, el virus del Nilo y más recientemente con la viruela del mono, entre otras: enfermedades endémicas en ciertas regiones de África o las Américas, que no existían para los europeos y no fueron emergencias sanitarias internacionales hasta que no se identificaron casos o brotes en nuestro entorno.

De nuevo, estos determinantes ambientales también tienen un impacto diferencial según niveles socioeconómicos. Por ejemplo, ya hemos acumulado muchas evidencias que las olas de calor las sufren en mayor medida, no solo los países menos desarrollados, sino las clases sociales más desfavorecidas. Un reciente estudio del efecto de las olas de calor entre distritos de Madrid²⁶ demostró que el nivel de renta medio era la variable principal que explicaba una mayor mortalidad diaria atribuible a la ola de calor (principalmente, por agravamiento de enfermedades cardiovasculares y respiratorias) en tres distritos de la capital, siendo la proporción de población mayor de 65 años y el aire acondicionado en los hogares otras variables moduladoras.

Qué hacer más allá de medir y preocuparse

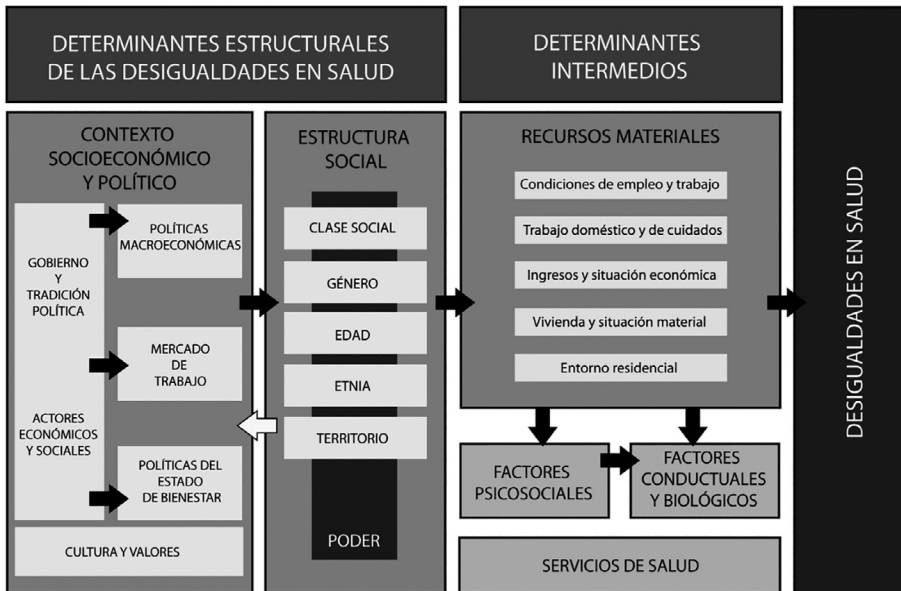
El reto no es seguir demostrando con nuevos estudios esta relación entre desigualdades sociales y desigualdades en salud, sino el articular medidas que cierren esta brecha. La realidad es que el mundo profesional y académico de la salud pública está anclado en la frustración de cargar cuesta arriba, una y otra vez, con la piedra de Sísifo, es decir, seguir repitiendo y actualizando constantemente los estudios, que son presentados periódicamente en el cerrado círculo de las revistas científicas y foros profesionales. Los colegas clínicos sufren la misma impotencia al atender cotidianamente esta carga de enfermedad potencialmente evitable. Pero, ¿qué hacer más allá de medir y preocuparse?

Como opinaban Frank y Virchow, el reto es echar para adelante medidas sociales y políticas que aborden en la raíz estos determinantes sociales. Y en este campo también hay suficientes evidencias de la eficacia de ciertas estrategias e intervenciones. Bajo mi experiencia, la mejor receta es la tradicional fórmula “bípeda” de la lucha contra la injusticia social: «un pie en los despachos y otro en la calle». En

²⁶ José Antonio López-Bueno et al., «The impact of heat waves on daily mortality in districts in Madrid: The effect of sociodemographic factors», *Environmental Research*, Vol. 190, 2020.

nuestro caso, eso se traduce en dos direcciones. Por una parte, *hacer de Pepito Grillo* de las políticas públicas (ser *lobistas* a favor de la salud colectiva), es decir, aumentar la influencia de la salud pública en las decisiones políticas (políticas sociales, fiscales, educativas, ambientales, urbanísticas, alimentarias, de consumo, etc.). La salud comunitaria es el otro instrumento: trabajar en el vecindario, identificando los activos y amenazas para la salud –y para la equidad en salud– en la vida cotidiana de los barrios y los pueblos. Además de tejer y fortalecer redes comunitarias, apoyando las capacidades de sus habitantes para incrementar su nivel de salud, tanto con acciones propias, como con reivindicaciones a los poderes públicos. Ni más ni menos ¡Manos a la obra!

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud



Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, *Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*, Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid, 2010.

Javier Segura del Pozo es médico salubrista y presidente de la Asociación Madrileña de Salud Pública (AMaSaP).

