

## Determinantes sociales de la salud

### Social determinants of health

Pedro Gullón

Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud, Ministerio de Sanidad, Madrid, España

#### Diferentes y desiguales

Si preguntamos a las personas que leen este editorial sobre cómo es su estado de salud, cada una responderá de una manera diferente. Y es que no todas las personas tenemos el mismo estado de salud. Seguramente, la primera razón que se nos viene a la cabeza es que ni siquiera todas las personas consideran lo mismo qué significa estar sano. Dejando a un lado ese debate sobre la consideración del estado de salud, es evidentemente que nuestra edad, el lugar en el que nos encontramos, nuestros antecedentes familiares, nuestro trabajo, etc., hacen que no tengamos todos la misma salud.

Que no todas las personas tengan la misma salud se puede leer desde diferentes perspectivas. Que una persona de 80 años tenga menos probabilidades de vivir 20 años más que un adolescente lo consideramos natural. Pero también ocurre que una persona que vive en un barrio de bajos recursos tiene el triple de probabilidad de sufrir diabetes que si viviera en un barrio de altos recursos, o que una persona nacida en Palestina tenga altas probabilidades de morir por bombardeos o inanición.

Desde la salud pública es preciso distinguir entre diferencias en salud, que son desviaciones del estado de salud entre grupos que no pueden evitarse, y desigualdades en salud, que son sistémicas, injustas y evitables. Según Johan P. Mackenbach<sup>1</sup>, esto quiere decir:

- Por sistémicas entendemos que son producidas por las estructuras sociales. Por ejemplo, que las personas mayores tengan más probabilidad de morir que las jóvenes es un proceso biológico relacionado con la edad; sin embargo, que las personas

mayores tengan problemas de salud mental relacionados con la soledad no deseada se debe a estructuras sociales que empujan hacia dicha soledad (cambios en modelos familiares, horarios de trabajo de los familiares, etc.).

- Por injustas entendemos que bajo el marco de justicia social que utilicemos las desigualdades no son aceptables. Por tanto, al considerar (o no) como injustas diferencias en salud no podemos evitar ni la teoría ni la ideología.
- Por evitables entendemos que las desigualdades no son entes inmutables. Las desigualdades en salud cambian, y tanto los procesos sociales como las políticas pueden hacer que esas desigualdades aumenten o disminuyan a lo largo del tiempo.

Por aclaración terminológica entre textos, en inglés existen diferencias entre el concepto desigualdad en salud (*inequalities in health*) y el de inequidad en salud (*inequities in health*). En español también existen esas distinciones conceptuales muy marcadas, especialmente en América Latina. Sin embargo, con la intención de simplificar, aquí hablaremos de desigualdad en salud para definir esas diferencias que son sistémicas, injustas y evitables. Estos matices pueden ser importantes, y el concepto inequidad suele hacer más énfasis en la injusticia y la diferencia de poder que generan estas inequidades en salud<sup>2</sup>.

#### Determinantes de salud

Una de las características que Mackenbach menciona como esencial de las desigualdades en salud es

#### Correspondencia:

Pedro Gullón

E-mail: [pgullon@sanidad.gob.es](mailto:pgullon@sanidad.gob.es)

1577-8843 / © 2025. Kranion. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 05-08-2025

Fecha de aceptación: 26-08-2025

DOI: 10.24875/KRANION.M25000118

Disponible en internet: 20-11-2025

Kranion. 2025;20(4):149-150

[www.kranion.es](http://www.kranion.es)

que sean evitables; es decir, que no son naturales y podemos modificar su aparición e intensidad. Por tanto, gran parte de la literatura científica ha pasado de la medición de las desigualdades al estudio de sus causas.

El estudio de las causas de las desigualdades en salud ha tenido diferentes desarrollos teóricos basados en los datos que se iban encontrando. Desde los modelos del ministro canadiense Lalonde en los años 70 del siglo pasado, donde se veía que la inversión en salud era inversa a las verdaderas causas de (mala) salud, hasta los actuales determinantes sociales de la salud, se ha recorrido un camino científico y de acción para la mejora de la salud poblacional con perspectiva de equidad.

El marco de los determinantes sociales de la salud representa ahora mismo el *mainstream* dentro de las explicaciones de las desigualdades sociales en salud. Se trata de un marco que combina una perspectiva multinivel. Se ha representado de diferentes maneras<sup>3</sup>, algunas de ellas muy citadas, como el modelo de capas de cebolla de Dahlgren y Whitehead<sup>2</sup>.

Gracias al informe *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*<sup>4</sup>, de la Organización Mundial de la Salud, este marco realiza un salto hacia la investigación y las políticas de salud. Con base en este informe también se han hecho adaptaciones a diferentes contextos, incluido el español. En resumen, este marco dice que:

- El contexto socioeconómico y político genera unos mecanismos de poder de unos grupos poblacionales sobre otros. Por ejemplo, el capitalismo como modelo económico divide la actividad productiva en clases sociales donde unas clases altas ejercen poder sobre otras.
- Esta estratificación en grupos sociales (por género, clase, etnia, edad o territorio) provoca que no estemos igualmente expuestos a los factores que pueden generar salud y enfermedad (determinantes intermedios).
- Entendemos por determinantes intermedios las condiciones en las que vivimos. Esto incluye diversos aspectos como nuestros recursos económicos (calidad del empleo, horarios, ingresos), el entorno en que vivimos (elementos de nuestros barrios, contaminación, nuestra red de apoyos, etc.) y las características del sistema sanitario.
- Debido a esta estratificación social, estamos expuestos de forma diferente a estos determinantes intermedios, y esto es lo que termina llevando a que unos grupos sociales tengan más enfermedades que otros. Por ejemplo, las políticas urbanísticas determinan una segregación residencial que hace que unos grupos estén más expuestos a un entorno obesogénico que aumenta el riesgo de una mala alimentación, lo que

tiene consecuencias en la salud. Además, esta estratificación social también hace que seamos más o menos vulnerables a estas situaciones.

## Implicaciones para la salud pública neurológica y la equidad

La identificación y el abordaje de los determinantes sociales de la salud es una tarea central para avanzar hacia la equidad en salud, entendida como la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud entre grupos. Este número monográfico de la revista publica profundas revisiones sobre determinantes de la salud en diferentes enfermedades neurológicas y sus evidencias científicas.

Este cuerpo de evidencia tiene implicaciones directas en las políticas sanitarias y no sanitarias a lo largo del ciclo de vida de diferentes condiciones de salud neurológicas:

- Prevención primaria basada en el ciclo de vida: garantizar entornos saludables desde la infancia, promover la educación de calidad y prevenir factores de riesgo cardiovascular.
- Enfoque de salud en todas las políticas: si los determinantes sociales de la salud son causas sociales, económicas, políticas o urbanísticas, las políticas que lo solucionen están en estos, pero también en otros sectores.
- Acceso equitativo al diagnóstico y el tratamiento: eliminar barreras económicas, geográficas y culturales en la atención neurológica.
- Rehabilitación y apoyo social: asegurar servicios de rehabilitación accesibles y redes comunitarias de apoyo a largo plazo.
- Vigilancia en salud pública con enfoque de equidad: recoger datos desagregados por nivel socioeconómico, género, territorio y etnia para identificar desigualdades y poderlas corregir.

La evidencia demuestra que las políticas intersectoriales (que integran salud, educación, vivienda, trabajo, transporte y medio ambiente) son más eficaces que las intervenciones exclusivamente sanitarias para reducir la carga de enfermedad y las desigualdades asociadas.

## Referencias

1. Mackenbach JP. Health inequalities. Oxford University Press; 2019.
2. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1 [Internet]. World Health Organization Europe; 2006. Disponible en: [https://www.who.int/europe/publications/cop/docs/concepts\\_and\\_principles.pdf](https://www.who.int/europe/publications/cop/docs/concepts_and_principles.pdf)
3. Krieger N. Epidemiology and the people's health. Oxford University Press; 2011.
4. World Health Organization. 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. World Health Organization; 2008.