

La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010

Carme Borrell^{a,b,c,*} y Davide Malmusi^a

^a Agència de Salut Pública de Barcelona, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de febrero de 2010

Aceptado el 5 de mayo de 2010

On-line el 3 de agosto de 2010

Palabras clave:

Investigación

Desigualdades en salud

Determinantes sociales

RESUMEN

Se pretende revisar en primer lugar los marcos conceptuales y algunos principios a tener en cuenta en la investigación sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud. Sucesivamente se describen algunos indicadores de la investigación sobre estos temas en España. El gasto en investigación y desarrollo en España está lejos de la media de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Tanto en todo el mundo como en España, la producción científica sobre desigualdades en salud es muy minoritaria, sobre todo si se compara con otras áreas de investigación, así como el presupuesto destinado a ella. Resulta llamativo el ejemplo de las iniciativas financiadas por la Marató de TV3, donde parece haber poca sensibilidad en financiar proyectos sobre desigualdades en salud. Sin embargo, tanto la producción científica en desigualdades en salud como la financiación de proyectos han aumentado a lo largo de la última década. Finalmente, para avanzar en la investigación sobre desigualdades en salud y en su aportación a la incorporación de la salud en todas las políticas, se hacen recomendaciones que incluyen la redefinición de prioridades, la garantía de recursos y el fomento de la transferencia.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Research on social determinants of health and health inequalities: Evidence for health in all policies

ABSTRACT

This article aims to review conceptual frameworks and some principles to be considered in research on social determinants of health and health inequalities. Some indicators of research on these issues in Spain are described. General expenditure on research and development in Spain is far from the Organisation for Economic Co-operation and Development mean. In addition, both globally and within Spain, the scientific production on health inequalities is very low, especially compared with other research areas. The budget for research on health inequalities is also reduced. A striking example is provided by analysis of the projects funded by the Marató de TV3, which seems to have little interest in funding research on health inequalities. However, both the scientific production and project financing on health inequalities have increased in the last decade. Finally, to advance research on health inequalities and its contribution to the incorporation of health in all policies, recommendations are made, which include redefining priorities, ensuring resources and promoting knowledge translation.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Research

Inequalities in health

Social determinants

Introducción

El Global Forum for Health Research define la investigación «para la salud» como aquella llevada a cabo por cualquier disciplina o combinación de disciplinas que pretende: a) entender el impacto en la salud de las políticas, los programas, las acciones o los eventos originados en cualquier sector y abarcando los determinantes de la salud; b) dar apoyo al desarrollo de intervenciones que ayuden a prevenir o mitigar este impacto, y c) contribuir al objetivo de la equidad en salud y la mejor salud para todas las personas¹. A pesar de esta definición de la investigación en salud, la mayoría de la financiación destinada a ella es abrumadoramente biomédica y no se centra en los determinantes sociales de salud, cuando el potencial de mejora

de la salud de estos últimos podría superar al de los avances en la asistencia sanitaria^{2,3}. Además, los temas investigados son los de interés para los países de renta alta y no los que pretenden disminuir la carga de enfermedad en los países de menor renta del planeta, que son los que tienen peores indicadores de salud^{1,4}.

La desigual distribución de los determinantes sociales de la salud lleva a desigualdades en salud⁵. Para poder intervenir sobre estas desigualdades es necesario contar con la evidencia necesaria sobre los determinantes sociales y su evolución en el tiempo, junto con el conocimiento de los mecanismos que producen y reproducen las desigualdades en salud y sobre las intervenciones para reducirlas. Esta evidencia está influenciada también por circunstancias tales como la cultura, la historia o la política de un determinado país. Son necesarios enfoques multidisciplinares y diversas metodologías de investigación para poder abordar estos aspectos⁶.

En este artículo se pretende revisar, en primer lugar, el marco conceptual y algunos principios a tener en cuenta en la investigación sobre determinantes sociales de la salud y las

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: cborrell@aspb.cat (C. Borrell).

desigualdades en salud. Sucesivamente se describen algunos indicadores de la investigación sobre estos temas en España y al final se hacen recomendaciones para avanzar en la investigación sobre las desigualdades en salud y su aportación a la incorporación de la salud en todas las políticas.

La investigación sobre determinantes de la salud: marcos conceptuales y algunos principios

Marcos conceptuales

Para poder investigar sobre desigualdades en salud es necesario partir de un modelo conceptual que muestre los mecanismos y los procesos causales que intervienen. La figura 1 muestra cuatro modelos conceptuales a tener en cuenta. En primer lugar (modelo A), el clásico modelo de Dalghren y Whitehead⁷, que ha sido ampliamente utilizado y muestra los determinantes de la salud en capas concéntricas, desde los determinantes estructurales (capa externa) hasta los estilos de vida individuales (capa interna), reservando en el centro para las características de las personas que no se pueden modificar, como la edad, el sexo o los factores constitucionales. Este modelo fue conceptualizado para poder diseñar políticas e intervenciones para mejorar la salud.

Otros modelos intentan explicar los determinantes de las desigualdades en salud. El modelo B es el que recientemente ha adoptado la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España⁸, a partir de los modelos propuestos por Navarro⁹ y por Solar e Irwin para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁰, y se compone de los siguientes elementos:

- 1) El contexto socioeconómico y político: se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estructura social y la distribución de poder y recursos dentro de ella.
- 2) La estructura social: incluye los distintos ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad, como son la clase social, el género, la edad, la etnia o raza y el territorio.
- 3) Los determinantes intermedios: la estructura social determina desigualdades en los recursos materiales, que a su vez influyen en procesos psicosociales y conductas, los cuales determinan las desigualdades en salud.

También hay otros modelos interesantes de los determinantes de las desigualdades, como el de Krieger¹¹, el cual introduce el concepto de «incorporación» (*embodiment*), que se refiere a cómo las personas incorporan biológicamente el mundo social en que viven desde la vida intrauterina hasta la muerte.

Los modelos C y D se han utilizado para explicar las desigualdades en salud según el género. El modelo de Arber¹² (C) describe la influencia de la posición en el mercado de trabajo, los recursos materiales y los roles familiares en la salud de la mujer, pero a su vez señala la influencia de la posición en el mercado de trabajo de su pareja y de la división del trabajo doméstico en el hogar. El modelo D ha sido descrito por otro grupo de trabajo de la citada Comisión de la OMS¹³, y señala cómo el género, que es un estratificador social, y sus intersecciones con la clase social, la casta o la raza, y también con los procesos estructurales en conjunto, constituyen los determinantes estructurales de género. Algunos de estos factores son, por ejemplo, el menor nivel educativo de las mujeres, la explotación doméstica de las mujeres, la desigual repartición del poder en todos los niveles de la sociedad, etc. Este modelo también considera factores intermediarios, que habitualmente perjudican a las mujeres,

como las prácticas y los valores discriminatorios, la exposición diferencial a la enfermedad, la discapacidad y la lesión, los sesgos en los sistemas de salud y los sesgos en la investigación, ya que se ha investigado mucho más sobre la salud y la enfermedad de los hombres.

Principios a tener en cuenta

La Measurement and Evidence Knowledge Network de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS propone una serie de principios para desarrollar la evidencia sobre las desigualdades en salud⁶:

- Principio 1: Adoptar un compromiso sobre el valor de la equidad. La igualdad en salud es la ausencia de diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente^{9,14}. El valor explícito que sustenta la investigación sobre desigualdades en salud es que las desigualdades que hay entre sociedades y en una misma sociedad son injustas, evitables e implican la explotación de los grupos desfavorecidos a causa de la desigual repartición de los recursos y del poder. Este valor debe estar presente en todo el proceso investigador.
- Principio 2: Utilizar una aproximación basada en la evidencia. Ello es importante tanto para avanzar en la investigación como para poner en marcha intervenciones. La medicina basada en la evidencia ha sentado las bases para recoger la mejor evidencia empírica cuantitativa. Sin embargo, también es interesante utilizar aproximaciones que permitan sintetizar evidencia cualitativa. Dixon-Woods et al¹⁵ han revisado y criticado una selección de estrategias para la síntesis de evidencia, incluyendo técnicas que son en gran parte cualitativas e interpretativas.
- Principio 3: Utilizar metodologías diversas. La investigación sobre desigualdades en salud se debe abordar utilizando las metodologías necesarias para responder a las preguntas formuladas, lo que implica utilizar diversidad de métodos y disciplinas. A menudo, para entender los procesos que generan y reproducen las desigualdades en salud será necesario ir más allá de las metodologías cuantitativas, habitualmente más empleadas en epidemiología social, y usar metodologías cualitativas que permitan profundizar en ellos. Por otro lado, personas procedentes de distintas disciplinas, como por ejemplo la sociología, la política, la antropología, la historia o la economía, deben formar parte de los equipos de investigación junto con los profesionales de la salud¹⁶.
- Principio 4: Tener en cuenta tanto las diferencias de salud entre grupos como los gradientes. Las desigualdades en salud se han descrito siguiendo tres aproximaciones¹⁷: a) las desigualdades afectan a toda la población (esta aproximación tiene en cuenta que hay un gradiente de salud y enfermedad entre las distintas clases sociales); b) las desigualdades se miden comparando los grupos menos privilegiados y los más privilegiados (*health gap*), y c) se analiza sobre todo la salud de la población más vulnerable. A pesar de que las tres aproximaciones pueden ser válidas dependiendo del objetivo del estudio, es importante tener en cuenta que las desigualdades afectan en mayor o menor medida a toda la población¹⁸, por lo que debería enfatizarse el primer enfoque.
- Principio 5: Comprometerse a intentar identificar los mecanismos causales de cómo operan las desigualdades en salud. Tal como se ha comentado en el apartado anterior, hay distintos modelos que explican estos mecanismos causales. Debe explicitarse el modelo causal que se está utilizando.

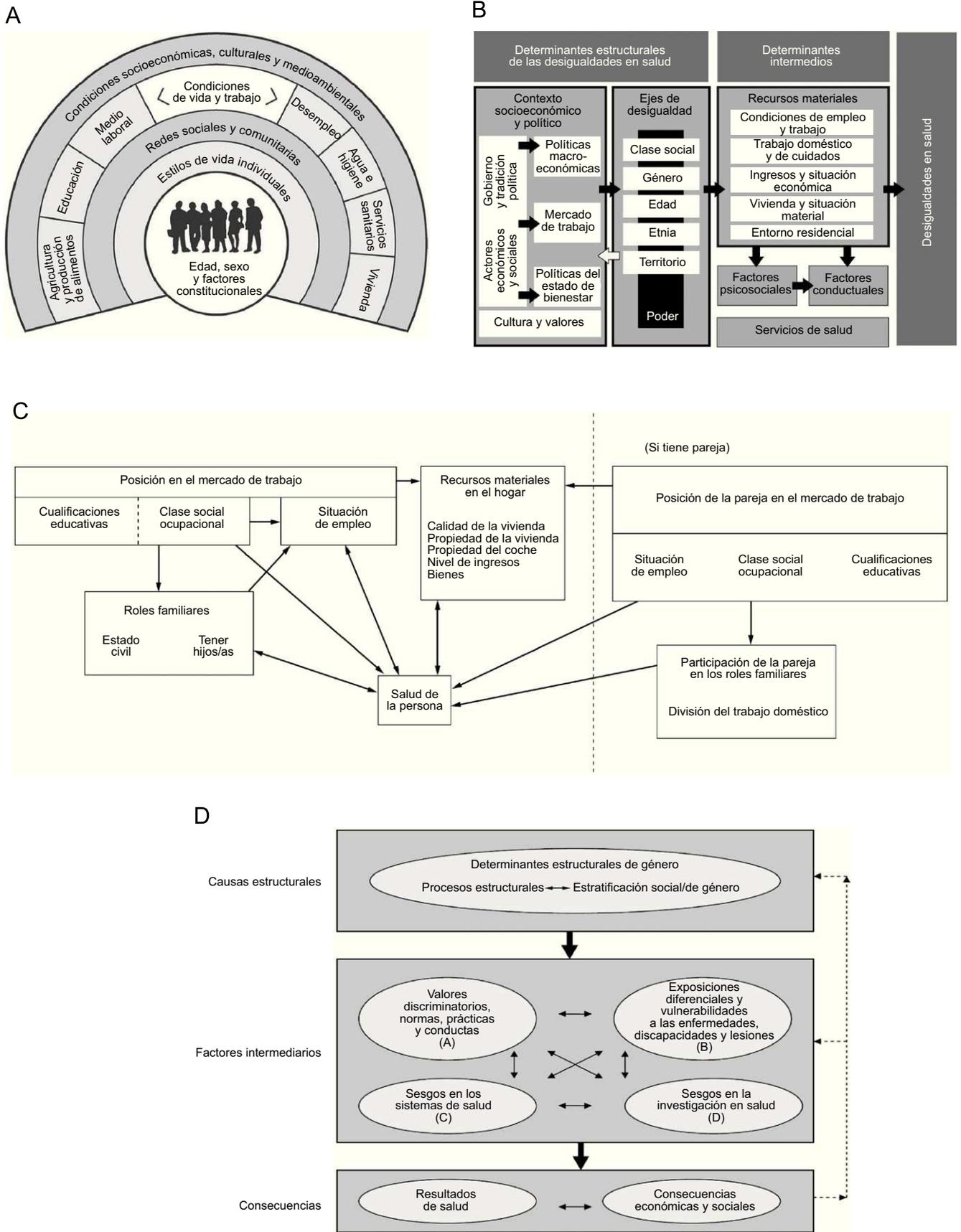


Figura 1. Modelos conceptuales. A: Determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead (1991)⁷. B: Determinantes sociales de las desigualdades en salud de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España (2010)⁸. C: Factores que influyen en la salud de la mujer, según Arber (1997)¹². D: Rol del género como determinante social de la salud, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (Sen y Östlin, 2007)¹³.

- Principios 6 y 7: Describir adecuadamente las estructuras y las dinámicas sociales. Se deben tener en cuenta los distintos ejes de desigualdad existentes, como el género, la raza o la clase social, los cuales tienen en común que: *a)* son contextuales y dinámicos, ya que cambian a lo largo de la historia y en distintos contextos; *b)* son construcciones sociales y no biológicas; *c)* son sistemas que implican relaciones de poder y dominación (un grupo ejerce el poder sobre otro, lo que hace que los distintos grupos tengan intereses no sólo opuestos sino antagónicos); *d)* tienen sentido tanto a nivel estructural o macro (de la sociedad) como a nivel psicosocial o micro (referido a las personas en su vida diaria), y *e)* se expresan simultáneamente tanto en la sociedad como en el individuo, ya que cada persona está localizada en cada una de las dimensiones o ejes^{19,20}.
- Principio 8: Explicitar los sesgos. La ciencia está construida socialmente y, por lo tanto, sujeta a sesgos. Los valores políticos de los investigadores pueden influir en diversos aspectos, como por ejemplo en la elección de temas de investigación o en la metodología utilizada. Por todo ello, es necesario explicitar bien los sesgos políticos que pueden afectar a cualquier investigación. El instrumento Bias Free (*Building an Integrative Analytical System for Recognizing and Eliminating InEquities*) permite identificar y evitar los sesgos en la investigación en salud que se derivan de cualquier jerarquía social²¹. Esta herramienta trata de detectar los siguientes sesgos: *a)* justificación o mantenimiento de la jerarquía, como por ejemplo aceptar prácticas basadas en la jerarquía o hacer prevalecer el punto de vista de los grupos dominantes; *b)* no se examinan las diferencias cuando es necesario hacerlo, un ejemplo de ello son los estudios que se han basado sólo en hombres extrapolando los resultados encontrados a las mujeres sin tener en cuenta las características diferentes entre ambos; y *c)* utilización de estándares dobles como por ejemplo cuando los grupos dominante y dominado son tratados de forma diferente cuando no lo deberían ser, hecho que perjudica al grupo dominado, como ha ocurrido en la estigmatización que han sufrido las personas de raza negra a lo largo de la historia, pues hasta recientemente no se ha aceptado también el concepto de raza blanca.

La experiencia de otros países europeos

Varios países han identificado la necesidad de investigar sobre las desigualdades en salud y de generar, sintetizar y difundir la evidencia sobre su magnitud y causas, y sobre las políticas para reducirlas. Esto ha llevado al establecimiento, según el caso, de comisiones, proyectos o unidades de investigación estables. El caso del proyecto TEROKA en Finlandia es un ejemplo. Iniciado en 1997 por investigadores de distintas agencias gubernamentales y universidades, y financiado por el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud, su objetivo era contribuir a crear y difundir conocimiento sobre la existencia y la evolución de las desigualdades socioeconómicas en salud (incluyendo publicaciones científicas, material educativo, organización de seminarios y redacción de documentos de consenso dirigidos al gobierno), para lograr avanzar en la puesta en marcha de planes y políticas para reducir las desigualdades. La acción del proyecto ha sido clave para impulsar el Plan de Acción Nacional 2008-11 para reducir las desigualdades en salud, de cuya primera redacción se encargó el propio equipo de TEROKA²².

La coexistencia de la voluntad política con la disponibilidad de datos y evidencias ha sido clave para el desarrollo de planes y estrategias de acción intersectorial que reduzcan las desigualdades en salud. En Inglaterra, por ejemplo, con la vuelta al gobierno de los laboristas en 1997 fue comisionado el informe

independiente Acheson, que recogió la evidencia acumulada por las investigaciones sobre desigualdades. El informe fomentó el compromiso del gobierno sobre objetivos mensurables de reducción de las desigualdades territoriales en la esperanza de vida y la mortalidad infantil. La acción sobre las desigualdades en salud encontró sinergias con otras estrategias de gobierno (erradicación de la pobreza infantil, programas de regeneración urbana) y con un impulso estratégico más amplio a la acción intersectorial para conseguir estos objetivos²³. Otro impulso a la investigación que es necesario destacar es que, en el año 2008, el National Institute for Health Research implementó un programa de investigación sobre intervenciones no sanitarias para mejorar la salud y disminuir las desigualdades en salud, con un presupuesto estimado de 10 millones de libras para 2011-2012. En 2009 se destinó 1 millón de libras para este fin²⁴.

La investigación sobre determinantes sociales en salud en España

España partía de un enorme déficit inversor en investigación y desarrollo (I+D) al final de la dictadura (0,4% de gasto sobre el producto interior bruto [PIB] en 1981, frente al 1,91% de la media de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE]), y aunque ha progresado (1,19% en 2006) sigue lejos de la media de la OCDE (2,26%)²⁵ y del objetivo del 3% establecido por el Consejo de Europa¹. La I+D en ciencias médicas supone en España alrededor del 20% del total de I+D (el 0,24% del PIB)¹, y un 49% de ella es financiada por fuentes públicas (frente al 41% de media en la OCDE)²⁶.

Entre 1995 y 2007, la producción científica en España ha crecido muy rápidamente, pasando de 18.214 a 42.980 documentos en la ISI Web of Science, y del 2,1% al 3,2% de la producción mundial de documentos^{27,28}. España ocupa el noveno puesto de la relación de países con mayor producción de documentos entre 1999 y 2009, y el undécimo por citas recibidas²⁹.

Para describir las dimensiones y la evolución de la investigación sobre las desigualdades en salud en España analizaremos dos aspectos: por un lado, el de la producción científica, y por otro el de la financiación de proyectos de investigación.

1) Producción científica sobre determinantes de la salud

Como aproximación a la producción científica española relacionada con las desigualdades en salud, se han utilizado algoritmos de búsqueda en la base de datos MEDLINE³⁰ para estudiar la evolución durante el periodo 1995-2008 de los documentos publicados (artículos de revista o revisiones) con alguna mención de determinantes o desigualdades en salud, con un enfoque de epidemiología o salud pública, y realizados en España o por investigadores de centros españoles. Los filtros utilizados en primera instancia fueron modificados tras la revisión de una muestra de resúmenes de artículos, y se detallan en el cuadro 1. Se obtuvieron 503 artículos de la combinación de los tres filtros, con una tendencia creciente desde 10 artículos en 1995 hasta 61 en 2008. Dicha evolución se ha comparado con: *a)* la de todas las publicaciones con algún enfoque de epidemiología y salud pública (enfoque Epi-SP) en el mundo; *b)* con enfoque Epi-SP en España, y *c)* con enfoque Epi-SP y relacionadas con desigualdades en salud en el mundo, combinando los filtros descritos anteriormente. La **tabla 1** muestra el número de documentos identificados. De ello se desprende que, tanto en España como en todo el mundo, sólo un 1,7% de los documentos con enfoque Epi-SP mencionaban en su título o resumen el estudio de desigualdades o de algún determinante social. La **figura 2** muestra la evolución año a año de las publicaciones, en valores absolutos, y señala el porcentaje relativo de cambio. Todos los subconjuntos

crecen, y el mayor incremento relativo es el de los estudios españoles sobre desigualdades en salud, aunque el muy bajo valor inicial hace que fácilmente haya un gran incremento relativo (atribuible principalmente a los primeros años, al pasar de 10 artículos en 1995 a 40 en 1999). Finalmente, para comparar la producción científica sobre desigualdades en salud con la de otros determinantes de la salud se ha escogido la genética, ya que se trata de un área transversal, igual que los determinantes sociales de la salud, que puede ser investigada tanto desde la salud pública

y la epidemiología como desde otras disciplinas; así, por ejemplo, de una enfermedad en concreto pueden estudiarse tanto las causas genéticas como las sociales. Se ha construido un filtro simple para detectar estudios de genética (cuadro 1) en el mismo periodo 1995-2008. Se obtuvieron 912.396 documentos en todo el mundo y 20.763 en España, lo que en ambos casos representa más de 40 veces el conjunto de artículos que mencionan desigualdades en salud, incluso utilizando un filtro mucho más amplio para estos últimos que para los primeros. La figura 3 hace patente la enorme diferencia de peso entre ambos grupos.

Cuadro 1—Filtros utilizados en MEDLINE.

Enfoque de epidemiología o salud pública: «public health» [MAJR] OR «epidemiology»[sh] OR «prevention and control»[sh] OR «epidemiology»[MAJR]

Este filtro ha sido construido por un consolidado grupo de evaluación bibliométrica³⁸ y, aunque se trate de un primer filtro muy amplio comparado con otros propuestos para estudiar específicamente la investigación en salud pública³⁹, permite contextualizar el crecimiento de la producción sobre desigualdades en salud dentro de un universo más acotado y plausible que el universo de estudios indexados en MEDLINE. **Realizado o participado por investigadores de centros españoles**

Filtro geográfico propuesto por Valderas et al⁴⁰ restringiendo la búsqueda de la palabra «Spain» a los campos afiliación y título.

Enfoque de desigualdades en salud: (social depriv*[Title/Abstract] or (social disadvantage*[Title/Abstract] or (health equit*[Title/Abstract] or (income[Title] or (job insecurit*[Title/Abstract] or (material depriv*[Title/Abstract] or (occupational status[Title/Abstract] or (poverty[Title/Abstract] or (social exclusion[Title/Abstract] or (socioeconomic circumstanc*[Title/Abstract] or (socioeconomic factor*[Title/Abstract] or (socioeconomic position[Title/Abstract] or (socioeconomic status[Title/Abstract] or (socioeconomic variable*[Title/Abstract] or (standard of living[Title/Abstract] or (living standards[Title/Abstract] or (inequalit*[Title/Abstract] or (inequit*[Title/Abstract] or (social class*[Title/Abstract] or (social status[Title/Abstract] or (socio-economic determinant*[Title/Abstract] or (socio-economic circumstanc*[Title/Abstract] or (socio-economic position[Title/Abstract] or (socio-economic status[Title/Abstract] or (socio-economic variable*[Title/Abstract])

Este filtro ha sido construido por los autores a partir de una combinación y selección de términos utilizados en dos estudios similares^{41,42}. Es un criterio bastante amplio, ya que al incluir aquellos estudios que contienen cualquiera de los términos por lo menos en el resumen, se aceptan estudios no centrados en desigualdades en salud que, por ejemplo, simplemente ajustarán por nivel socioeconómico.

Estudios de genética: «genetics»[Title/Abstract] or «genetic»[Title/Abstract] or «genomic»[Title/Abstract] or «genomics»[Title/Abstract] or «genoma»[Title/Abstract] or «gene»[Title/Abstract] or «genes»[Title/Abstract]

2) Financiación de la investigación sobre determinantes de la salud

Como muestra de la situación en cuanto a financiación de la investigación sobre determinantes sociales y desigualdades en salud, se han revisado los proyectos beneficiarios de ayudas estatales de la Acción Estratégica en Salud del Instituto de Salud Carlos III y de la Fundació La Marató de la televisión autonómica de Cataluña (TV3). El análisis sobre las ayudas estatales se refiere al periodo 1998-2008, incluyendo tanto el Subprograma de Proyectos de Investigación en Salud como el Subprograma de Proyectos de Investigación en Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Servicios de Salud (ETES), iniciado en 2001. Se examinaron los proyectos detectados mediante la búsqueda en el título de las palabras «determinan*», «desigualdad*», «género*», «socio*», «*social*», «condicion*», «laboral*», «trabaj*» e «inmigra*». Se contabilizaron aquellos proyectos centrados en el estudio de determinantes o desigualdades sociales, o que los habían tenido en cuenta como uno de los factores «de riesgo» o

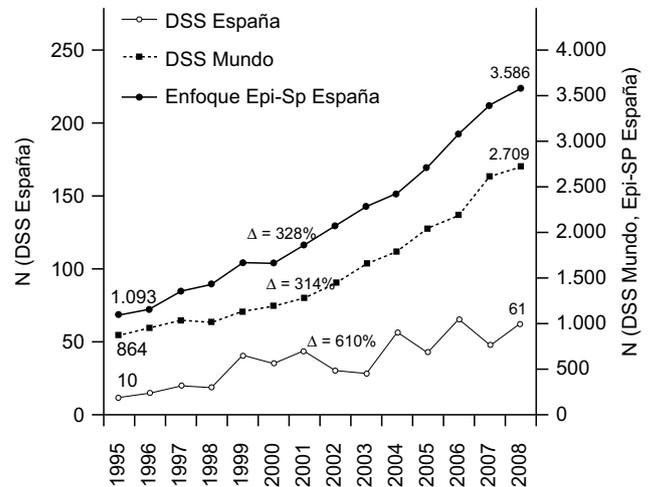


Figura 2. Evolución de la producción bibliográfica (número de documentos) con enfoque en desigualdades en salud en el mundo, y con enfoque en epidemiología y salud pública y desigualdades en salud en España (1995-2008). DSS: determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud. Δ: Número de documentos en 2008 / número de documentos en 1995 (en valor porcentual).

Tabla 1

Documentos identificados en MEDLINE con enfoque de epidemiología y salud pública y de desigualdades en salud en España y en todo el mundo (1995-2008)

	Documentos	Epi-SP mundial (%)	Epi-SP España (%)	DSS mundial (%)
Epi-SP mundial	1.206.538	100		
Epi-SP España	29.803	2,47	100	
Epi-SP+desigualdades en salud mundial	21.440	1,78		100
Epi-SP+desigualdades en salud España	503		1,69	2,35

Epi-SP: Enfoque de epidemiología y salud pública; DSS: determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud.

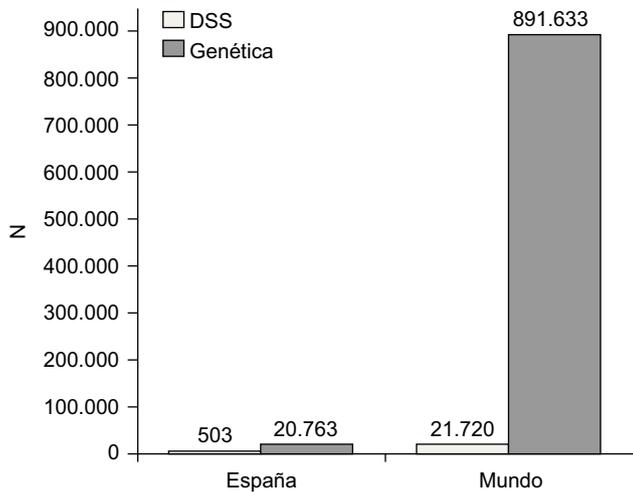


Figura 3. Número de documentos en MEDLINE según enfoque (desigualdades en salud y genética) en España y en todo el mundo (1995-2008). DSS: determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud.

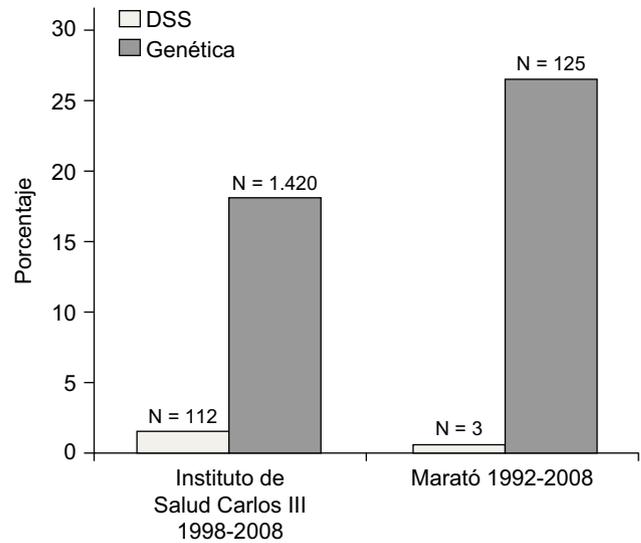


Figura 5. Porcentaje y número (N) de proyectos según enfoque (desigualdades en salud y genética) financiados por la Acción Estratégica en Salud del Instituto de Salud Carlos III (1998-2008) y *La Marató* de TV3 (1992-2008). DSS: determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud.

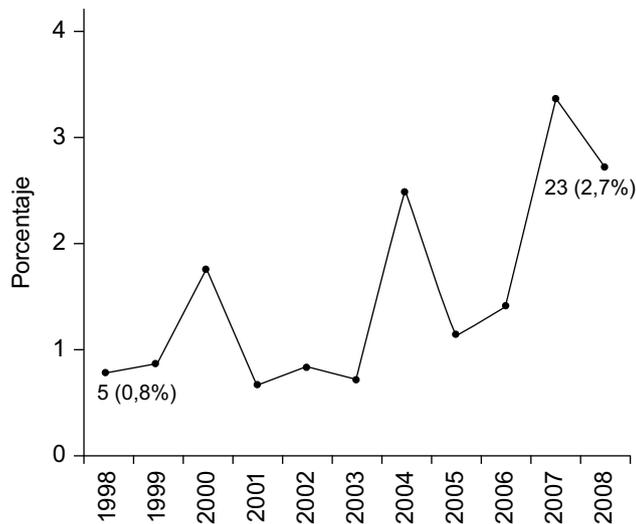


Figura 4. Evolución del porcentaje de proyectos financiados por la Acción Estratégica en Salud del Instituto de Salud Carlos III con enfoque determinantes sociales de la salud y en desigualdades en salud (1998-2008).

«de estratificación» (pero no simplemente de ajuste). Tras la evaluación por separado de los dos autores y la revisión conjunta de las discordancias, se incluyeron 97 proyectos, más 15 que se consideraron «dudosos» por ser insuficiente la información derivada del título. Los 97 proyectos constituyen el 1,24% del total de 7.809 que se financiaron; incluyendo los dudosos, se trataría de un 1,43%. La figura 4 muestra la evolución de la proporción de proyectos con enfoque de desigualdades en salud a lo largo del periodo, con una tendencia temporal que parece favorable. Otra vez a modo de comparación, y utilizando una aproximación muy conservadora, se ha estimado la cantidad de proyectos relacionados con genética, a partir de la búsqueda, sólo en el título, de la porción de palabra «gen» y la exclusión de aquello que no estuviera relacionado (p.ej. se incluyen «citogenética» y «oncogen», pero no «patogenia» u «origen»), y

se han detectado 1.420 proyectos, el 18,2% del total por número (fig. 5, izquierda). Es importante tener en cuenta que, si bien el Instituto de Salud Carlos III representa la principal fuente de financiación estatal para proyectos sobre desigualdades en salud, los estudios de genética reciben principalmente financiación de otros organismos, como por ejemplo la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología, por no mencionar las fuentes privadas o mixtas. *La Marató* se emite en TV3, cada año desde 1992, y recauda donaciones de la población para financiar proyectos de investigación dedicados a una enfermedad o grupo de enfermedades concretas. Entre 1992 y 2008 se han repartido más de 70 millones de euros entre 515 proyectos, cuyo título es accesible en la página web de la fundación³¹. Tras una revisión de todos los títulos, triangulada por los dos autores, y una búsqueda más profunda de información sobre los proyectos con títulos que podían cumplir el criterio, se estableció que tres proyectos parecían haber investigado o tenido en cuenta determinantes sociales o desigualdades, es decir, un 0,58% de los proyectos y un 0,33% del total de los fondos de *La Marató*. Repitiendo la aproximación de búsqueda de proyectos relacionados con genética, se obtuvieron 125 (el 25,3% del total por número; fig. 5, derecha).

Recomendaciones para impulsar la investigación sobre determinantes sociales de la salud y su aportación a la incorporación de la salud en todas las políticas

Resulta evidente que el gasto en I+D en España está lejos de lo que indica la OCDE²⁵ y lejos del objetivo del 3% establecido por el Consejo de Europa¹. Además, tanto en todo el mundo como en España, la producción científica que incorpora la perspectiva de desigualdades en salud es muy minoritaria, sobre todo si se compara con otras áreas transversales de investigación, como la genética. Asimismo, también es reducido el presupuesto destinado a la investigación sobre desigualdades en salud. Resulta llamativo el ejemplo de los proyectos financiados por *La Marató* de TV3, en los cuales, a pesar de que no se conocen los proyectos solicitados, parece haber poca sensibilidad hacia la financiación de proyectos sobre desigualdades en salud. Como punto fuerte, es

necesario destacar el aumento de la producción científica en desigualdades en salud a lo largo de los años, así como el aparente aumento de la financiación estatal, cuyo pico en 2007 podría atribuirse a la incorporación de las desigualdades en salud como línea prioritaria en la convocatoria ETES.

Algunas recomendaciones para el cambio son las siguientes:

- 1) Es necesario redefinir las prioridades en la investigación en salud. Para ello pueden utilizarse instrumentos como por ejemplo la matriz del Global Forum for Health Research, que permite priorizar en función de tres dimensiones: la salud pública (repercusión en la salud), la institucional (sectores o grupos implicados) y la equidad³².
- 2) La reconsideración de las prioridades en investigación en salud debe ir ligada al aumento del presupuesto para investigar en desigualdades en salud. En este sentido, es positivo señalar el énfasis puesto por el Observatorio de Salud de las Mujeres para introducir las desigualdades en salud como una de las líneas prioritarias de investigación en las bases de las convocatorias de proyectos de investigación del Instituto de Salud Carlos III.
- 3) Para poder investigar también es necesario que haya recursos humanos destinados a ello. Sería interesante incentivar la formación en salud pública y en desigualdades en salud, tanto en pregrado como en posgrado, en las disciplinas relacionadas con la salud³³. Por otra parte, es necesario fomentar el conocimiento de la ciudadanía sobre desigualdades en salud, mediante asociaciones civiles, sindicatos, etc., y demostrar cómo la investigación sobre desigualdades en salud puede aportar argumentos acerca de la necesidad o la efectividad de determinadas políticas, lo que favorecería también la reivindicación de este tipo de investigación.
- 4) Se debe potenciar la traslación entre la investigación y la acción³⁴, tanto con iniciativas concretas como, a ser posible, con proyectos más estables (p. ej. el citado TEROKA). En este sentido, es importante enfatizar la necesidad de la difusión de los hallazgos de la investigación, algo que, si es importante para la investigación en salud en general, y especialmente para la investigación en salud pública, en el caso de la investigación sobre desigualdades en salud es fundamental: la mayoría de las acciones que se derivan de esta investigación se desarrollan fuera del sector sanitario, en el terreno de la «salud en todas las políticas», de manera que la publicación de un estudio en una revista científica no es suficiente para llegar a los decisores y a las partes interesadas. Debería haber un compromiso por parte de las instituciones investigadoras para reconocer y facilitar esta tarea, sin la cual la investigación en desigualdades en salud puede quedar como mero ejercicio académico. Por otro lado, para pasar de la evidencia a la decisión política o a la acción, la evidencia debe ser refinada y adaptada al contexto, las circunstancias y las poblaciones locales⁶. Hay numerosas barreras a este proceso, relacionadas con las características de la intervención, la definición de la población diana a la cual va dirigida o los diseños utilizados para probar las intervenciones³⁵. Recientemente se han descrito distintas maneras de reducir la distancia que existe entre la ciencia y la política³⁶, basadas en exponer a los políticos al proceso y los resultados de la investigación y a los científicos a los procesos de toma de decisión y contenidos de la política. También se dispone de instrumentos para ayudar a la implementación de intervenciones a partir del conocimiento, basados en la participación de distintos actores. En este sentido, URBAN HEART (Health Equity Assessment & Response Tool)³⁷ es una herramienta diseñada para valorar las desigualdades en salud en áreas urbanas y posteriormente priorizar e implementar políticas y programas de intervención.

Puntos clave

- El gasto en I+D en España está lejos de lo que indica la OCDE y lejos del objetivo del 3% establecido por el Consejo de Europa.
Para poder investigar sobre desigualdades en salud es necesario partir de un modelo conceptual que muestre los mecanismos y los procesos causales que intervienen.
- Tanto en todo el mundo como en España, la producción científica que incorpora la perspectiva de desigualdades en salud es muy minoritaria, sobre todo si se compara con otras áreas transversales de investigación, como la genética.
- También es reducido el presupuesto destinado a la investigación sobre desigualdades en salud.
- Es necesario redefinir las prioridades en la investigación en salud y aumentar el presupuesto para investigar en desigualdades en salud.

Financiación

El estudio se ha realizado con financiación propia.

Contribuciones de autoría

Carme Borrell ha diseñado el trabajo con la colaboración de Davide Malmusi. Los dos autores han redactado el artículo y han aprobado su última versión. Davide Malmusi ha realizado el análisis de datos.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A Raúl Isaac Méndez-Vásquez por su ayuda en la definición de la búsqueda bibliométrica y a Rocío Barbero por la edición gráfica de la figura 1.

Bibliografía

1. Burke MA, Matlin SA, editores. Global Forum for Health Research. Monitoring financial flows for health research 2008: prioritizing research for health equity. Geneva: Global Forum for Health Research; 2008.
2. Woolf SH, Johnson RE, Phillips Jr RL, et al. Giving everyone the health of the educated: an examination of whether social change would save more lives than medical advances. *Am J Public Health*. 2007;97:679-83.
3. Szreter S. Rethinking McKeown: the relationship between public health and social change. *Am J Public Health*. 2002;92:722-5.
4. Flory JH, Kitcher P. Global health and the scientific research agenda. *Philos Public Aff*. 2004;32:1:36-65.
5. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q*. 2004;82:101-24.
6. Kelly MP, Morgan A, Bonnefoy J, et al. Final report to World Health Organization Commission on the social determinants of health from measurement and evidence knowledge network, 2007 [acceso 26/1/2010]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf.
7. Dalghren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.
8. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010; pendiente de publicación.
9. Navarro V, editor. The political and social contexts of health. Amityville, New York: Baywood Publishing; 2004.

10. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. WHO. Commission on social determinants of health, April 2007 [acceso 26/1/2010]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.
11. Krieger N. Proximal, distal, and the politics of causation – what's level got to do with it? *Am J Public Health.* 2008;98:221–30.
12. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Soc Sci Med.* 1997;44:773–87.
13. Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Women and Gender Equity Knowledge Network. 2007 [acceso 26/1/2010]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf.
14. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429–45.
15. Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, et al. Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *J Health Serv Res Policy.* 2005;10:45–53.
16. Clarke A, McCarthy M, Álvarez-Dardet C, et al. New directions in European public health research: report of a workshop. *J Epidemiol Community Health.* 2007;61:194–7.
17. Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *J Soc Policy.* 2004;33:115–51.
18. Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008;372:1661–9.
19. Weber L. A conceptual framework for understanding race, class, gender and sexuality. *Psychology of Women Quarterly.* 1998;22:13–32.
20. Weber L. Reconstructing the landscape of health disparities research. Promoting dialogue and collaboration between feminist intersectional and biomedical paradigms. En: Schulz AJ, Mullings L, editores. *Gender, race, class, and health. Intersectional approaches.* San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 21–59.
21. Burke MA, Eichler M. Global Forum for Health Research. The BIAS FREE Framework: a practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. Geneva: Global Forum for Health Research; 2006.
22. Sihto M. Reducing socioeconomic inequalities in health. *Health Policy Monitor.* 2007 [acceso 25/1/2010]. Disponible en: <http://www.hpm.org/survey/fi/a9/2>.
23. Earwicker R. The English experience in promoting intersectoral collaboration in tackling health inequalities [consultado 25/1/2010]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/media/isa_case_study_england.pdf.
24. National Institute for Health Research (UK). Delivering health research: progress report 2008/09. London: Department of Health; 2009.
25. OECD. Expenditure on R&D. En: OECD factbook 2009: economic, environmental and social statistics [acceso 25/1/2010]. Disponible en: <http://www.sourceoecd.org/rpsv/factbook2009/index.htm> > Science ad Technology > Research and Development.
26. OECD. Gross domestic expenditure on R&D – GERD – by sector of performance and field of science. Vol. 2008 release 1 [acceso 25/1/2010]. Disponible en: <http://www.sourceoecd.org/> > Statistics.
27. Fundación Cotec para la Innovación Tecnológica. Tecnología e innovación en España: informe Cotec 2008. Madrid; 2008.
28. Fundación Cotec para la Innovación Tecnológica. Tecnología e innovación en España: informe Cotec 2009. Madrid; 2009.
29. The Thomson Corporation. ISI Essential Science Indicators [acceso 15/4/2010]. Disponible en: <http://sauwok.fecyt.es/esi/home.cgi>.
30. National Library of Medicine. PubMed Home [acceso 25/1/2010]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
31. Fundació La Marató de TV3. Todos los proyectos financiados [acceso 31/1/2010]. Disponible en: http://www.tv3.cat/marato/es/projectes_financats.
32. Global Forum for Health Research. The 3D Combined Approach Matrix: an improved tool for setting priorities in research for health. Geneva: Global Forum for Health Research; 2009.
33. Benavides FG, Bolúmar F, Gómez-López L. El Espacio Europeo de Educación Superior, una gran oportunidad para la salud pública. *Gac Sanit.* 2006;20:89–90.
34. Welch V, Ueffing E, Tugwell P. Knowledge translation: an opportunity to reduce global health inequalities. *J Int Dev.* 2009;21:1066–82.
35. Glasgow RE, Emmons KM. How can we increase translation of research into practice? Types of evidence needed. *Annu Rev Public Health.* 2007;28:413–33.
36. Choi BC, Gupta A, Ward B. Good thinking: six ways to bridge the gap between scientists and policy makers. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63:179–80.
37. WHO Centre for Health Development. URBAN HEART, Health Equity Assessment & Response [acceso 15/4/2010]. Disponible en: <http://www.who.or.jp/urbanheart/index.html>.
38. Méndez Vásquez RI, Suñén Pinyol E, Olivé Vázquez G, et al. Caracterización bibliométrica de la producción científica en epidemiología y salud pública (EPI-SP) de España, 1997–2006 [acceso 22/1/2010]. Disponible en: http://bibliometric.prbb.org/ciberesp/docs/Bibliometria_CIBERESP.pdf.
39. Clarke A, Gatineau M, Grimaud O, et al. A bibliometric overview of public health research in Europe. *Eur J Public Health.* 2007;17(Suppl 1):43–9.
40. Valderas JM, Mendivil J, Parada A, et al. Construcción de un filtro geográfico para la identificación en PubMed de estudios realizados en España. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:1244–51.
41. Almeida-Filho N, Kawachi I, Pellegrini Filho A, et al. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971–2000) and descriptive content analysis (1971–1995). *Am J Public Health.* 2003; 93: 2037–43.
42. Bamba C, Gibson M, Amanda S, et al. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health.* 2010;64:284–91.