

DOCUMENTO TÉCNICO DEL GRUPO DE TRABAJO DE VIGILANCIA DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

COORDINACIÓN: SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CALIDAD, DIRECCIÓN
GENERAL DE SALUD PÚBLICA, MINISTERIO DE SANIDAD

Junio 2021

ÍNDICE

1. Prefacio	6
2. Introducción	7
2.1. Definiciones y justificación.....	7
2.2. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud como prioridad nacional e internacional.....	10
Hitos internacionales	10
Hitos nacionales	11
2.3. Equidad y pandemia de COVID-19.....	12
2.4. Marcos conceptuales de los determinantes sociales de la salud	13
3. Propuesta de vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud.....	17
3.1. Aspectos generales sobre la vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud	17
Aspectos clave sobre vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud	17
Argumentario sobre la necesidad de un comité intersectorial	23
3.2. Propuesta de ejes de desigualdad para desagregar la información de vigilancia en salud pública.....	25
3.3. Propuesta de marco de vigilancia de determinantes sociales de la salud	28
3.4. Propuesta de selección de indicadores de vigilancia de equidad en salud y de los determinantes sociales de la salud	29
4. Conclusiones	31
5. Bibliografía general	32

6. Anexos.....	36
Anexo 1. Bibliografía consultada para la selección de indicadores	36
Anexo 2. Ficha de indicador del sistema de vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud	38
Anexo 3. Tabla del total de indicadores identificados.....	39
Anexo 4. Tabla de indicadores preseleccionados	43

COORDINACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE VIGILANCIA DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad:

- Pilar Campos Esteban
- Alicia Estirado Gómez*
- Ana Gil Luciano
- Soledad Justo Gil
- Maria Terol Claramonte
- Elena Ruiz Peralta**
- Jara Cubillo Llanes
- Angélica Bonilla Escobar**
- Elena Roel Herranz***
- Claudia Ruiz Huerta Garcia de Viedma***
- Carlos Fernández Escobar***
- María López Toribio***

* Vinculada a la Subdirección durante un periodo determinado del trabajo del grupo y la elaboración de este documento.

** Contratada por Tragsatec a través de encomienda del Ministerio de Sanidad.

*** Médicos Internos Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública vinculados a la Subdirección durante un periodo determinado del trabajo del grupo y la elaboración de este documento.

GRUPO DE TRABAJO DE VIGILANCIA DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

- Carme Borrell Thio (Gerente. Agencia de Salud Pública. Barcelona).
- Elena Aldasoro Unamuno (Dirección de Salud Pública y Adicciones. Departamento de Salud. Gobierno Vasco).
- Rafael Cofiño Fernández (Director General de Salud Pública. Consejería de Salud de Asturias).
- Javier Segura del Pozo (Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid).
- Sònia Chavero Bellido (Jefa de la Sección de Información y Análisis de Salud Pública de la Diputación de Barcelona).
- Luis Rajmil Rajmil (Pediatra y especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, jubilado. Miembro de la Sociedad Internacional de Pediatría Social (ISSOP).).
- Luis Andrés Gimeno Feliu (Médico de Familia y Comunitaria. Aragón. Coordinador del Grupo de Inequidades en Salud – Salud Internacional en la Sociedad Española de medicina de Familia y Comunitaria).
- Daniel La Parra Casado. Profesor titular (Universidad de Alicante, Alicante).
- Antonio Daponte Codina. (Observatorio de Salud y Medio Ambiente (OSMAN), Escuela Andaluza de Salud Pública).
- María Felicitas Domínguez Berjón (Jefa de Servicio de Informes de salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid).

- Mario Margolles Martins (Coordinador de Área Sanitaria Especial. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud de Asturias).
- Rosana Peiró Pérez (Oficina valenciana de acción comunitaria para la salud OVACS Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana).
- Inmaculada Clemente Paulino (Subdirectora General de Promoción de Salud y Prevención. Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana).
- Elena Cabeza Irigoyen (Jefa de Servicio de Promoción de la Salud y Participación. D. Gral. Salud Pública y Participación, Islas Baleares).
- Pilar Peces Jiménez (Jefa de Sección. Servicio de Epidemiología. D. Gral. Salud Pública, Castilla La Mancha).
- Gonzalo Gutiérrez Ávila (Jefe de Servicio de Epidemiología. D. Gral. de Salud Pública, Castilla La Mancha).
- Pedro Ángel Redondo Cardeña (Jefe de Servicio de Promoción de la Salud y Salud Laboral. D. Gral. Salud Pública, Castilla y León).
- Emma Fernández Nogueira (Consejería de Sanidad, Xunta de Galicia).
- Luis Palomo Cobos (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Junta de Extremadura).
- Lluís Cirera Suarez (Jefe de Sección. Servicio de Epidemiología. Unidad de Codificación y Estadística de Mortalidad, Murcia).
- M^a Dolores Prieto Salceda (Técnica del Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Fundación Marqués de Valdecilla. Cantabria).
- Pilar Sáenz Ortiz (Jefa de Área de Planificación. Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad. Consejería de Salud de La Rioja).
- Virtudes Gallardo García (Consejería de Salud, Junta de Andalucía).
- Begoña López Hernández (Consejería de Salud, Junta de Andalucía).
- Angelina González Viana (Subdirección General de Promoción de la Salud. Secretaria de Salud Pública. Departamento de Salud de Cataluña).
- Beatriz Nuin González (Responsable Unidad de Promoción de la Salud. D. Gral. de Salud Pública y Adicciones del País Vasco).
- María José Sierra Motos (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Ministerio de Sanidad)
- Pedro Arias Bohigas (Subdirección General de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad)*
- Alicia Estirado Gómez (Subdirección General de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad)

*Vinculado a la Subdirección General de Información Sanitaria durante un periodo determinado del trabajo del grupo y la elaboración de este documento.

1. PREFACIO

Con el objeto de establecer el marco de desarrollo de la vigilancia de equidad y de determinantes sociales de la salud (DSS) en España, para apoyar el desarrollo legislativo de la vigilancia en salud pública, en 2019 se creó el Grupo de Trabajo de Vigilancia de Equidad y Determinantes Sociales de la Salud, coordinado por la, por entonces, Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (actualmente, la Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad del Ministerio de Sanidad).

Este documento técnico incluye las recomendaciones y reflexiones del grupo de trabajo para el desarrollo de un sistema de vigilancia de los determinantes sociales de la salud y la equidad en el marco de la vigilancia en salud pública.

En el apartado de introducción se presenta una revisión de la importancia de los DSS y la justificación de un sistema de vigilancia de equidad, así como una introducción sobre intersectorialidad en salud y la necesaria transversalidad con el resto de sistemas de vigilancia.

En los siguientes apartados del documento, se plantean las siguientes propuestas:

- Un marco de vigilancia de los DSS adaptado a partir de los marcos conceptuales vigentes de DSS, dirigido a definir unos bloques temáticos que faciliten la propuesta de indicadores de vigilancia, con capacidad flexible de adaptación a distintos contextos.
- Aspectos generales y recomendaciones a considerar en la vigilancia, destacando la justificación de la necesidad de crear un Comité Intersectorial para trabajar Salud en Todas las Políticas, que incluya el enfoque de la vigilancia orientada a la acción.
- Una propuesta de ejes de desigualdad para la desagregación transversal de la información en todos los sistemas.
- Una selección de indicadores de DSS basados en la revisión de las experiencias existentes, la literatura y en la información de las personas expertas del grupo de trabajo.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. DEFINICIONES Y JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los **determinantes sociales de la salud** (DSS) como *las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas*¹. Ejemplos de DSS incluyen las políticas del estado de bienestar, las condiciones de empleo y trabajo, los ingresos y situación económica, el entorno residencial, los servicios de salud y características sociales como la clase, el género, la edad, la etnia o el territorio.

La desigual distribución de los DSS en la población da como resultado la aparición de **desigualdades sociales en salud**, que son las diferencias en salud **injustas, sistemáticas y evitables** entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente².

Existen múltiples ejemplos de desigualdades a distintos niveles. Por ejemplo, en España existe un marcado gradiente social en la percepción del estado de salud: solo el 63% de las mujeres de clase social más desfavorecida considera su salud como “buena” o “muy buena”, frente al 86% de los hombres de clase social más aventajada (figura 1). Asimismo, la esperanza de vida al nacer es superior en las Comunidades Autónomas con mayor PIB per cápita, con una diferencia de más de 4 años entre la Comunidad de Madrid y la Ciudad Autónoma de Melilla (figura 2). Las conductas relacionadas con la salud también se distribuyen desigualmente según la clase social ocupacional, tanto en la población adulta como en la infancia (figuras 3 y 4). Diversos estudios e informes nacionales e internacionales han demostrado desigualdades sociales en muchos otros resultados de salud, como la mortalidad infantil, la esperanza de vida en buena salud, el estrés psicosocial, la salud mental percibida, las enfermedades pulmonares y cardiovasculares, la incidencia de tuberculosis, la obesidad, el tabaquismo, el consumo de alcohol, las limitaciones funcionales en la vida diaria, etc.³

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Determinantes Sociales de la Salud. https://www.who.int/social_determinants/es/

² Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Conceptos clave. https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/

³ Véase, por ejemplo: WHO Regional Office for Europe. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report (2019) <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>

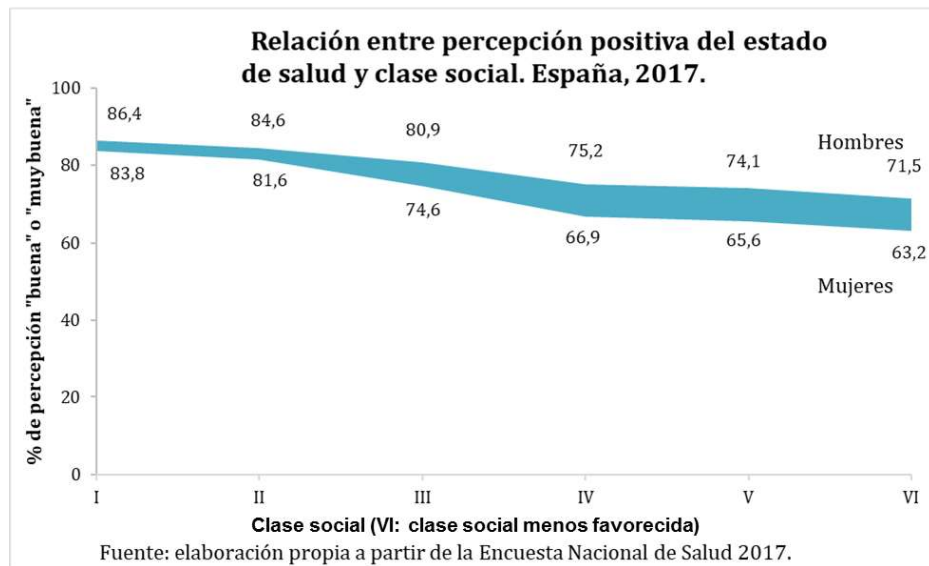


Figura 1: Relación entre percepción positiva del estado de salud y la clase social ocupacional en España, 2017.

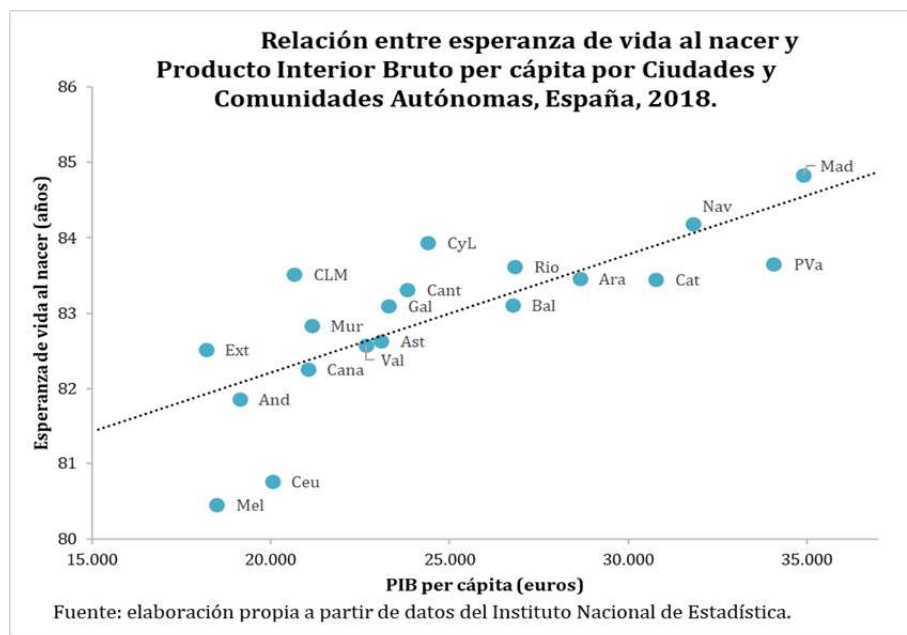


Figura 2: Relación entre esperanza de vida al nacer y Producto Interior Bruto (PIB) per cápita por Ciudades y Comunidades Autónomas, España, 2018.

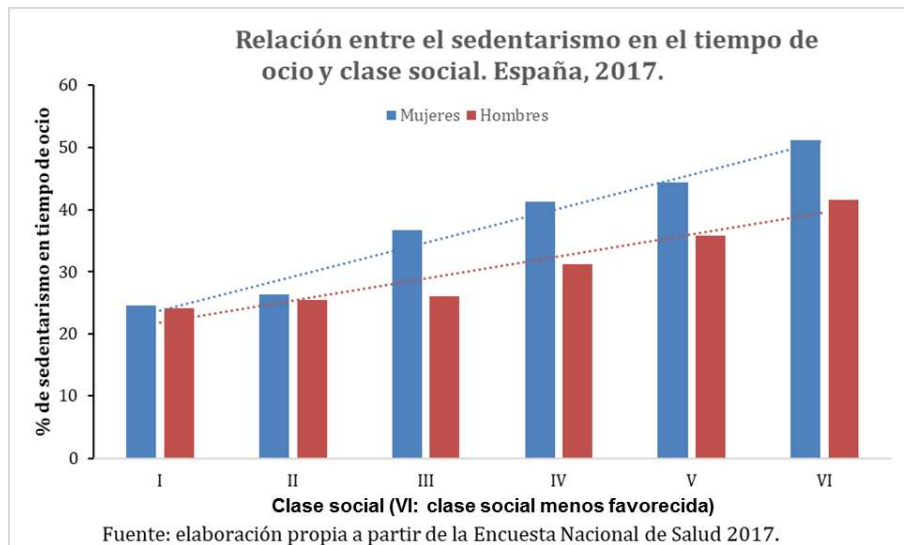


Figura 3: Relación entre el sedentarismo en el tiempo de ocio y clase social, por sexo, España, 2017.

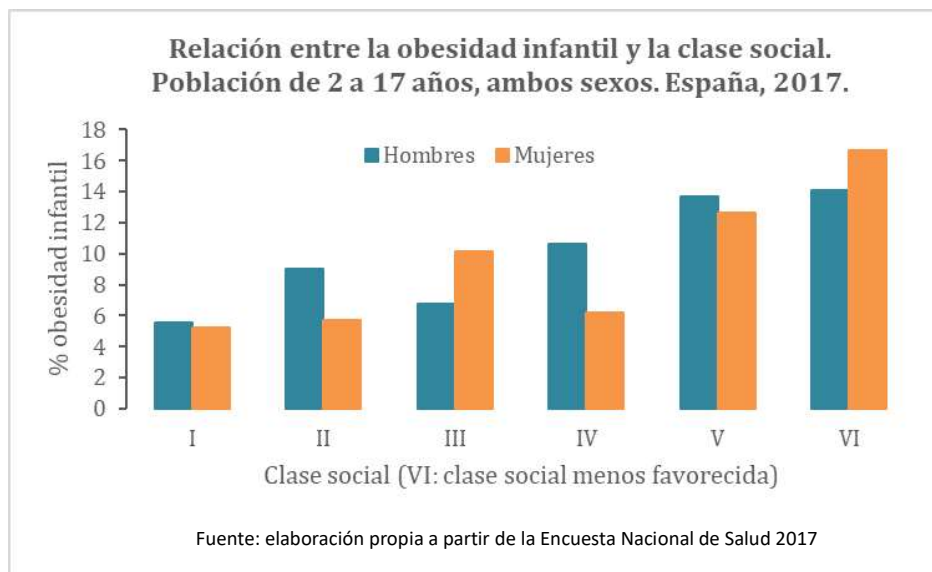


Figura 4: relación entre la obesidad infantil (2-17 años) y la clase social, ambos sexos, en España, 2017.

A su vez, los resultados en salud influyen en los DSS (estigma, etc.), generándose un círculo vicioso retroalimentado entre enfermedad y desigualdades.

Frente a las desigualdades sociales en salud, la **equidad en salud** representa que todas las personas tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial en salud. Mejorar la equidad en salud implica que los recursos sean asignados según las necesidades de las personas y grupos, para que nadie quede en desventaja. Las políticas públicas destinadas a conseguir la equidad en salud deben, idealmente,

actuar sobre todo el gradiente social y dedicar más recursos a los grupos con mayores necesidades, lo que se denomina “universalismo proporcional”⁴.

Mejorar la equidad en salud compete a todos los sectores públicos, no solo al sanitario, porque implica redistribuir el poder, el dinero y los recursos de forma más equitativa entre grupos sociales. Trabajar por la equidad en salud supone asegurar las mejores condiciones para el desarrollo humano durante todo el curso vital, mejorar las condiciones de vida y trabajo, asegurar un buen entorno de vida y medioambiental, facilitar la adopción de comportamientos relacionados con la salud y reorientar los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud y la prevención. Para todo ello es necesaria la acción coordinada e intersectorial a nivel local, autonómico y estatal, así como la participación efectiva de los individuos y las comunidades en la formulación y toma de decisiones políticas^{5,6} incluyendo otras políticas distintas del ámbito sanitario, pero con efectos sobre la salud.

Las políticas y decisiones deben estar basadas en la mejor información disponible, con datos confiables, actualizados y relevantes para los ámbitos de decisión, que deben partir de un sistema de monitorización homogéneo y protocolizado.

2.2. LA VIGILANCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA EQUIDAD EN SALUD COMO PRIORIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL

HITOS INTERNACIONALES

Desde la publicación en 1974 en Canadá del conocido como “**Informe Lalonde**”⁷, diversas organizaciones sanitarias han llamado la atención sobre la influencia de los factores sociales y ambientales en la salud humana, más allá del sistema sanitario y los condicionantes biológicos clásicos. Los DSS se situaron en la agenda internacional en 2005, con la creación de la **Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS**⁸, desarrollada para estudiar el origen de las desigualdades sociales en salud y plantear recomendaciones para su abordaje, que plasmaron en su **informe de 2008 “Subsanar las desigualdades en una generación”**⁹. Uno de los tres ejes de acción propuestos en el informe es medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. Un año después, la **62ª Asamblea**

⁴ Fair Societies, Healthy Lives. The Marmot Review. 2010.

⁵ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España (2010) https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf

⁶ Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Vega J, Solar O, Irwin A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud.

⁷ Lalonde M. (Informe Lalonde). A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document (1974): <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

⁸ OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - ¿Qué es, por qué, y cómo? https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/

⁹ OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación (2009). https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

Mundial de la Salud¹⁰ exhortó a todos los países a luchar contra las desigualdades en salud y a desarrollar instrumentos de medición para cuantificar el impacto de las políticas de protección social.

En 2011 se celebró la **Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud** en Río de Janeiro, donde se ratificó la prioridad internacional de intervenir de manera efectiva en la equidad en salud. La **Declaración política**¹¹ que siguió a dicha cumbre plasmó el compromiso de *establecer, fortalecer y mantener sistemas de vigilancia destinados a facilitar datos desglosados para evaluar las desigualdades tanto en materia de resultados sanitarios como en lo referente a la asignación y utilización de recursos.*

En 2014, la Oficina Regional Europea de la OMS realizó un informe sobre las desigualdades en salud como parte de la estrategia europea Salud 2020, y recomendó asimismo incluir estrategias de monitorización de los determinantes sociales de la salud a través de todo el curso vital y de la distribución social y geográfica de los resultados en salud¹².

El último informe europeo **“Healthy, prosperous lives for all”** (2019)¹³ hace hincapié en la contribución relativa de los DSS a las desigualdades en salud, y explicita que *la recolección de datos nacionales desagregados es fundamental para la rendición de cuentas para la equidad en salud [...], para permitir una mejor evaluación de los impactos y beneficios de las políticas e intervenciones y para reducir las desigualdades en salud.*

En 2019 se inició a su vez la Acción Conjunta de Equidad en Salud Europa (JAHEE)¹⁴, en la que uno de los paquetes de trabajo gira en torno a la vigilancia de equidad y determinantes sociales, y finaliza en el último trimestre de 2021. Este trabajo enriquecerá también la definición final del sistema de vigilancia de equidad y DSS en España.

HITOS NACIONALES

Los mandatos internacionales tuvieron eco en nuestro país en 2008, con la creación de la **Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España**, que en 2010 presentó un documento con recomendaciones políticas priorizadas. Una de las principales fue *establecer una red estatal de vigilancia de la equidad con información sobre indicadores de determinantes sociales, y de desigualdad en salud y en la atención sanitaria, y difundirlos periódicamente a sectores gubernamentales y de la sociedad civil*¹⁵. Ese mismo año, y con motivo de la Presidencia Española de la Unión Europea, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad impulsó el trabajo en equidad en

¹⁰ OMS. 62.ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y anexos (2009) http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf

¹¹ OMS. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud (2011). https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

¹² WHO-Europe. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region final report (2013): http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf

¹³ WHO Regional Office for Europe. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report (2019) <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>

¹⁴ Joint Action Health Equity Europe (JAHEE): <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/JAHEE.htm>

¹⁵ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 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 (2010). https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

salud bajo el lema “Monitorización de los Determinantes Sociales de la Salud y Reducción de las Desigualdades en Salud”¹⁶. A partir de las recomendaciones del informe de la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, en 2010 se priorizaron 9 medidas, que se enmarcan en cuatro líneas estratégicas y que constituyen el planteamiento de la **Estrategia Nacional de Equidad en Salud**, la primera línea de las cuales es *Desarrollar sistemas de información sobre equidad en salud que permitan guiar las políticas públicas*¹⁷.

A su vez, en la **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**¹⁸, se incluye en su artículo 12.1. que *la vigilancia de la salud pública tomará en cuenta, al menos [...] las condiciones sociales y las desigualdades que incidan en la salud con mediciones en el nivel individual y en el poblacional*.

En 2020, la Comisión Europea concedió al Ministerio de Sanidad un proyecto de asistencia técnica en el marco del Servicio de Apoyo de Reformas Estructurales de la Comisión Europea. En este proyecto se incluye, entre otros objetivos, la identificación de herramientas de visualización de vigilancia de equidad y DSS. Se han incorporado a lo largo de este documento las conclusiones y los aprendizajes recogidos en esta identificación de herramientas y en el taller realizado para su análisis. Este proyecto se considera de gran valor para el avance de esta línea de trabajo en España. Durante 2021 se publicará el informe técnico de la identificación de herramientas de visualización de vigilancia de equidad y DSS.

Existe, por tanto, un mandato tanto internacional como nacional, tanto estratégico como normativo, para llevar a cabo de forma efectiva la vigilancia de los DSS y de la equidad en salud en todo el territorio nacional.

2.3. EQUIDAD Y PANDEMIA DE COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha evidenciado aún más la magnitud y la trascendencia de las desigualdades sociales en salud. La COVID-19 afecta a la población de manera desigual. Las tasas de morbilidad y mortalidad por COVID-19 son más del doble en las poblaciones desfavorecidas frente a las poblaciones aventajadas, y los datos muestran un marcado gradiente socioeconómico^{19,20,21}. Estas desigualdades están determinadas por las condiciones en las que las personas "nacen, crecen, viven, trabajan y

¹⁶ Presidencia Española de la Unión Europea 2010. Hacia la equidad en salud.

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/presidenciaUE.htm

Ministerio de Sanidad y Política Social. Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud (2010)

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf

¹⁷ Ministerio de Sanidad. Estrategia Nacional de Equidad en Salud.

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EstrategiaNacEquidadSalud.htm>

¹⁸ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33/con>

¹⁹ Mari-Dell’Ollmo M, Gotsens M, Pasarín MI, et al. Socioeconomic Inequalities in COVID-19 in a European Urban Area: Two Waves, Two Patterns. *Int J Environ Res Public Health* 2021, 18(3): 1252. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18031256>

²⁰ Deguen S, Kihal-Talantikite W. Geographical Pattern of COVID-19-Related Outcomes over the Pandemic Period in France: A Nationwide Socio-Environmental Study. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041824>

²¹ Sun Y, Hu X, Xie J. Spatial inequalities of COVID-19 mortality rate in relation to socioeconomic and environmental factors across England

envejecen²², afectando desproporcionadamente a las poblaciones en situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión²³ que además sufren con mayor frecuencia diversas enfermedades crónicas que implican una mayor vulnerabilidad a un curso grave de la infección. Además, las condiciones precarias de empleo, han contribuido a las dificultades para la realización de cuarentenas y/o aislamientos.

El abordaje de las desigualdades implica abordar causas estructurales e implementar acciones y políticas tanto en el sector salud como más allá del mismo. Por tanto, el objetivo ha de ser lograr políticas viables tanto para promover la equidad en salud como para mejorar la respuesta a las situaciones de crisis sanitarias, como en este caso la pandemia por COVID-19. A su vez, las políticas públicas deben facilitar a las personas cumplir las medidas para el control de la pandemia resolviendo dificultades que el sistema detecte, por ejemplo, proporcionar alternativas habitacionales para la realización de aislamiento y cuarentena, o facilitar el acceso a la información y a la atención sanitaria a colectivos con limitaciones y barreras para acceder a ello.

La medición, seguimiento y evaluación periódica de indicadores dirigidos a la acción intersectorial, es un aspecto crítico para avanzar hacia la equidad en salud y en sus determinantes, que aumenta las capacidades para desarrollar y orientar las políticas públicas hacia lograr mayor equidad y que sea sostenible en el tiempo.

Durante la pandemia se está evidenciando la interconexión entre salud y DSS, y la importancia de una vigilancia con criterios de equidad para adaptar las medidas a las necesidades de distintos grupos y situaciones de vulnerabilidad.

2.4. MARCOS CONCEPTUALES DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Existen diversos modelos conceptuales que nos ayudan a entender la interrelación entre los DSS y las desigualdades sociales en salud. Estos modelos presentan un planteamiento común, que es el establecimiento de una jerarquía entre los determinantes sociales de la salud.

Uno de los modelos más utilizados es el **modelo de Dalgren y Whitehead** de 1991, que situó las redes sociales y comunitarias y las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales en la génesis de la salud de los individuos, en un marco conceptual ecológico donde los determinantes individuales se integran con los colectivos (figura 5)²⁴.

²² Organización Mundial de la Salud (OMS). Determinantes Sociales de la Salud. https://www.who.int/social_determinants/es/

²³ Ministerio de Sanidad. Equidad en Salud y Covid-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. Disponible en:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf

²⁴ Dalgren G, Whitehead M. Stockholm Institute for Further Studies. Policies and strategies to promote social equity in health (1991). <https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmz8uvqv2wqfshmr6cut.pdf>



Figura 5: Modelo de Dalgren y Whitehead (1991).

En 2008 se desarrolla el **marco conceptual de los DSS de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS** (figura 6)²⁵. Este marco clasificó los determinantes de las desigualdades en salud en dos tipos: estructurales e intermediarios. Los DSS estructurales son aquellos que dan forma al entorno socioeconómico y político donde las personas viven, e incluyen las políticas públicas presentes en un contexto determinado, así como intangibles como la cultura y valores predominantes. Este contexto condiciona la distribución desigual del poder y los recursos en la sociedad, según unos ejes o sistemas de categorización social que en este modelo son: clase social, género, edad, etnia y territorio. Las desigualdades en estos ejes se traducen en un reparto desigual de los determinantes intermediarios, como el diferente acceso a los recursos materiales, condiciones de empleo y vivienda, así como distinta exposición a factores psicosociales (estrés, aislamiento, exclusión...) y factores conductuales y biológicos, como el tabaquismo o el consumo de alcohol. Los sistemas sanitarios también se clasifican dentro de estos determinantes intermediarios, puesto que el acceso o calidad de los servicios prestados puede variar según la posición social de las personas.

²⁵ Solar O Irwin A. WHO Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper. (2007). https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

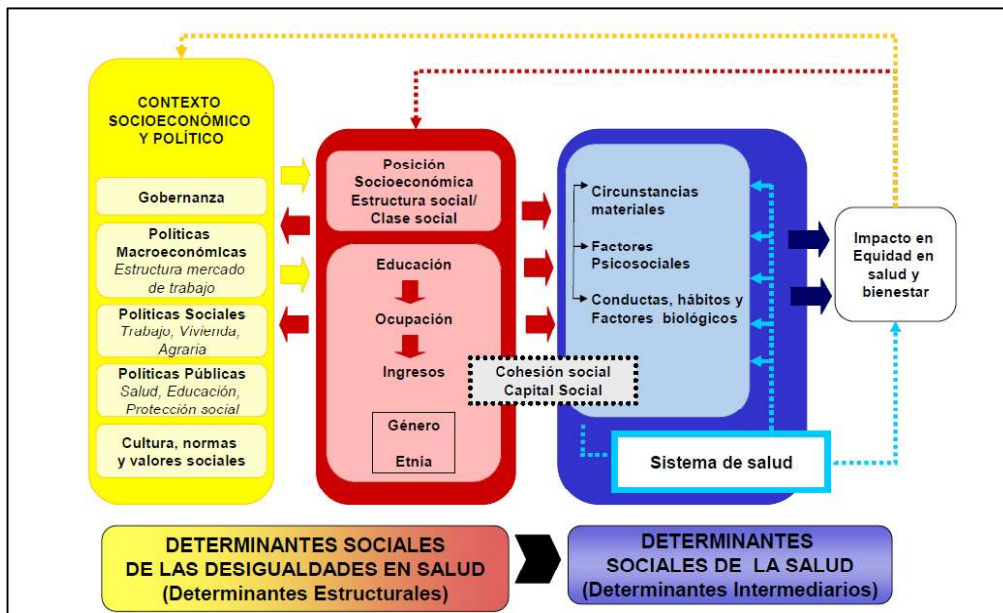


Figura 6: Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.

En 2010 este marco de OMS fue adaptado en España por la Comisión Nacional para las Desigualdades en Salud, dando más peso a aspectos relacionados con el género, el trabajo doméstico y los cuidados o el entorno residencial (figura 7).

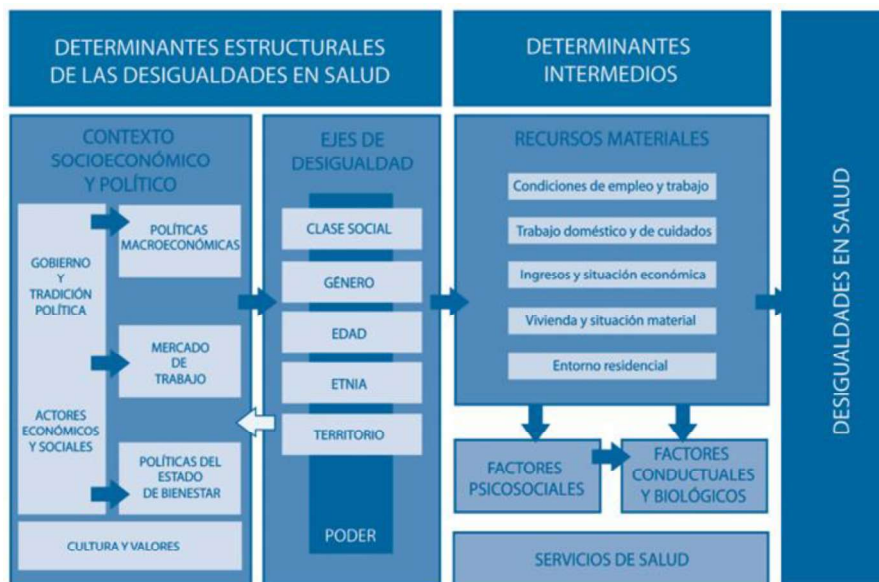


Figura 7: Modelo de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España (2010).

El **modelo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018)**²⁶ incorpora como factores estructurales, respecto a los modelos previos, aquellos relacionados con el entorno natural, la tierra y el clima, así como condicionantes históricos, como el colonialismo persistente. Además, hace más hincapié en el impacto del racismo estructural, y añade otros ejes de desigualdad tales como la sexualidad, la migración o la discapacidad, y da mayor visibilidad a las etapas críticas del ciclo vital, como los primeros años de vida y la vejez (figura 8) y al enfoque de derechos humanos.

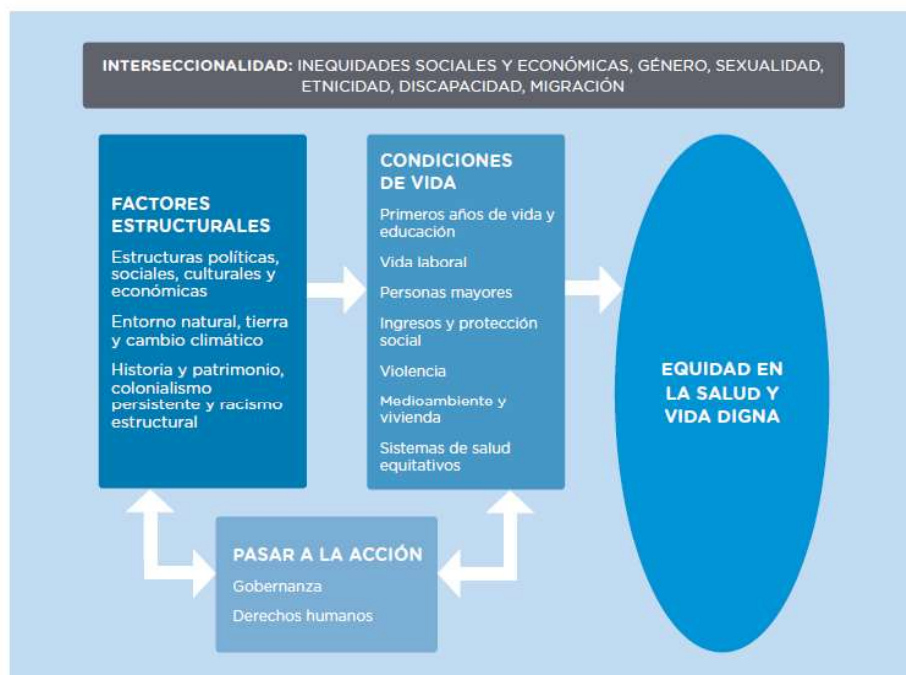


Figura 8: Modelo de la Comisión de la OPS sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas (2018).

²⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas (2018) <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49505>

3. PROPUESTA DE VIGILANCIA DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Para abordar la vigilancia de equidad y DSS, se establecen tres líneas de acción a desarrollar:

- Abordaje de la vigilancia de equidad de forma transversal a través de variables de desagregación por los ejes de desigualdad en los distintos sistemas de vigilancia.
- Abordaje de la vigilancia de los determinantes sociales mediante la monitorización de indicadores ligada a la acción intersectorial.
- Desarrollo de la gobernanza en salud en todas las políticas apoyada en el análisis global de la equidad en salud.

Para dar respuesta a estas acciones, se plantean las siguientes propuestas en cuatro apartados:

- 3.1. Aspectos generales sobre la vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud
- 3.2. Propuesta de ejes de desigualdad para desagregar la información de vigilancia en salud pública.
- 3.3. Propuesta de marco de vigilancia de determinantes sociales de la salud.
- 3.4. Propuesta de selección de indicadores para la vigilancia de equidad en salud y de los determinantes sociales de la salud.

3.1. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA VIGILANCIA DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En este apartado por un lado se presentan consideraciones generales de la vigilancia de equidad y DSS, para el proyecto de Real Decreto (RD) de creación de la Red de Vigilancia en Salud Pública y el desarrollo de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública.

Por otro lado, se expone un argumentario que sustenta la creación de un Comité Intersectorial, que se considera una necesidad esencial para trabajar con un enfoque de Salud en Todas las Políticas, por lo que este Comité.

ASPECTOS CLAVE SOBRE VIGILANCIA DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

1. Consideraciones generales sobre el desarrollo de la normativa y la Estrategia

A continuación, se recogen algunas consideraciones generales a tener en cuenta de forma global en la vigilancia de equidad y DSS y en el desarrollo del proyecto de RD de creación de la Red de Vigilancia en Salud Pública y en la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública:

- Respecto a la denominación global de la vigilancia, se recomienda que se denomine “Vigilancia en Salud Pública”, acorde con la denominación de la Ley General de Salud Pública.
- Tanto en la parte expositiva como en el articulado del RD, es pertinente justificar la necesidad de vigilar la equidad y DSS, con el fin de establecer el marco conceptual y los argumentos de forma estructurada.

- Es importante resaltar en el preámbulo o en la parte expositiva del RD, el enfoque de curso de vida y de la importancia de la primera infancia; así como la mención al cambio climático y a la sostenibilidad (en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible) y la necesidad de inclusión de otros sectores.
- La equidad debe constar tanto en los objetivos específicos como también en los objetivos generales.
- Es pertinente incluir definiciones revisadas relacionadas con equidad y DSS (equidad, determinantes sociales de la salud, desigualdades sociales o inequidades, determinantes biológicos, entre otros), preferentemente, redactadas en positivo, referenciadas en legislación y otros documentos, y las mínimas imprescindibles, que no estén recogidas en otra legislación. Respecto al término a utilizar para los Determinantes Sociales de la Salud, se propone que se denomine con ese término, ya que es un término ampliamente reconocido y utilizado internacionalmente que incluye todos los factores a los que hacen mención los modelos conceptuales.
- Se recomienda que la redacción del RD contemple la perspectiva de género.
- Es necesario incluir en el RD la necesidad de implementar encuestas nacionales para población específica (jóvenes, población gitana, población migrante, personas con discapacidad, etc.).
- A su vez, en el desarrollo de la vigilancia, se deben precisar los grupos que sufren mayor desigualdad, frecuentemente invisibilizados, a fin de explicitar la situación de la que se parte, como se hace en otros países.
- Se considera que la vigilancia de equidad y DSS debe tener un sistema de vigilancia específico, detallando funciones y responsabilidades, aunque la equidad deba ser, a su vez, un elemento transversal de todos los sistemas de vigilancia, incluyendo variables de desagregación de datos para su análisis.
- Como planteamiento general a toda la vigilancia, se considera importante que el RD plantee la organización y coordinación necesarias que permitan la mayor homogeneidad y cohesión posibles entre CCAA.
- Es esencial incluir en los principios de trabajo, tanto en el diseño del sistema, como en la comunicación y análisis de los datos, la inclusión en la toma de decisiones de las poblaciones concernidas.
- Así mismo, se recomienda hacer una mención explícita a la necesidad de incrementar las capacidades de gestión de los datos que se deriven de este esfuerzo, especialmente, en términos de personal con perfil en gestión de datos (*data science*) y analistas, incluidas las herramientas de visualización de datos.
- Se observa necesario que el texto del RD sea redactado de forma que permita la flexibilidad necesaria dados los contextos cambiantes en el futuro, y que dé pie a que los procedimientos de vigilancia se desarrollen en detalle en protocolos consensuados.
- Además, se recomienda coordinar la acción nacional con las de otras iniciativas internacionales como el proyecto HEAT (Health Equity Assessment Toolkit) del Global Health Observatory de la OMS, u otras del marco de la Unión Europea, como, por ejemplo, en materia de desigualdades en salud y sus determinantes sociales, los trabajos sobre minoría gitana y población migrada de la Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA).

2. Vigilancia orientada a la acción intersectorial

El sistema de vigilancia de la equidad y DSS no puede ser un sistema pasivo de recogida y monitorización de datos, sino que tiene que tener por fin último la acción. Para ello, debe dotar a los decisores políticos y profesionales de información y herramientas con las que orientar las políticas y las acciones hacia la disminución de las desigualdades. Esta información debe ser útil para la participación activa de diversos sectores como el sector salud, educación, medioambiente, urbanismo, etc. de cuya coordinación intersectorial va a depender la puesta en marcha de aquellas acciones precisas para la mejora de los resultados en salud, reducción de las desigualdades, así como la retroalimentación para la mejora de los indicadores monitorizados. Esta necesidad de trabajo intersectorial se contempla en la Ley General de Salud Pública, en la Estrategia Nacional de Equidad y en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. En esta última, a su vez, se señala la especial importancia del trabajo intersectorial a nivel local, entendiendo que la mayor cercanía de las entidades locales a la población y su especial capacidad de incidir en lo cotidiano favorecen la acción y justifican la vigilancia de la equidad y DSS.

3. Equidad en todos los sistemas

Es necesario incidir en que la vigilancia de la equidad además de un sistema de vigilancia propio, precisa que sea incorporada a cada uno de los sistemas de vigilancia recogiendo las variables de los ejes de desigualdad y realizando análisis desagregados de la información. Es decir, la equidad no es un campo específico y sólo centrado en los determinantes sociales, sino que es un enfoque a integrar en los distintos sistemas de vigilancia en salud pública.

A este respecto, se incide en la importancia de que la equidad se contemple en el desarrollo del sistema de vigilancia en salud pública, tanto de forma específica como de forma transversal.

4. Disponibilidad de los datos

Respecto a la disponibilidad y acceso a datos, se considera lo siguiente:

- Sería necesario que el RD recoja de manera explícita una habilitación legal que facilite la disponibilidad y acceso desde los sistemas de vigilancia a otras bases de datos nacionales y sub-nacionales (censos, padrón, certificados de defunción, hospitales privados, mutualidades, etc.), e incluso se expresa la necesidad de que la cesión de datos de otras administraciones sea vinculante. En este sentido, la ley debe garantizar el marco jurídico apropiado para todas las partes involucradas.
- También sería idóneo potenciar la existencia de un identificador único común en todas las bases de datos y en todos los sectores, que permita enlazar información entre bases de datos. Esto permitiría, además, contar con información actualizada, especialmente importante en aquellos indicadores que son muy dinámicos. Sería de mucha utilidad que este identificador permitiese analizar los indicadores según las variables de desagregación de los ejes de desigualdad que se

contemple incluir en el sistema de vigilancia, como edad, sexo, lugar de nacimiento, nivel de ingresos, nivel educativo, etc.

- Es importante adaptar el sistema de vigilancia a la normativa de protección de datos, de modo que la vigilancia pueda cumplir su objetivo en el marco de la legislación vigente.
- Hay que tener en cuenta la posibilidad de que surjan dificultades de cruce de datos con instituciones que no sean propias de la Administración General del Estado (AGE) o Comunidades y Ciudades Autónomas, así como una posible falta de homogeneidad en la información, sobre todo entre distintos niveles. Para ello es necesario avanzar en la interconexión de los sistemas de información.
- Por otro lado, sería importante definir e incorporar un Conjunto mínimo básico de datos en Salud Pública en la Historia Clínica Electrónica (HCE).
- También valorar la inclusión de una mención expresa a sistemas de información masivos (Big Data) relacionados con la información producida en el entorno digital (público o privado) y la necesidad de aplicar, para su utilización, criterios de calidad y equidad.

5. Variables sociales en la historia clínica

La vigilancia de los DSS requiere de diversas fuentes tanto a nivel poblacional como individual. Es indispensable incluir en los sistemas de información sanitarios un conjunto mínimo de variables sociales. Sería conveniente recoger estas variables de modo que esta información sea de utilidad a los profesionales clínicos en el abordaje biopsicosocial en su práctica diaria. En este sentido, el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria recoge en su acción E.1.4: "Desarrollar el registro en la Historia de Salud Digital de los condicionantes sociales y de contexto familiar de los/las pacientes, para favorecer el abordaje biopsicosocial." En ese caso, se deben indicar los permisos de acceso para visualizar esos datos.

Para incorporar las variables sociales existen varias opciones que pueden ser compatibles entre sí:

- Registro administrativo al dar de alta la tarjeta sanitaria: pueden ser nivel educativo máximo y nivel ocupacional (clase social²⁷). Actualmente los sistemas de registro autonómico no incluyen estas variables. En algunos territorios se utilizan los tramos de copago en farmacia, no obstante, éstos son tramos muy amplios. A su vez, este registro de variables también tendría que tener un proceso de actualización periódica.
- Inclusión de variables en historia clínica mediante registro activo por parte de las y los profesionales sanitarios: se valora su utilidad en la consulta y es de gran importancia para la organización de la asistencia. No obstante, hay que tener en cuenta que esto puede conllevar infrarregistro de estas variables por el tiempo limitado en la consulta, y precisa de formación específica y entrenamiento periódico. Se recomienda a su vez la inclusión del certificado de defunción como cierre de la Historia Clínica electrónica (HCE).
- Extrayendo esta información de otras fuentes, de forma anonimizada: por ejemplo, a través de un identificador único implementando una vinculación entre la HCE y otros sistemas de

²⁷ Se ha de tener en cuenta que la inclusión de la clase social es una variable que tiene que construirse mediante agregado de otras variables.

información, como el de la Seguridad Social, Hacienda, INE, obteniendo por ejemplo datos de ocupación, según la clasificación nacional de ocupaciones (CNO), nivel de renta (en quintiles o similar), país de nacimiento, fecha de nacimiento y lugar de residencia), e implementando sistemas de información geográfica (código postal, sección censal, rejilla XY georreferenciados, etc.).

Independientemente del método elegido, es primordial delimitar las variables mínimas necesarias a ser incorporadas en la HCE. Empezando con los ejes de desigualdad, las más urgentes serían: ocupación (clase social ocupacional) y nivel educativo²⁸. Así mismo, sería necesario incluir los mecanismos necesarios para facilitar y optimizar esta incorporación.

- Por otro lado, se propone valorar la información añadida que pueden aportar los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA), que han demostrado ser una herramienta de agrupación poblacional predictiva eficaz de morbilidad y multimorbilidad²⁹ y permiten estratificar a los pacientes de acuerdo a su complejidad. Se sabe que existe una relación inversa entre la cronicidad y el nivel socioeconómico, y en concreto que los GMA están asociados a un gradiente social. Por lo que, el cómo se distribuye la morbilidad y su gravedad podría usarse como una fuente más de información de las condiciones sociales subyacentes. Sin perjuicio de que, ya en el informe sobre GMA del Ministerio de Sanidad 2014-2016²⁹, se planteaba la mejora de los GMA incluyendo variables sociales para la determinación de problemática psicosocial y de necesidades de utilización de servicios sociales en AP.

6. Difusión y visualización de datos

La difusión de la información de la vigilancia es un aspecto esencial, vinculado a su vez a la vigilancia para la acción, y debe dar respuesta a distintos públicos objetivo: profesionales sanitarios y de otros sectores, decisores políticos y ciudadanía.

Para ello, se plantea la necesidad de crear una herramienta de visualización de los datos, abierta y disponible para su uso por parte de decisores, profesionales y ciudadanía en general, y que permita su manejo de forma muy sencilla e interactiva, sin necesidad de tener que solicitar los datos. Por ejemplo, como la aplicación web de los Indicadores clave del SNS (INCLASNS)³⁰. Es importante que se definan los objetivos que se pretenden alcanzar con esta herramienta de visualización, así como los distintos usuarios de la misma, para desarrollarla de modo que responda a las necesidades que se plantean.

A su vez, se ha de contemplar el abordaje del secreto estadístico, que limite el resultado cuando se aplican diversas desagregaciones por unidades territoriales pequeñas, de forma que por debajo de un número determinado de habitantes no se puedan dar datos desagregados.

²⁸ A este respecto la Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad ha solicitado la inclusión de variables sociales (clase social y máximo nivel educativo alcanzado) en la historia clínica, en los certificados de defunción y de nacimiento a través de la Subcomisión de Sistemas de Información en el SNS.

²⁹ Ministerio de Sanidad. Informe del proyecto de la estratificación de la población por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) en el Sistema Nacional de Salud (2014-2016): 2014-2016: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/informeEstratificacionGMASNS_2014-2016.pdf

³⁰ <http://inclasns.msssi.es/>

Dentro de esta difusión, se debe contemplar la elaboración de informes para comunicar los resultados de la vigilancia de la equidad y los determinantes sociales de la salud, incluyendo la realización de un informe periódico sobre equidad en salud.

A su vez, se debe informar sobre la evaluación de la propia Red de vigilancia, y hacer un análisis sobre cómo los resultados de la vigilancia han informado para la acción. Además, sería importante hacer referencia a los resultados de la vigilancia en cuanto a intervenciones o actuaciones o soluciones de posibles problemas detectados.

Para apoyar estos aspectos relacionados con la visualización de los datos de la vigilancia de equidad y DSS, la Comisión Europea concedió al Ministerio de Sanidad un proyecto de asistencia técnica del Servicio de Apoyo de Reformas Estructurales de la Comisión Europea, en la que se solicitaba el desarrollo de diversas acciones, entre otras, una identificación de herramientas de visualización de vigilancia de equidad y DSS, que fue presentada en un taller online en septiembre de 2020 para analizar los aspectos de cada herramienta identificada que se consideraban más interesantes de cara a la visualización de datos en España. La publicación estará disponible a lo largo de 2021.

7. Nivel local de la administración

En el artículo 13 de la Ley General de Salud Pública se hace mención a que “corresponde a la Administración General del Estado, a las comunidades autónomas, a las ciudades de Ceuta y Melilla y a la Administración local, en el ámbito de sus competencias, la organización y gestión de la vigilancia en salud pública”. Por tanto, en el desarrollo de la vigilancia en salud pública deben estar presentes los tres niveles de la administración, articulando un sistema respetuoso con las competencias de cada nivel de la administración.

El papel de los municipios y las políticas locales en la vigilancia para la acción es fundamental, las políticas municipales son las más cercanas a la población, y pueden poner en marcha acciones para reducción de desigualdades y para potenciar los activos para la salud a nivel local.

Es importante para poder realizar intervenciones efectivas a nivel local que el sistema de vigilancia tenga información a este nivel; pero a su vez, la unidad territorial puede cambiar, lo que dificulta la vigilancia. Hay que tener en cuenta que las Zonas Básicas de Salud (ZBS) no se corresponden con barrios o distritos o secciones censales de un municipio, por lo que hay discordancia territorial debido al uso de diferentes niveles territoriales en diferentes bases de datos o sistemas de información.

Se ha de valorar si el entorno local tiene que estar recogido en la estructura orgánica o la estructura funcional del sistema de vigilancia. La mayoría de los municipios de pequeño y mediano tamaño no tienen estructuras para vigilancia en salud y puede no ser conveniente obligar a desarrollarlas, pero sí tienen un papel fundamental en la salud y en la orientación de la vigilancia hacia la acción. Se deben valorar estos aspectos trabajando en conjunto con la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). En cualquier caso, es esencial que se implemente con resultados desagregados a nivel local.

Por otro lado, existen competencias a nivel municipal en relación con aspectos a vigilar sobre los determinantes sociales de la salud (transporte, planificación urbana, medioambiente, etc.), por lo que su papel en el sistema de vigilancia también es relevante en este sentido.

A nivel local existe la experiencia de medición y evaluación de indicadores en los barrios en Barcelona, a través de la aplicación y adaptación de una herramienta de la OMS: la matriz Urban HEART, con el objetivo de visibilizar los barrios con mayores necesidades de intervención en base a la evidencia proporcionada por la herramienta sobre la salud y las desigualdades en los determinantes de la salud^{31,32}. También se cuenta con la experiencia del Índice Socioeconómico Territorial de Cataluña, que es un índice sintético por pequeñas áreas que resume en un único valor varias características socioeconómicas de la población³³.

Se propone también tener en cuenta otros datos y estimaciones, como los datos de indicadores estadísticos de nivel y distribución de renta de los hogares a nivel municipal e inframunicipal que se han trabajado para el “Atlas de distribución de renta de los hogares” de la sección experimental del INE³⁴.

A su vez, también como desagregación a nivel territorial, se cuenta con experiencias como el proyecto MEDEA³⁵. Este enfoque requeriría utilizar los sistemas de información geográfica de manera que permitan estudios comparativos en el tiempo.

Así mismo, se cuenta con el proyecto europeo de Indicadores Urbanos “Urban Audit” en el que participa España. En él se recopilan datos económicos, demográficos y sociales para conocer y medir la calidad de vida en un determinado número de áreas territoriales, no solo para las ciudades (municipios) sino también para ámbitos supra y sub-municipal³⁶. Actualmente contiene 171 variables y 62 indicadores de la mayoría de municipios españoles de tamaño medio y grande (126 ciudades), no obstante, la difusión está restringida a una selección de 39 indicadores.

ARGUMENTARIO SOBRE LA NECESIDAD DE UN COMITÉ INTERSECTORIAL

Tal y como se expone en la introducción, los DSS abarcan amplias esferas del contexto en el que viven las personas, que van mucho más allá de las competencias específicas del sector salud y que requieren un abordaje coordinado entre distintos ámbitos de la Administración. Las condiciones y circunstancias en las que las personas viven tienen un peso importante en la salud y en el abordaje de las desigualdades en salud: las condiciones laborales, influidas por las políticas públicas de empleo; los ingresos y situación económica, que dependen tanto de prestaciones sociales directas como del sistema de recaudación

³¹ Novoa AM, Pérez G, Espelt A, et al. Urban Heart Barcelona Working Group. The experience of implementing Urban HEART Barcelona: a tool for action. *J Urban Health*. 2018; 95(5): 647-661. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6181815/?report=classic>

³² Agencia de Salud Pública de Barcelona. InfoBarris: <https://www.aspb.cat/docs/infobarris/>

³³ Índice Socioeconómico Territorial <https://www.idescat.cat/pub/?id=ist&lang=es>

³⁴ INE. Atlas de distribución de renta de los hogares: https://www.ine.es/experimental/atlas/experimental_atlas.htm

³⁵ Proyecto MEDEA 3: <https://medea3.shinyapps.io/medeapp/>

³⁶ Urban Audit. Edición 2021.

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=0&c=INEPublicacion_C&cid=1259944561392&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout

fiscal y del funcionamiento general de la economía; las condiciones de la vivienda y el entorno residencial, que varían en función de las políticas de vivienda pública, las ordenanzas y regulaciones presentes y los planes de desarrollo urbano; o la calidad y limpieza del aire, que está influida por las decisiones políticas tomadas en materia de industria, transporte y planificación urbana, entre otros sectores.

La vigilancia de los DSS ofrece información de distintos sectores y permite a su vez obtener información para guiar las políticas públicas de todos los sectores, cuyo liderazgo puede provenir de distintas áreas gubernamentales, que deben trabajar en coherencia, coordinación y sinergia de forma intersectorial, para ir hacia un mismo objetivo: la mejora de la salud de la población.

La acción intersectorial en salud puede desarrollarse a distintos niveles o con distintos modelos de trabajo, como puede observarse en la figura 10, tendiendo hacia el modelo de integración y de Salud en Todas las Políticas, avanzando hacia modelos donde la formulación, diseño y financiación de las políticas son pactadas y adaptadas en función de un objetivo social común, y no simplemente una relación unilateral de transmisión de información de un sector a otro. Ya en 1986, la **primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud de Ottawa**³⁷ planteó que la salud *ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles*. La acción intersectorial integrada es una de las grandes necesidades detectadas por la **Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España**, que recomienda con prioridad máxima *crear órganos o comisiones interministeriales con suficiente autoridad delegada para [...] identificar las políticas públicas con mayor incidencia potencial sobre las desigualdades sociales en salud, [...] proponer periódicamente acciones de mejora para la reducción de estas desigualdades, y estimar los recursos necesarios para acometerlas. Similares órganos interdepartamentales deben crearse a nivel autonómico y local*. El abordaje conocido como **“Salud en Todas las Políticas”**, se define en la Declaración de Helsinki³⁸ en 2013 como un enfoque para las políticas públicas en todos los sectores que de manera sistemática tiene en cuenta las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman, busca sinergias y evita impactos perjudiciales con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud. A su vez, la Declaración de Adelaida³⁹ de 2010 cita herramientas gubernamentales que han demostrado ser útiles para integrar la Salud en Todas las Políticas, como comités interministeriales e interdepartamentales, equipos de acción intersectoriales, presupuestos y contabilidad integrados, y sistemas de información y evaluación transversales, y plantea ejemplos de políticas conjuntas en salud con los sectores de economía, empleo, seguridad, justicia, educación, agricultura, medioambiente, transporte, etcétera. Por último, la **Estrategia Salud 2020** de la Oficina Regional Europea de la OMS⁴⁰ igualmente enfatiza el abordaje integrado e intersectorial en la consecución de una mejor salud y bienestar.

³⁷ 1ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, WHO. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986).

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

³⁸ The 8th Global Conference on Health Promotion WHO. Helsinki Statement on Health in All Policies (2013).

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf

³⁹ OMS. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar (2010).

https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

⁴⁰ WHO Regional Office for Europe. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century (2013)

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1

Así, en España se plantea de forma explícita la necesidad del trabajo intersectorial en la Estrategia Nacional de Equidad en Salud y en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

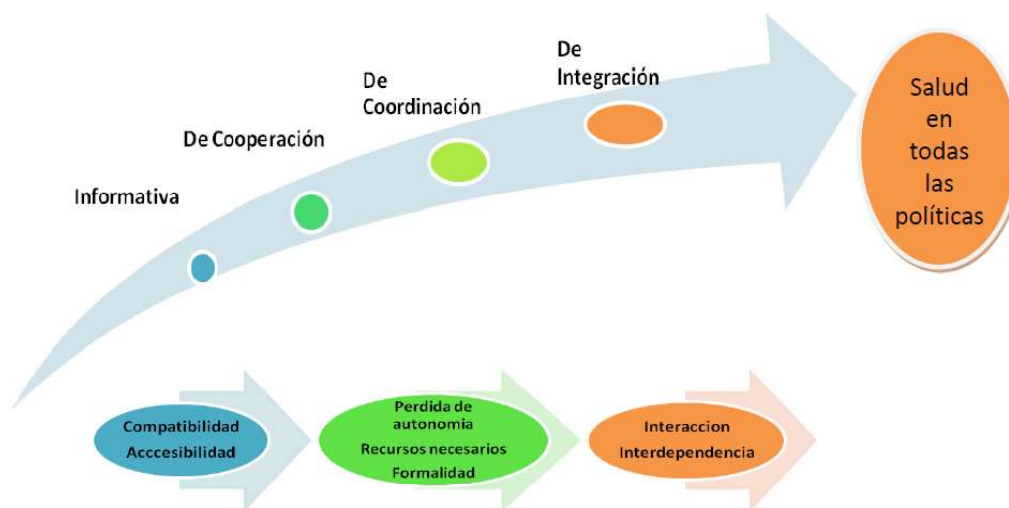


Figura 10: Modelos de trabajo con otros sectores o tipologías de intersectorialidad⁴¹.

Por tanto, para desarrollar de forma transversal la vigilancia de los DSS, y para que la vigilancia esté orientada hacia la acción, es prioritario establecer un Comité Intersectorial, el cual debe abarcar amplias áreas del gobierno y tener la suficiente capacidad para liderar políticas públicas que modifiquen la distribución de los DSS en la población. Esto debería ser contemplado en el desarrollo de la normativa y la estrategia de vigilancia en salud pública.

En este sentido, para solicitar información y acción de otros sectores y aumentar su grado de compromiso, es fundamental visibilizar su utilidad o beneficio de forma transversal, por lo que para esto se puede además enmarcar en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

La pandemia por COVID-19 ha puesto en evidencia la necesidad del trabajo intersectorial. La experiencia acumulada de acción intersectorial en todos los niveles de la administración, en estos meses, puede servir de cimiento para el establecimiento de un Comité Intersectorial en Salud.

3.2. PROPUESTA DE EJES DE DESIGUALDAD PARA DESAGREGAR LA INFORMACIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Uno de los aspectos clave de la vigilancia de equidad en salud es la estratificación de los indicadores por distintos ejes de desigualdad. Este cometido es complejo, por lo que se ha definido una estrategia de abordaje en dos fases:

⁴¹ Solar O, Valentine N. Moving forward to Equity in Health. What kind of intersectoral action is needed. An approach to an intersectoral typology PPartnership and Intersectoral Action. Conference Working Document (2009)
https://www.dors.it/documentazione/testo/201409/05_2009_OMS%20Nairobi_Equity%20in%20Health.pdf

1. La definición de los ejes clave de desigualdad por los que tendrían que desagregar los distintos sistemas de vigilancia, con las principales variables y categorías.
2. A medio y largo plazo, proponer otros mecanismos para vigilar de forma integral la equidad, debido a que no todas las dimensiones de la desigualdad se pueden objetivar mediante desagregación. Por ejemplo: buscar indicadores más específicos y sensibles, realizando encuestas específicas, etc.

Se proponen las siguientes variables de estratificación por ejes a desarrollar en los distintos sistemas de vigilancia. Se ha de tener en cuenta que es una primera aproximación a través de las distintas aportaciones del grupo de trabajo y bibliografía consultada⁴² y que puede cambiar con el tiempo.

Las variables consensuadas se presentan en la Tabla 1, se recogen distintas fuentes de las que se podría extraer la información.

Variable de estratificación	Categoría	Observaciones
Edad	Años Fecha de nacimiento	Según el indicador pueden variar los tramos
Sexo	H/M/Otro	Se abre la opción al registro intersexual según disponibilidad
Ingresos	Nivel de renta	Enlace con datos de Hacienda
Nivel educativo	Máximo nivel educativo	Enlace con datos del Padrón Municipal. Precisaría actualizaciones periódicas
Clase social ocupacional	CSO-SEE12 (clasificación de clase social ocupacional)	Enlace con datos de Seguridad Social
País de nacimiento	País	Enlace con padrón y con Seguridad Social.
Localización geográfica	Rural/urbano, ZBS, código postal, municipio, unidad censal, etc.	Variable según indicador.
Discapacidad reconocida	Grados de dependencia Dicotómica (reconocida o no)	Registro de solicitudes con el problema de que existen distintos baremos

Tabla 1. Variables de estratificación de los ejes de desigualdad

Algunos aspectos a considerar son:

- Se debe tener en cuenta que las variables de los ejes de desigualdad pueden tener distintas definiciones y categorías según las fuentes de información de las que las obtengamos (registro o encuesta).

⁴² De forma específica, destaca:

Canadian Institute for Health Information. In Pursuit of Health Equity: Defining Stratifiers for Measuring Health Inequality (2018). <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/defining-stratifiers-measuring-health-inequalities-2018-en-web.pdf>

WHO. Health Equity Monitor database. Compendium of Indicator Definitions (2019). <https://whoequity.shinyapps.io/HEAT/>

- Algunas variables, por ejemplo, la edad, se suelen categorizar según lo que se quiere analizar. Esto es especialmente importante en población infantil, donde lo ideal es poder obtenerla sin tramos preestablecidos.
- En la población infantil la clase social, ingresos y educación se refiere al de sus progenitores o cuidadores/as y actualmente no es posible vincular fácilmente los datos de cada niño/a con estos. Además, es necesario definir para cada indicador de qué progenitor o cuidador/a requerimos la información (existen distintas opciones: uno de ellos como referencia, una media de todos, nivel del hogar) y tener en cuenta los distintos tipos de familias.
- Hay ejes que precisan un trabajo en mayor profundidad, como etnia, que implica que en el futuro el grupo de trabajo determine cómo recoger esta información. Un ejemplo es la población de etnia gitana, que presenta significativas inequidades en salud. La realización de las dos Encuestas Nacionales de Salud a población gitana⁴³ han posibilitado orientar las acciones de salud en el marco de la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020 y otras estrategias de salud.
- A su vez, otro eje que requiere un trabajo más a largo plazo sería el género sentido o identidad de género en el momento actual (H/M/no binario/otro o Hcis/Mcis/Htrans/Mtrans/no binario/otro), que podrá valorarse su inclusión según exista disponibilidad de la información, así como el registro del sexo al nacimiento.
- Como parte del enfoque integral y transversal que el sistema de vigilancia debe tener, se recomienda a su vez la inclusión de los ejes de desagregación (posibles y factibles) en los indicadores de las estrategias del SNS.

Se han discutido además dos enfoques de acceso a la información, en línea con el apartado 5 de la [sección anterior](#):

1. **Obtención directa de historia clínica u otras fuentes de recogida de información sanitaria:** desde hace tiempo se está reclamando la recogida de datos sociales en la historia clínica, tanto para facilitar el abordaje biopsicosocial como para posibilitar un análisis de los procesos y resultados en salud con enfoque de equidad, con el fin de orientar de manera efectiva las estrategias, políticas y acciones a nivel individual, comunitario y poblacional, y así se recoge en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Esto implicaría la recogida activa de estas variables, bien por parte de personal administrativo o por personal sanitario. Se ha de tener en cuenta la información sensible por lo referente a protección de datos. Sería preciso formar a las y los distintos profesionales para que hicieran un registro adecuado de la información. A su vez, se destaca como dificultad el posible infra-registro de estas variables.
2. **Cruce de datos a nivel individual entre fuentes:** a priori es la vía que se considera más adecuada, siempre que sea factible. Se señala, como ejemplo de su viabilidad, el cruce de datos entre Hacienda y Farmacia en tarjeta sanitaria. Para diversas variables se proponen fuentes que aparecen en la Tabla 1.

⁴³ Ministerio de Sanidad. Encuestas Nacionales de Salud a Población Gitana
https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/ENS_PG.htm

La selección de estrategias de obtención de información debe formar parte del desarrollo de la vigilancia en salud pública.

3.3. PROPUESTA DE MARCO DE VIGILANCIA DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Para facilitar la estructuración de la vigilancia de DSS, se propone un marco para el sistema de vigilancia de DSS, partiendo del marco de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España (figura 7), basado en el marco de la OMS y con aportaciones del marco de la OPS. Partiendo del marco de España, se considera necesario complementar algunos aspectos recogidos en los otros marcos, como cambio climático o ambiental, sostenibilidad, etnicidad, migración, racismo y discriminación étnica, o medición de resultados y consecuencias, para dar respuesta a las necesidades que se plantean en la vigilancia de salud pública.

Por tanto, se construye el siguiente marco para estructurar vigilancia de DSS, con 3 bloques (figura 9):

- Determinantes estructurales
- Determinantes intermedios
- Resultados de salud altamente sensibles a la equidad

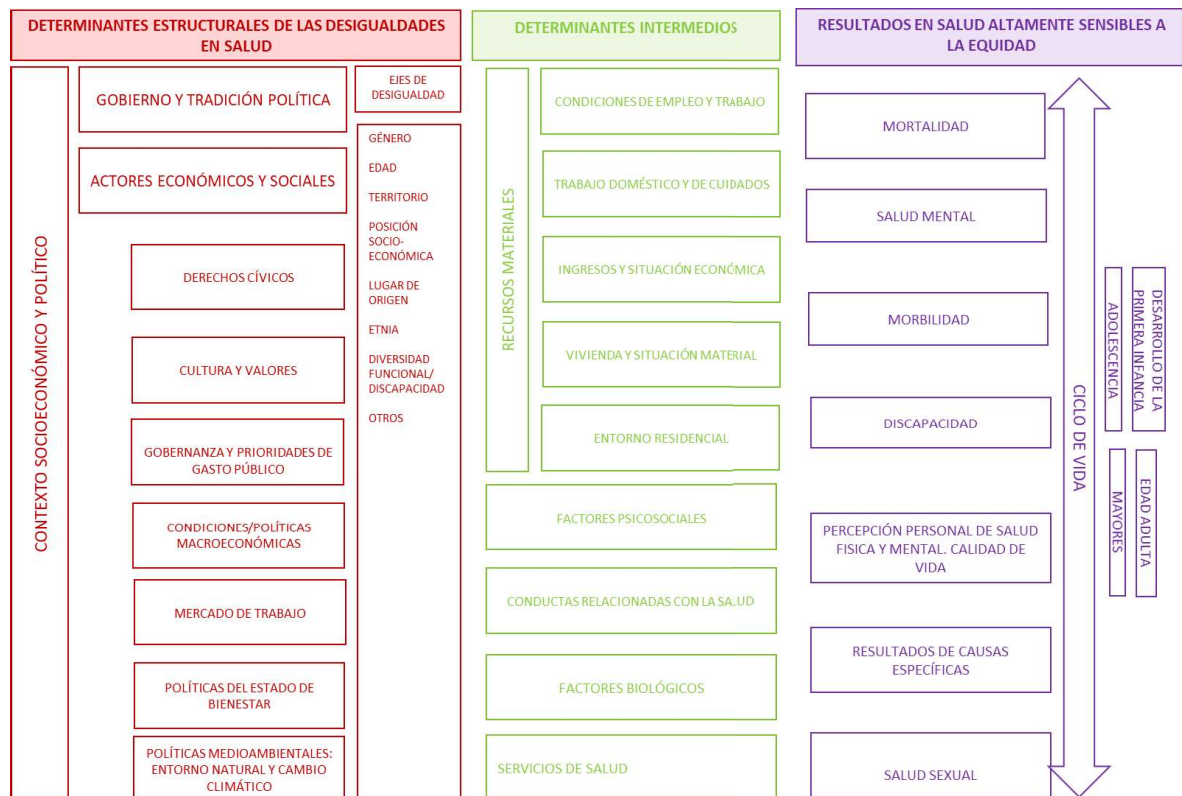


Figura 9: Marco de la vigilancia de DSS propuesto por el grupo de trabajo

3.4. PROPUESTA DE SELECCIÓN DE INDICADORES DE VIGILANCIA DE EQUIDAD EN SALUD Y DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

A partir del marco de vigilancia de DSS, se han identificado y revisado un conjunto de indicadores clave, apoyados en evidencias, que sirvan de información para la acción y puedan ser de utilidad tanto para decisores, profesionales sanitarios como la población en su conjunto.

Para dicha identificación de indicadores se ha realizado una revisión no sistemática de la literatura (ver Anexo 1), de la documentación aportada por los miembros del GT⁴⁴ y de la experiencia de las personas que forman dicho GT.

Se han obtenido 120 indicadores: 32 sobre determinantes estructurales, 43 sobre determinantes intermedios, y 45 sobre resultados en salud altamente sensibles a equidad.

Para la primera etapa se ha considerado conveniente preseleccionar, de los indicadores identificados, un grupo más reducido, teniendo en cuenta que será un proceso dinámico donde se podrán ir incluyendo indicadores en el futuro, y que se ha de tener en cuenta que según el nivel de la administración estos indicadores pueden ser distintos.

Esta preselección inicial se ha realizado según criterios de evidencia científica, disponibilidad del indicador y accesibilidad a fuentes de información.

Sobre la preselección será necesario realizar una priorización una vez se comience a desarrollar el sistema de vigilancia en salud pública, con criterios⁴⁵ de validez, relevancia, sensibilidad, factibilidad y claridad. En el Anexo 2 se pueden ver el total de los indicadores identificados y en el Anexo 3 los preseleccionados.

Consideraciones generales sobre los indicadores

Entre los criterios para su selección, se ha considerado importante que los indicadores sean factibles y relevantes. La factibilidad depende del grado de desagregación, y aunque el ideal es conseguir una mayor desagregación territorial, esto puede implicar en algunos casos dificultades, por lo que es necesario un equilibrio entre factibilidad, disponibilidad, sostenibilidad y precisión.

⁴⁴ Entre otros documentos, los siguientes:

Agència de Salut Pública de Catalunya. Indicadores básicos de salud por Área Básica de Salud. Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Indicadores de salud en Cantabria.

Observatorio Valenciano de Salud. Desigualdades en salud en la Comunitat Valenciana. 2018. Junta de Extremadura. Un indicador de nivel socioeconómico en Extremadura. 2017.

⁴⁵ Validez: el indicador mide lo que se supone debe medir y mide lo mismo a lo largo del tiempo.

Relevancia: el indicador es relevante para las políticas y aborda dimensiones importantes de las desigualdades y la salud de la población.

Sensibilidad: el indicador es sensible a los cambios por lo que es posible, en cierta medida, evaluar el efecto de las intervenciones.

Factibilidad: el indicador está basado en datos disponibles o fáciles de conseguir.

Claridad: el indicador captura la esencia del problema y tiene una interpretación normativa clara y aceptada.

En el contexto actual de pandemia por COVID-19, la Oficina Regional de la OMS para Europa publicó una herramienta⁴⁶ para proporcionar una imagen completa del impacto de la pandemia de COVID-19 proponiendo 17 indicadores para la vigilancia de sus efectos más allá de los únicamente relacionados a la morbilidad y mortalidad por COVID-19. Tomando en cuenta los efectos directos de la pandemia en la población general, así como los efectos indirectos, ya sea por miedo, por alteración de la atención sanitaria de patologías distintas al COVID-19, y por efectos directos e indirectos de las medidas de contención. En nuestra propuesta de indicadores incluimos 8 de los 17 propuestos por la WHO Europe: tasa de desempleo, apoyo social percibido, riesgo de mala salud mental, prevalencia de consumo de tabaco, prevalencia de inactividad física, prevalencia de depresión, tasa de mortalidad por suicidio y salud percibida.

Así mismo, se recomienda que el número de indicadores recogido sea reducido, para facilitar el análisis y la interpretación, de manera que los resultados de la vigilancia y el contenido del informe puedan ligarse con facilidad a la toma de decisiones a diferentes niveles de acción y en los diferentes sectores, así como para posibilitar la visualización y comprensión ciudadana.

A efectos prácticos, lo deseable es que la obtención de datos se haga de manera centralizada y lo más automatizada posible.

Respecto al ámbito local es necesario valorar si elegir indicadores que desagreguen hasta ámbito local o diseñar dos niveles, uno para el ámbito local y otro para el supralocal. También hay que establecer la recogida de estos datos, teniendo en cuenta la variabilidad territorial en la obtención y su disponibilidad, y los responsables de esta función. Se recomienda definir todas estas consideraciones en el desarrollo de los protocolos, donde cada indicador debe contar con una ficha descriptiva (modelo en Anexo 4).

Es importante también tener en cuenta las sinergias con los indicadores de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), ya que muchos municipios están haciendo un esfuerzo por tenerlos disponibles.

Se han tenido en cuenta a su vez los indicadores que ya se encuentran recogidos en INCLASNS⁴⁷, así como la forma de presentación de resultados en su Aplicación web.

No debemos olvidar, a la hora de seleccionar los indicadores, que no solo hay desigualdades en salud en el resultado, sino también en las exposiciones y en la forma en que el sistema sanitario responde a las necesidades de la ciudadanía (accesibilidad según género, nivel educativo, etc.).

⁴⁶ Strengthening population health surveillance: a tool for selecting indicators to signal and monitor the wider effects of the COVID-19 pandemic. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340720/WHO-EURO-2021-2297-42052-57877-eng.pdf>

⁴⁷ INCLASNS: <http://inclasns.msssi.es/>

4. CONCLUSIONES

- Es ampliamente conocido el enorme impacto que tienen las **condiciones sociales** sobre la salud, y el papel que cumplen las políticas públicas sobre ellas. Así como los esfuerzos internacionales y nacionales por hacer de la vigilancia de la equidad y de todos estos determinantes sociales de la salud una prioridad.
- Para una adecuada implementación y funcionamiento de la vigilancia de la equidad y los DSS es una necesidad la creación de un **Comité Intersectorial** que facilite el enfoque de Salud en todas las Políticas.
- La equidad debe ser transversal a todos los sistemas de vigilancia, por lo que se proponen variables de desagregación por los ejes de desigualdad. Sobre la base de los modelos conceptuales de los determinantes sociales de la salud nacionales e internacionales, se ha propuesto un marco de vigilancia de DSS estructurado en bloques temáticos, y a partir del mismo se realiza una propuesta de indicadores de vigilancia, con capacidad flexible de adaptación a diferentes contextos. Se han identificado 120 indicadores: 32 sobre determinantes estructurales, 43 sobre determinantes intermedios, 45 sobre resultados en salud altamente sensibles a equidad. Se ha realizado una preselección inicial de los mismos según criterios de evidencia científica, disponibilidad del indicador y accesibilidad a fuentes de información.
- Se considera además como una acción esencial el desarrollar los aspectos de visualización de la información para responder a los objetivos de la vigilancia.
- Es necesario establecer los mecanismos y protocolos pertinentes que den continuidad a este trabajo para establecer la vigilancia de equidad y DSS en España.

5. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Agencia de Salud Pública de Barcelona. InfoBarris: <https://www.aspb.cat/docs/infobarris/>
Cabrera-León A, et al. Indicadores contextuales para evaluar los determinantes sociales de la salud y la crisis económica española. Gaceta Sanitaria 2017; 31 (3), 194-203: <http://www.gacetasanitaria.org/es-indicadores-contextuales-evaluar-los-determinantes-articulo-S0213911116301388>

Canadian Institute for Health Information. In Pursuit of Health Equity: Defining Stratifiers for Measuring Health Inequality. 2018. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/defining-stratifiers-measuring-health-inequalities-2018-en-web.pdf>

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 1986. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Cirera Suárez L, Zurriaga Llorens O. Actualización de la estadística oficial de defunciones por causas: “Salgamos reforzados tras la pandemia de la COVID-19”. Rev Esp Salud Pública 2021; 95(1): e1-e7.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - ¿Qué es, por qué, y cómo? https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/
Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud.

https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

Dahlgren, Göran & M Whitehead. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe

<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>

Dahlgren G, Whitehead M. Stockholm Institute for Further Studies. Policies and strategies to promote social equity in health (1991).

<https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmz8uvqv2wqfshmr6cut.pdf>

Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010.

https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

Deguen S, Kihal-Talantikite W. Geographical Pattern of COVID-19-Related Outcomes over the Pandemic Period in France: A Nationwide Socio-Environmental Study. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041824>

Domínguez-Berjón MF et al. Uso de indicadores socioeconómicos del área de residencia en la investigación epidemiológica: experiencia en España y oportunidades de avance. Gac Sanit 2014;28(5):418-25.

Espelt A et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. Gac Sanit 2016;30(S1):38-44.

Font-Ribera L et al. El estudio de las desigualdades sociales en salud infantil y adolescente en España. Gac Sanit 2014;28(4):316-325.

Fair Societies, Healthy Lives. The Marmot Review. 2010.

Government of Canada. A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document <https://www.fundadeps.org/Observatorio.asp?codrecurso=132>

INE. Atlas de distribución de renta de los hogares:
https://www.ine.es/experimental/atlas/experimental_atlas.htm

Junta de Extremadura. Un indicador de nivel socioeconómico en Extremadura. 2017.

Lalonde M. (Informe Lalonde). A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document (1974): <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública 12

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud: <http://inclasns.msssi.es/>

Ministerio de Sanidad y Política Social. Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. 2010. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 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. 2015. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf

Ministerio de Sanidad. Informe del proyecto de la estratificación de la población por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) en el Sistema Nacional de Salud (2014-2016): 2014-2016: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/informeEstratificacionGMASNS_2014-2016.pdf

Ministerio de Sanidad. Equidad en Salud y Covid-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf

Ministerio de Sanidad. Encuestas Nacionales de Salud a Población Gitana https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/ENS_PG.htm

Novoa AM, Pérez G, Espelt A, et al. Urban Heart Barcelona Working Group. The experience of implementing Urban HEART Barcelona: a tool for action. J Urban Health. 2018; 95(5): 647-661. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6181815/?report=classic>

Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Indicadores de salud en Cantabria.

Observatorio Valenciano de Salud. Desigualdades en salud en la Comunitat Valenciana. 2018.

Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. 2009. https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

Organización Mundial de la Salud. 62.ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y anexos. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf

OMS. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar (2010).

https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

Organización Panamericana de la Salud. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018.

<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49505>

Pérez G et al. Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria 2014; 28 (S1), 124-131: <http://www.gacetasanitaria.org/es-indicadores-monitorizar-evolucion-crisis-economica-articulo-resumen-S0213911114000922>

Presidencia Española de la Unión Europea 2010. Hacia la equidad en salud.

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/presidenciaUE.htm

Proyecto MEDEA 3: <https://medea3.shinyapps.io/medeapp/>

Public Health England. Wider determinants of health tool.

<https://fingertips.phe.org.uk/profile/wider-determinants>

Rajmil L et al. Desigualdades sociales en la salud infantil. Informes SESPAS 2010. Gac Sanit 2010;24(Suppl 1):42-48.

Ramasco-Gutiérrez M et al. Implementación del mapa de vulnerabilidad en salud en la Comunidad de Madrid. Gac Sanit 2017;31(7):432-435.

Solar O Irwin A. WHO Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper. (2007).

https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

Solar O, Valentine N. Adaptado de Meijers E, Stead D (2004). Policy integration: what does it mean and how can it be achieved? A multidisciplinary review. Berlin Conference on the Human Dimensions of Global Environmental Change: Greening of Policies – Interlinkages and Policy Integration.

Ståhl et al. Ministry of Social Affairs and Health. Health in All Policies. Prospects and potentials. Finland 2006. Disponible en:

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf

Sun Y, Hu X, Xie J. Spatial inequalities of COVID-19 mortality rate in relation to socioeconomic and environmental factors across England

Vega J, Solar O, Irwin A y Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción.

https://mooc.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/33/M1_U1/story_content/external_files/M1C1_equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf

World Health Organization. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO, 2013.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1

World Health Organization. Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): Software for exploring and comparing health inequalities in countries. Built-in database edition. Version 3.1. Geneva, World Health Organization, 2019.

https://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/

World Health Organization. Health Equity Monitor database. Compendium of Indicator Definitions. 2019. <https://whoequity.shinyapps.io/HEAT/>

World Health Organization – Regional Office for Europe. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region final report: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf

World Health Organization – Regional Office for Europe. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report (2019)

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>

World Health Organization. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report (2019), disponible en:

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>

WHO Regional Office for Europe Strengthening population health surveillance: a tool for selecting indicators to signal and monitor the wider effects of the COVID-19 pandemic. Copenhagen: 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340720/WHO-EURO-2021-2297-42052-57877-eng.pdf>

WHO 1ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

WHO The 8th Global Conference on Health Promotion. Helsinki Statement on Health in All Policies. (2013).

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf

WHO Regional Office for Europe. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. (2013).

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1

6. ANEXOS

ANEXO 1. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA PARA LA SELECCIÓN DE INDICADORES

Bibliografía:

- Agenda Urbana Española. Indicadores de seguimiento y evaluación. [Internet] Disponible en: <https://www.aue.gob.es/indicadores-de-seguimiento-y-evaluacion>
- Albert-Ballestar S, García-Altés A. Measuring health inequalities: a systematic review of widely used indicators and topics. Int J Equity Health 2021; 20(1): 73. Disponible en: [10.1186/s12939-021-01397-3](https://doi.org/10.1186/s12939-021-01397-3)
- CIS. Centro de Investigaciones Sociológicas. Banco de Datos [Internet]. Disponible en: <http://www.analisis.cis.es/cisdb.jsp>
- Colectivo Ioé. Barómetro Social de España. [Internet]. Disponible en: <https://barometrosocial.es/>
- Cabrera-León A, et al. Indicadores contextuales para evaluar los determinantes sociales de la salud y la crisis económica española. Gaceta Sanitaria 2017; 31 (3), 194-203: Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-indicadores-contextuales-evaluar-los-determinantes-articulo-S0213911116301388>
- INE. Instituto Nacional de Estadística. INEBase. [Internet] Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/listaoperaciones.htm>
- Ministerio de Sanidad. Aplicaciones de consulta – Portal Estadístico. [Internet]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/aplicacionesConsulta/home.htm>
- Ministerio de Sanidad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Disponible en: <http://inclasns.mssi.es/>
- OECD. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD Stat. [Internet] Available on: <https://stats.oecd.org/>
- OMS. Subsana las desigualdades en una generación (2009). Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- WHO. Health Equity Monitor database. Compendium of Indicator Definitions (2019). Available on: <https://whoequity.shinyapps.io/HEAT/>
- MITECO. Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. Estadísticas de Calidad y Evaluación Ambiental. [Internet] Disponible en: <https://sites.google.com/gl.miteco.gob.es/estadisticas/estadisticas-de-calidad-y-evaluacion-ambiental>
- Pencheon D. The good indicators guide: understanding how to use and choose indicators [Internet]. Coventry (UK): National Health Service Institute for Innovation

and Improvement; 2008. Available on:
<https://www.k4health.org/sites/default/files/TheGoodIndicatorsGuide.pdf>

- Pérez G et al. Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria 2014; 28 (S1), 124-131. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-indicadores-monitorizar-evolucion-crisis-economica-articulo-resumen-S0213911114000922>
- Public Health England. Technical Guidance. [Internet]. Available on: <https://fingertips.phe.org.uk/profile/guidance>
- Public Health England. Wider determinants of health tool. [Internet]. Available on: <https://fingertips.phe.org.uk/profile/wider-determinants>
- Reza A, Bergen N, Koller T, Prasad A, Schlottheuber A, et al. Equity-oriented monitoring in the context of universal health coverage. PLOS Medicine 2014; 11(9): e1001727.
- SICA. Sistema de Información de Contaminación Acústica. [Internet] Disponible en: <http://sicaweb.cedex.es/poblacion-expuesta.php>
- Marco de vigilancia de la desigualdad multidimensional para la Unión Europea (EU MIMF). <https://composite-indicators.jrc.ec.europa.eu/multidimensional-inequality>

ANEXO 2. FICHA DE INDICADOR DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Bloque	
Indicador	
Nombre corto	
Fórmula	
Definiciones	
Fuente	
Desagregación	
Periodicidad	
Años disponibles	
Observaciones / Justificación	
Estadísticas Internacionales	

(Basado en la ficha de indicador de INCLASNS)

ANEXO 3 TABLA DEL TOTAL DE INDICADORES IDENTIFICADOS

Nº	DIRECHOS CIVICOS (Igualdad)	Fuente	Desagregación							Periodicidad	Observaciones	También en
			Edad	Sexo	Clase social	Ingresos	Nivel educativa	Pais de nacimiento	Teritorial			
1	Porcentaje y mujeres activas en el mercado laboral	EPA.LINE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	×	Municipio, CCAA	grupos de edad, nacionalidad	
GOBERNANZA Y PROPIEDADES DEL GASTO PÚBLICO												
2	% del gasto sanitario público en Atención Primaria	Estadística del gasto sanitario público (EGSP)								CCAA	privado, público	
3	% del gasto sanitario público en Servicios de Salud Pública	Estadística del gasto sanitario público (EGSP)								CCAA		
4	Gasto sanitario público por habitante protegido	MIS	×	×	×	×	×	×	×	CCAA		
5	Gasto público en educación: Gasto medio por alumno según los niveles de la clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE), en euros y en relación al PIB por habitante	Ministerio de Educación y Formación Profesional	×	×	×	×	×	×	×	CCAA	tipo de actividad educativa	
CONDICIONES / POLÍTICAS MACROECONÓMICAS												
6	GINI	Encuesta de condiciones de vida .INE								Estatal		CCAA, municipio y secciones solo 2015-2017
7	Distribución de la renta 80/20	Encuesta de condiciones de vida .INE								Estatal		CCAA, municipio y secciones solo 2015-2017
8	PIB en poder adquisitivo estándar per cápita	INE. Cuentas regionales								CCAA		
9	Porcentaje de la población de clase social menos favorecida	Encuesta Nacional de Salud (ENSE)	×	✓						CCAA		A partir de 2011, clases sociales Y y VI. Desagregaciones a petición (INE-ENSE) También en ENSEF INCLASAS.
10	Número de personas que no alcanzan el salario mínimo interprofesional en cómputo anual	Estadística del Mercado de trabajo y demisiones. Agencia tributaria	✓	✓						provincia	sector de actividad	grupos de edad, español/extranjero
11	Tasa de riesgo de pobreza	Encuesta de condiciones de vida .INE	✓	✓						CCAA	actividad (activo, no activo, etc). tipo de hogar.	grupos de edad, español/extranjero
12	Tasa de riesgo de pobreza y/o exclusión social (AROPF)	Encuesta de condiciones de vida .INE	✓	✓						CCAA	actividad (activo, no activo, etc). tipo de hogar.	grupos de edad, español/extranjero
13	Tasa de riesgo de pobreza infantil (en menores de 16 años)	Encuesta de condiciones de vida .INE	✓	✓						CCAA	actividad (activo, no activo, etc). tipo de hogar.	grupos de edad, español/extranjero
14	Porcentaje de personas con dificultad para llegar a fin de mes	Encuesta de condiciones de vida .INE	×	×						CCAA	actividad (activo, no activo, etc). tipo de hogar.	grupos de edad, español/extranjero
MERCADO DE TRABAJO												
15	Tasa de paro	Encuesta de población activa (EPA).LINE.	✓	✓						CCAA		grupos de edad, nacionalidad (ocupación no publicada)
16	Tasa de paro en quienes hayan trabajado anteriormente por tiempo de búsqueda de empleo	Encuesta de población activa (EPA).LINE.	✓	✓						CCAA	sector económico	grupos de edad, ocupación en último empleo. Por CCAA solo ds por sexo
17	Población joven (15-29 años) que ni estudia, ni trabaja, ni está en formación	Eurostat	✓	✓						Estatal		
18	Población activa	Encuesta de población activa (EPA).LINE.	✓	✓						CCAA	estado civil, ramas de actividad, tiempo de residencia	español/extranjero región
POLÍTICAS DE SANIDAD												
19	Gasto en salud total (público y privado): en euros/habitante, porcentaje del PIB	INCLASUS								Estatal		
POLÍTICAS DE EDUCACIÓN												
20	Tasa de abandono escolar temprano 18-24 años (% de personas de 18 a 24 años que no ha completado la 2ª etapa de educación secundaria (nivel 3 - PP de Grado Medio, Básica o Bachillerato), y no ha seguido ningún tipo de formación en las cuatro últimas semanas)	Encuesta de población activa (EPA).LINE.	×	✓						CCAA		Nacionalidad: español/extranjero. Grado de urbanización: Área densamente poblada, Área poblada nivel intermedio, Área poco poblada
21	Proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1ª etapa de educación secundaria o inferior	INE	×	✓						CCAA		Informe Ministerio de Educación
POLÍTICAS DE VEJECENCIA												
22	Gasto público en incapacidad	OECD Social and Welfare Statistics								Estatal		https://www.barometrosocial.es/PRODSOCIAL_archivos/theed017.html#RANGELAI Otros datos sobre pensiones: https://w6.seg-social.es/Pos/informacion/online/accesos/valid=0000F3E3R1Z1HJDUh8080d0a61B1ahh7687ARG.SP.M.TICKET=946b472a4614d4929e856762938c4471&SPM.CONTEXT=intermet&ARO.SPM.TMS.NAV.FEGACION=1613210478954
23	Porcentaje de personas pendientes de recibir prestación no contributivas (población, invalidez), en relación al número total de personas beneficiarias con derecho a prestación (nacional y por CCAA)	Portal SAAD. IMERSO	×	×						CCAA		https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Social_protection_statistics_-_unemployment_benefits https://www.sepe.es/home/sepe/que-es-el-sepe/e-statisticas/estadisticas-prestaciones/informe-prestaciones.html
POLÍTICAS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES												
24	Tasa de cobertura sobre el total de parados	Barómetro social SEPE	×	✓						CCAA		
25	Importe medio de pensiones contributivas del Sistema de la Seguridad Social	Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones	✓	✓						provincia	régimen, tramo de cuantía, grado de incapacidad	
POLÍTICAS DE VIVIENDA												
26	% vivienda protegida sobre total de vivienda	Ministerio de transportes, movilidad y agenda urbana	✓	✓						CCAA		Por CCAA
27	Personas con gasto elevado de vivienda (> 40% salario)	INE. Condiciones de vida.	✓	✓						CCAA		

GRUPO DE TRABAJO DE VIGILANCIA DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

	Fuente	Desagregación							Observaciones	También en			
		Edad	Sexo	Clase social	Ingresos	Nivel educativo	País de nacimiento	Etnia			Territorial	Otras	Periodicidad
CULTURA Y VALORES: DISCRIMINACIÓN Y RACISMO													
28	Grato de incomodidad que le provocará tener como vecinos a distintos grupos sociales	Percepción de la discriminación en España. CIS	x	x	x	x	x	x	x	Estatal	2013 y 2016	Eurostat, secundarias	
29	En los últimos 12 meses, ¿ocurrirá alguna de las siguientes situaciones discriminatorias debido a su origen étnico o inmigrante al buscar una vivienda?	FRA MIDIS. Eurobarómetro	x	x	x	x	x	x	x	Estatal	Cada 3 años	Eurobarómetro	
CULTURA Y VALORES: COHESIÓN SOCIAL													
30	% población que cree que se puede confiar en la mayoría de la gente	Barómetro. CIS	x	x	x	x	x	x	x	Estatal	Mensual	Eurostat	En Eurostat disponible también y confianza en las instituciones. Anual.
GOBIERNO Y TRADICIÓN POLÍTICA: ASOCIACIONISMO													
31	Porcentaje de personas que refieren pertenencia a asociaciones y organizaciones	Barómetro. CIS	x	x	x	x	x	x	x	Estatal	Anual		
GOBIERNO Y TRADICIÓN POLÍTICA: PARTICIPACIÓN ELECTORAL													
32	% participación electoral	Ministerio del Interior	x	x	x	x	x	x	x	Provincia	ad hoc		Se presentan números absolutos.
DETERMINANTES INTERMEDIOS													
CONDICIONES DE EMPLEO Y TRABAJO													
33	Personas asalariadas con contrato temporal	EPA. INE	x	x	x	x	x	x	x	provincia	Anual	grupos de edad	
34	Índice de incidencia de accidentes laborales con baja	Estadística de accidentes de trabajo. Ministerio de Trabajo y Economía Social	x	x	x	x	x	x	x	provincia	Anual	ocupación, nacionalidad	
35	Asalariados que trabajan en un equipo con sistema de turnos	Módulo especial. INE. 2004	x	x	x	x	x	x	x	CCAA	Irregular	grupos de edad	Encuesta Nacional de condiciones de trabajo. 2015. Puntuación Irregular.
36	Personas de 18 a 64 años según han dejado de trabajar o no, o han reducido su jornada para el cuidado de una persona dependiente	Módulo conciliación. 2018	x	x	x	x	x	x	x	CCAA	2005, 2010	grupos de edad	
37	Número de permisos por embarazo de riesgo en régimen general y autónomos concedidos durante el año	Informes de la Seguridad Social	x	x	x	x	x	x	x	CCAA	Anual		
TRABAJO DOMÉSTICO Y CIUDADOS													
38	№ de horas semanales dedicadas al cuidado de personas mayores o personas con dependencias crónicas	ENSE y EESE	x	x	x	x	x	x	x	CCAA	Cada 3 años	No disponible en ENSRG	
39	Personas 10-64 años que han tomado excedencia a tiempo completo para cuidar un hijo según tiempo de excedencia	INE. EPA	x	x	x	x	x	x	x	CCAA	Anual	grupos de edad	
40	Porcentaje de menores de 3 años atendidos solo por su familia (padre y madre), respecto al total de menores de 3 años	Eurostat	x	x	x	x	x	x	x	Estatal			
INGRESOS Y SITUACIÓN ECONÓMICA													
41	Gasto energético desproporcionado, y pobreza energética escondida	MITECO	x	x	x	x	x	x	x	CCAA	Anual	tipo y tamaño de hogar, nivel renta, actividad, régimen tenencia vivienda	
42	Retraso en el pago de facturas	MITECO	x	x	x	x	x	x	x	CCAA	Anual	tipo y tamaño de hogar, nivel renta, actividad, régimen tenencia vivienda	
43	Porcentaje de personas con incapacidad para afrontar gastos imprevistos	Indicadores de calidad de vida. INE	x	x	x	x	x	x	x	CCAA	Anual	tipo de hogar, grado de urbanización	
44	Porcentaje de personas que han tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, gas, comunidad...) en los últimos 12 meses	Encuesta condiciones de vida. INE	x	x	x	x	x	x	x	CCAA	Anual		
45	Índice de privación por sección censal	Grupo DSS de la SEE								sección censal	Censal	Censo 2011	
VIVIENDA Y SITUACIÓN MATERIAL													
46	Carencia material severa	Indicadores de calidad de vida. INE	x	x	x	x	x	x	x	Estatal	Anual	INE base, más datos a solicitud	
47	Incapacidad para mantener la vivienda a una temperatura adecuada (incluido en carencia material severa)	Encuesta de condiciones de vida. Carencia material. INE	x	x	x	x	x	x	x	CCAA	Anual		
48	Índice de esfuerzo para la compra de vivienda para un hogar medio: % de la renta del hogar que suponen las cuotas a pagar en el 1er año tras la adquisición de un préstamo hipotecario por el 80% del valor del piso y una vez descontadas las deducciones fiscales correspondientes a dicha compra (media de los cuatro trimestres de cada año)	Barómetro Social de España	x	x	x	x	x	x	x	Estatal	Anual		
49	Lanzamientos o desalojos forzados de la vivienda como consecuencia del cumplimiento de una orden judicial de desahucio o embargo y se aplican cuando la parte afectada no abandona la vivienda por propia iniciativa	INE	x	x	x	x	x	x	x	CCAA	Anual	Otras fuentes: Consejo General del Poder Judicial	
50	Personas sin hogar	INE. Encuesta de personas sin hogar	x	x	x	x	x	x	x	Estatal	Irregular	Última de 2012, anterior de 2005	Incluido en el Plan Estadístico Nacional 21-25

GRUPO DE TRABAJO DE VIGILANCIA DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Código	Fuente	Desagregación				Periódicidad	Observaciones	También en
		Edad	Sexo	Clase social	Ingresos			
ESPERANZA DE VIDA								
88	Esperanza de vida al nacer							
89	Esperanza de vida por edad (25 a 90 años)							
90	Esperanza de vida a los 65 años							
91	Años de vida saludable al nacer							
DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA								
92	Sobrepeso y obesidad infantil (6-9 años)							
93	Estado de la dentadura (0 - 14 años)							
94	Cobertura de vacunas							
95	Bajo peso al nacer							
96	Prevalencia lactancia materna a los 6 meses de vida							
97	Tasa de escolarización en menores de 3 años							
98	Cantidad de vida relacionada con la salud infantil							
SALUD MENTAL								
99	Suicidio/Intentos de suicidio							
100	Ansiedad nerviosa/ Bulimia							
101	Depresión/Trastornos depresivos							
102	Riesgo de mala salud mental en población infantil 4-14 años (media y desviación típica)							
103	Riesgo de mala salud mental en población adulta 15 a más años (media y desviación típica)							
104	Consumo de psicofármacos: DHD sustancias hipnóticas y sedantes DHD antihipertensivos							
SALUD SEXUAL								
105	Tasa de interrupciones voluntarias de embarazo							
MORBILIDAD								
106	Índice de masa corporal (desde los 2 años)							
107	Prevalencia de diabetes en la población adulta							
108	Frecuencia de malnutrición en la vejez e infancia (IMC)							
109	Autoconsumo de medicamentos							
110	Estado de la dentadura (15 años o más)							
111	% diagnóstico tardío de VIH							
112	Tasa de incidencia de VIH-SIDA por 100.000 habitantes							
113	Tasa de incidencia de tuberculosis por 100.000 habitantes							
114	Número de brotes de enfermedades inmunoprevenibles							
DISCAPACIDAD								
115	Dificultad en la movilidad							
116	Dependencia funcional (> 65 años) (limitación de actividades de la vida cotidiana)							
117	Prevalencia de discapacidad							
PERCEPCIÓN PERSONAL DE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL								
118	Personas que declaran sentirse poco satisfechas con su vida							
119	Estado de salud percibido alto/bajo							
120	Enfermedades profesionales, partes cerrados, índices de incidencia							

ANEXO 4. TABLA DE INDICADORES PRESELECCIONADOS

		Fuente
n° 48	DETERMINANTES ESTRUCTURALES	
	GOBERNANZA Y PRIORIDADES DEL GASTO PÚBLICO	
2	% del gasto sanitario público en Atención Primaria	Estadística del gasto sanitario público (EGSP). MS.
3	% del gasto sanitario público en Servicios de Salud Pública	Estadística del gasto sanitario público (EGSP). MS.
5	Gasto público en educación: Gasto medio por alumno según los niveles de la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE), en euros y en relación al PIB por habitante	Ministerio de Educación y Formación Profesional.
	CONDICIONES / POLÍTICAS MACROECONÓMICAS	
6	GINI	Encuesta de condiciones de vida. INE
8	PIB en poder adquisitivo estándar per cápita	INE. Cuentas regionales
12	Tasas de riesgo de pobreza y/o exclusión social (AROPE)	Encuesta de condiciones de vida. INE
13	Tasa de riesgo de pobreza infantil (en menores de 16 años)	Encuesta de condiciones de vida. INE
	MERCADO DE TRABAJO	
15	Tasa de paro	Encuesta de población activa (EPA). INE.
	POLÍTICAS DE EDUCACIÓN	
20	Tasa de abandono escolar temprano 18-24 años (% de personas de 18 a 24 años que no ha completado la 2ª etapa de educación secundaria (nivel 3 - FP de Grado Medio, Básica o Bachillerato), y no ha seguido ningún tipo de formación en las cuatro últimas semanas)	Encuesta de población activa (EPA). INE.
21	Proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1º etapa de educación secundaria o inferior	INE

⁴⁸ Se mantiene la numeración que cada indicador tiene en la tabla del total de indicadores

POLÍTICAS DE DEPENDENCIA	
22	Gasto público en incapacidad OECD Social and Welfare Statistics
POLÍTICAS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES	
24	Tasa de cobertura sobre el total de parados Barómetro social SEPE
POLÍTICAS DE VIVIENDA	
27	Personas con gasto elevado de vivienda (> 40% salario) INE. Condiciones de vida.
CULTURA Y VALORES: DISCRIMINACIÓN Y RACISMO	
29	En los últimos 12 meses, ¿ocurrió alguna de las siguientes situaciones discriminatorias debido a su origen étnico o inmigrante al buscar una vivienda? FRA MIDIS. Eurobarómetro
CULTURA Y VALORES: COHESIÓN SOCIAL	
30	% población que cree que se puede confiar en la mayoría de la gente Barómetro. CIS
GOBIERNO Y TRADICIÓN POLÍTICA: ASOCIACIONISMO	
31	Porcentaje de personas que refieren pertenencia a asociaciones y organizaciones Barómetro. CIS
GOBIERNO Y TRADICIÓN POLÍTICA: PARTICIPACIÓN ELECTORAL	
32	% participación electoral Ministerio del interior
DETERMINANTES INTERMEDIOS CONDICIONES DE EMPLEO Y TRABAJO	
33	Personas asalariadas con contrato temporal EPA, INE
36	Personas de 18 a 64 años según han dejado de trabajar o no, o han reducido su jornada para el cuidado de una persona dependiente Módulo conciliación 2018

TRABAJO DOMÉSTICO Y CUIDADOS	
38	Nº de horas semanales dedicadas al cuidado de personas mayores o personas con dolencias crónicas <u>ENSE, INE, Y EESE</u>
INGRESOS Y SITUACIÓN ECONÓMICA	
43	Porcentaje de personas con incapacidad para afrontar gastos imprevistos <u>Indicadores de calidad de vida. INE</u>
45	Índice de privación por sección censal <u>Grupo DSS de la SEE</u>
VIVIENDA Y SITUACIÓN MATERIAL	
46	Carencia material severa <u>Encuesta condiciones de vida. INE</u>
47	Incapacidad para mantener la vivienda a una temperatura adecuada (incluido en carencia material severa) <u>Encuesta de condiciones de vida. Carencia material. INE</u>
50	Personas sin hogar <u>INE</u>
ENTORNO RESIDENCIAL	
52	Hogares con determinadas deficiencias en la vivienda (goteras, humedades, pobredumbre) <u>Calidad de vida, carencias materiales. INE</u>
53	Hectáreas de zonas verdes por 1000 habitantes por municipios <u>Agenda Urbana española, a partir de datos del Sistema de Información de Ocupación del Suelo</u>
55	Número de personas expuestas al ruido (distintas aglomeraciones) <u>SICA. Mº Transición Ecológica y Reto Demográfico</u>
56	Concentración poblacional ponderada de NO2, PM10 y PM2.5 a la que está potencialmente expuesta la población urbana <u>Mº de Transición Ecológica y Reto Demográfico</u>
FACTORES PSICOSOCIALES	
59	Apoyo social funcional percibido <u>ENSE</u>
FACTORES CONDUCTUALES Y BIOLÓGICOS	
60	Consumo de tabaco <u>ENSE Y EESE</u>
61	Frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses (desde 15 años) <u>ENSE Y EESE</u>
64	Nivel de actividad física 15-69 años <u>ENSE</u>
65	Nivel de actividad física 11-18 años <u>HBSC</u>
66	Consumo de frutas y verduras <u>ENSE Y EESE</u>

67	Número de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas	OEDA
68	Porcentaje de personas entre 15-64 años que presentan un juego problemático y las que presentan trastorno del juego	OEDA
SERVICIOS DE SALUD		
70	Personal médico de AP por 1000 personas asignadas	INCLASNS
71	Personal enfermería de AP por 1000 personas asignadas	INCLASNS
72	Inaccesibilidad a distintos tipos de atención sanitaria por motivos económicos en los últimos 12 meses	ENSE Y EESE
73	Demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por dificultades con el transporte o la distancia en los últimos 12 meses	ENSE Y EESE
74	Inaccesibilidad a atención dental por motivos económicos en los últimos 12 meses	ENSE Y EESE
RESULTADOS EN SALUD ALTAMENTE SENSIBLES A LA EQUIDAD		
NATALIDAD Y MORTALIDAD		
76	Número medio de hijos por mujer	INE . Indicadores de fecundidad .
78	Tasa de mortalidad general por todas las causas	Mortalidad , INE
79	Tasa ajustada de años potenciales de vida perdidos (APVP)	INE base
MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS		
80	Tasa de mortalidad prematura por cáncer (<75 años)	INCLASNS
81	Tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	INE
MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD		
84	Mortalidad infantil	INE
87	Mortalidad prematura (menor de 75 años)	INCLASNS
ESPERANZA DE VIDA		
88	Esperanza de vida al nacer	INE
91	Años de vida saludable al nacer	INCLASNS

DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA	
92	Sobrepeso y obesidad infantil (6-9 años) <u>Estudio Aladino</u>
93	Estado de la dentadura (0-14 años) <u>ENSE</u>
96	Prevalencia de Lactancia materna a los 6 meses de vida <u>ENSE</u>
SALUD MENTAL	
99	Suicidio/intentos de suicidio <u>BDCAP</u>
102	Riesgo de mala salud mental en población infantil 4-14 años (media y desviación típica) <u>ENSE (desde 2006)</u>
103	Riesgo de mala salud mental en población adulta 15 a más años (media y desviación típica) <u>ENSE (desde 2006)</u>
104	Consumo de psicotropos: DHD sustancias hipnóticas y sedantes; DHD antidepresivos <u>INCLASNS</u>
SALUD SEXUAL	
105	Tasa de interrupciones voluntarias de embarazo <u>Boletín IVE</u>
MORBILIDAD	
106	Índice de masa corporal (desde los 2 años) <u>ENSE (desde los 2 años) y EESE (sólo adultos)</u>
107	Prevalencia de diabetes en la población adulta <u>BDCAP</u>
110	Estado de la dentadura (15 años o más) <u>ENSE y EESE</u>
111	% diagnóstico tardío de VIH <u>Vigilancia Epidemiológica. Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINVIH)</u>
113	Tasa de incidencia de tuberculosis por 100.000 habitantes <u>RENAVE ISCIII</u>
DISCAPACIDAD	
116	Dependencia funcional (> 65 años) (limitación de actividades de la vida cotidiana) <u>ENSE y EESE</u>
PERCEPCIÓN PERSONAL DE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL	
119	Estado de salud percibido <u>ENSE y EESE</u>