

Determinantes sociales de la salud en el contexto del VIH

Pedro Gullón

Grupo de Investigación en Salud Pública y Epidemiología. Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales. Universidad de Alcalá.

E-mail de correspondencia: pedro.gullon@uah.es

OBJETIVO

El objetivo de esta comunicación es doble. Por un lado, mostrar las definiciones de desigualdades sociales en salud y determinantes sociales de la salud. Por otro, aplicar este marco conceptual al conocimiento del VIH y del SIDA.

METODOLOGÍA

A partir del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud que elaboró el Ministerio de Sanidad en su informe “Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España”⁽¹⁾, se buscaron en las principales bases de datos artículos científicos que consideramos relevantes en determinantes estructurales, intermedios y desigualdades en VIH y SIDA.

RESULTADOS

Nuestro estado de salud es diferente según el país, según la ciudad, según el barrio, según la clase social, según el género, según tu historia vital... No obstante, no todas las diferencias en salud nos preocupan de la misma manera. De hecho, podemos distinguir entre:

(a) Las diferencias en salud, que son desviaciones del estado de salud entre grupos que no pueden evitarse (por ejemplo, que las personas mayores tengan más probabilidad de morir que las jóvenes),

(b) y (b) las desigualdades en salud, que podemos considerar que son sistémicas, injustas y evitables (por ejemplo, diferencias de esperanza de vida según la clase social)⁽²⁾.

Por sistémicas entendemos que son producidas en estructuras sociales. Por ejemplo, que las personas mayores tengan más probabilidad de morir que las jóvenes es un proceso relacionado con la edad como proceso biológico; sin embargo, que las personas mayores tengan problemas de salud mental relacionados con la soledad no deseada es debido a estructuras sociales que empujan hacia la soledad de las personas mayores (cambios en modelos familiares, horarios de trabajo de familiares...). Por injustas entendemos que bajo el marco de justicia social que utilizamos las desigualdades no son aceptables.

Por tanto, el considerar (o no) cómo injustas diferencias en salud no podemos evitarlo ni la teoría ni la ideología. Por evitables entendemos que las desigualdades en salud cambian, y, tanto los procesos sociales como las políticas pueden hacer que esas desigualdades aumenten o disminuyan a lo largo del tiempo.

Desde el punto de vista del VIH y del SIDA se ha publicado evidencia científica de desigualdades en salud tanto en la incidencia de nuevos casos, como en la mortalidad o la supervivencia. Un estudio reciente publicado en la revista *The Lancet* analizó la epidemiología del VIH en EE. UU., donde se encuentran diferencias en la prevalencia de VIH por posición socioeconómica, género, orientación sexual o raza⁽³⁾; por ejemplo, las mujeres negras tienen 17,6 veces más prevalencia de VIH que las mujeres blancas. En términos de supervivencia, una revisión de la literatura realizada por Sophie Abgrall y Julia del Amo encontró que existían desigualdades en la supervivencia de perso-

nas con VIH en función de la posición socioeconómica, el género, la raza o el país donde se viva⁽⁴⁾.

La investigación en salud pública ha realizado esfuerzos por buscar las causas de estas desigualdades para poder realizar acciones que puedan disminuirlas. Desde la epidemiología social se busca identificar causas que no estigmaticen a la población y que vayan a la raíz de los problemas y sus causas sociales, políticas, económicas o culturales⁽⁵⁾. Cogiendo el marco de los determinantes sociales de la salud se suelen clasificar las causas de las desigualdades en salud entre los determinantes estructurales (la forma que tenemos de estructurar la sociedad, tales como el patriarcado, el sistema económico, los valores culturales, etc.) y los determinantes intermedios (los recursos materiales de las personas, como su trabajo remunerado o no remunerado, los ingresos, la vivienda, o el acceso al sistema sanitario)⁽¹⁾. Desde este marco, existe, por ejemplo, evidencia de que las políticas contra la violencia de género o transformadoras de las normas de género pueden reducir las desigualdades de género en el VIH⁽⁶⁾.

Una forma en la que se pueden comprender estos determinantes es valorando en qué punto de la historia natural del VIH es donde se pueden producir las desigualdades⁽⁷⁾. La historia del VIH va desde que una persona es susceptible a la infección, está expuesta, desarrolla la infección y evoluciona, o no, hacia enfermedad. En el paso de ser susceptible a estar infectada se pueden producir desigualdades por un *riesgo diferencial de exposición*; por ejemplo, por las condiciones de trabajo, violencia sexual, discriminación o acceso a terapias como la PrEP.

En el paso desde la exposición hacia la infección o posterior evolución a enfermedad, pueden generarse desigualdades por un *riesgo diferencial en la vulnerabilidad*, dada por acceso al tratamiento para el VIH, seguimiento de este, un retraso diagnóstico o la presencia de otras comorbilidades que hagan que la evolución sea peor.

CONCLUSIONES

- Las desigualdades en salud (y en VIH/SIDA) no son fenómenos naturales, si no que la acción humana en forma de diferentes políticas o acciones modifica las desigualdades en VIH y SIDA.
 - Las acciones individuales en salud tendrán poco efecto si no se atiende a cambios estructurales y a los determinantes sociales de la salud a diferentes niveles.
 - El trabajo es en múltiples sectores y las políticas fuera del sector salud deben tener evaluación de impacto en salud y sus desigualdades.
 - La monitorización del VIH y sus desigualdades debe ir de la mano de las acciones en sus determinantes para la reducción de estas.

REFERENCIAS

1. 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. Madrid; 2015. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPreencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf (consulta septiembre 2023)
2. Mackenbach JP. Health inequalities: persistence and change in European welfare states. Oxford University Press; 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oso/9780198831419.001.0001> (consulta agosto 2023)
3. Sullivan PS, Satcher Johnson A, Pembleton ES, Stephenson R, Justice AC, Althoff KN, et al. Epidemiology of HIV in the USA: epidemic burden, inequities, contexts, and responses. *Lancet*. 2021;397(10279):1095-106.
4. Abgrall S, del Amo J. Effect of sociodemographic factors on survival of people living with HIV. *Curr Opin HIV AIDS*. 2016;11(5):501.
5. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 1985;14(1):32-8.
6. Hardee K, Gay J, Croce-Galis M, Peltz A. Strengthening the enabling environment for women and girls: what is the evidence in social and structural approaches in the HIV response?. *J Int AIDS Soc*. 2014;17(1):18619.
7. Jiménez Carrillo M, Gullón Tosio P, Bilal Álvarez U. Marco conceptual para comprender las desigualdades por COVID-19. *Rev Int Études Basque Int J Basque Stud RIEV*. 2022;67(1):11-20.