

CONDICIONANTES SOCIALES Y DEL CONTEXTO FAMILIAR QUE SERÍA RECOMENDABLE INCLUIR EN LA HISTORIA DE SALUD DIGITAL

26 de diciembre de 2025



Financiado por la Unión Europea
NextGenerationEU



Plan de Recuperación,
Transformación
y Resiliencia

Coordinación y redacción:

Área de Promoción de la Salud y Equidad. Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad.

– Jara Cubillo Llanes, María Terol Claramonte, Ana Gil Luciano, Ignacio M. Giménez Alba

- Laura Molina Núñez, Carlos Llano Gómez, Lucía Martínez Manrique, Daniel Aguilar Figueroa, Elisa Bautista Martín (residentes en periodo de formación en el Área durante un tiempo determinado del trabajo del grupo y la elaboración de este documento)

Revisión y aportaciones al documento:

- **Miembros del Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria:**

Personas designadas por el Comité Institucional del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria

- Andalucía. Sandra González Pérez
- Aragón. Carmen Belén Benedé Azagra
- Asturias. Rafael Cofiño Fernández
- Baleares. Susana Munuera Arjona, Maria Clara Vidal Thomàs
- Canarias. Marta Artilles Hernández, José Ramón Rodríguez Borges, Pedro Díaz Fernández
- Cantabria. Asunción Velez Escalante
- Castilla-La Mancha. Vicente Herranz Catalán
- Castilla y León. Lydia Salvador Sánchez
- Cataluña. Esther Gil Sánchez
- Ceuta. Juan Carlos Mata Padilla, Mercedes Forja Ley
- Comunidad Valenciana. M^ª José Lloria Cremades
- Extremadura. Jesús del Barco Cordero
- Galicia. Francisco Jesús Represas Carrera
- INGESA. Aurora Peña López
- La Rioja. Ruth Cotelo Sáenz, Maria Cortijo Cima Esquivel
- Madrid. Yolanda del Rey Granada
- Murcia. Aurora Tomás Lizcano, Encarnación Martínez Mondéjar
- Navarra. Susana Miranda Alcoz
- País Vasco. Clara Val Martínez, Arrate Iturralde Pinedo

Personas designadas por el Comité Técnico del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria

- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Aurora García Lerín
- Sociedad Española Médicos Generales y de Familia (SEMG). Yudit Sosa Jiménez
- Sociedad Española Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC). Susana Aldecoa Landesa
- Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM). Ana Giménez Vázquez
- Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Reyes Mazas Raba
- Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). José Ramón Martínez-Riera

- Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Marina Pola García
- Asociación Española de Enfermería Pediátrica. Pilar Veledo Barrios
- Sindicato de Enfermería (SATSE). Paloma Repila Arenas
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. M^a del Mar Martínez Lao
- Plataforma NursingNow. Adelaida Zabalegui Yárnoz
- Asociación Española de Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria (AEF-APySC). Tirso Docampo Ferreira, Montserrat Ingles Novell.
- Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. Raúl Ferrer Peña
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Oscar Pino López
- Consejo General del Trabajo Social. Raquel Millán Susinos
- Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Miguela Arévalo
- Sociedad Científica Española de Trabajo Social Sanitario (SCETSS). Bilal Abdelkader Mohamed
- Sociedad Española de Farmacéuticos de Primaria (SEFAP). Ana Isabel Villimar Rodríguez
- Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos. Raquel Martínez García
- Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). Jose Manuel Aranda Regules
- Foro Español de Pacientes. Andoni Lorenzo
- Alianza General de Pacientes. Jose Luis Baquero
- Plataforma de Organizaciones de Pacientes. Carina Escobar
- Confederación Estatal Asociaciones Vecinales. José Cuñat de la Hoz
- CCOO. Agustín Reoyo Jiménez
- CCOO-Sanidad. Aurelio Duque Valencia
- UGT SERVICIOS PÚBLICOS. Ana M^a Francés Roger
- UGT CONFEDERAL. Josefa Avalos Medina

Personas designadas por la Ponencia de Promoción de la Salud

- Andalucía. M^a Dolores Fernández Péres, Sebastián Tornero Patricio
- Aragón. M^a Pilar Macipe Costa, Mercedes Febrel Bordejé
- Asturias. Sonia López Villar
- Baleares. Elena Cabeza Irigoyen
- Canarias. Pedro Díaz Fernández
- Castilla y León. Cristina Martín Marín, Pedro Ángel Redondo, Maria Teresa Jiménez López
- Cataluña. Jordina Capella, Sara Tolosa
- Comunidad Valenciana. Rosana Peiro Pérez, María Del Pilar Botija Yagüe, Carmen Barona Vilar.
- Galicia. Silvia Suárez Luque
- La Rioja. Pablo Alberto Sainz Ruiz, M^a José López de Valdivielso
- Madrid. Julia Domínguez Bidagor
- Murcia. Olga Monteagudo Piqueras
- Navarra. Rocío Ibáñez Espinal
- País Vasco. Beatriz Nuin González

- **Han participado también en la revisión de este documento:**

- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad: Silvia Rivera Ariza, María José Sierra Moros, Pilar Soler Crespo
- Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad: Rosa María López Rodríguez, Victoria Mon Trotti e Ignacio Rucandio Alonso

Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027

- Área de Salud Laboral. Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Ministerio de Sanidad: Montserrat García Gómez
- División de Prevención, Promoción y Protección de la Salud Mental. Comisionado de Salud Mental. Clara Benedicto Subirá.
- Secretaría de la CoVINNA: Sara Gil Tarragato, Soledad Justo Gil
- Subdirección General de Derechos LGTBI. Ministerio de Igualdad. Alberto Martín-Pérez Rodríguez
- Grupo de Trabajo de Inequidades en Salud-Salud Internacional de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC): Luis Andrés Gimeno Feliu
- Agència Salut Pública de Barcelona (ASPB). Lucía Artazcoz, Carme Borrell y Glòria Perez.
- Sociedad Española de Epidemiología (SEE), Grupo de trabajo de determinantes sociales. Constanza Jacques Aviñó, María Mercedes Esteban Peña, Unai Martín Roncero
- ATD Cuarto Mundo España. Daniel García Blanco

Versiones de este documento

Versión 1 – 29 de diciembre de 2023	
Versión 2 – 26 de diciembre de 2025	Actualización del documento completo (ver apartado 4 para mayor detalle).

Índice

1.	Introducción	6
2.	Marcos estratégicos	8
3.	Objetivo	10
4.	Metodología	10
5.	Propuesta de condicionantes sociales que sería recomendable incluir en la HSD	12
5.1.	Edad	19
5.2.	Sexo.....	19
5.3.	Territorio.....	21
5.4.	Lugar de origen	23
5.5.	Posición socio-económica.....	25
5.6.	Trabajo	28
5.7.	Identidad de género	30
5.8.	Orientación sexual	32
5.9.	Discapacidad y dependencia.....	33
6.	Propuesta de aspectos relacionados con el contexto social y familiar a recoger en la HSD 35	
7.	Qué hacer y no hacer en la recogida de condicionantes sociales en la HSD.....	47
8.	Recomendaciones para la implementación en las Comunidades y Ciudades Autónomas	48

Cómo citar este documento: Ministerio de Sanidad. Condicionantes sociales y del contexto familiar que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital. Madrid, 2025.

1. Introducción

La salud fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946¹ como el "estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades", es decir, se trata de una idea de **salud integral**, que abarca las dimensiones biológica, psicológica y social. Posteriormente, han ido surgiendo diferentes definiciones, teniendo en cuenta más los contextos y un enfoque salutogénico, como la definición de Bircher & Kuruvillea que, usando el modelo Meikirch, propusieron definir la salud como un estado de bienestar que surge de las interacciones entre los potenciales de los individuos, las demandas de la vida y **los determinantes sociales** y ambientales².

Los **determinantes sociales de la salud** son las condiciones sociales, culturales, políticas, económicas y del ambiente en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y sus posibilidades de acceso al poder, a la toma de decisiones, recursos y dinero que mejoren dichas condiciones ([Glosario de Promoción de la Salud de la OMS, 2021](#)³), incluido el sistema de salud. Estos determinantes se distribuyen de manera no uniforme en la población, produciendo desigualdades sociales en salud. Estas desigualdades, o inequidades, en salud son estructurales, sistemáticas, injustas y evitables, y se generan en función de diferentes determinantes y ejes de desigualdad, como la edad, el género, el territorio, la clase social, la discapacidad, la migración, la etnia, la raza o la orientación sexual, entre otros ^{4 5 6}.

La salud es, por tanto, un proceso complejo fuertemente condicionado, tanto positiva como negativamente, por las circunstancias en las que las personas viven, conviven y trabajan, y por el contexto socioeconómico, político y ambiental⁷. Es por ello por lo que, para atender al estado

¹ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Documentos Oficiales de la Organización Mundial de la Salud, núm. 2, pág. 100) y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

² Bircher J, Kuruvillea S. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health. *J Public Health Pol.* 2014; 35:363-386.

³ Glosario de Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 2021. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/glosario/home.htm>

⁴ Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de la salud.

Ministerio de Sanidad, 2011. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/guiaMetodologica.htm>

⁵ Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of H. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008;372(9650):1661-9. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673608616906?via%3Dihub>

⁶ Comisión Para Reducir Las Desigualdades Sociales En Salud En España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit.* 2012 Mar-Apr;26(2):182-9. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.07.024. Epub 2011 Nov 22. PMID: 22112713. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003025?via%3Dihub>

⁷ Dally D, Amith M, Mauldin RL, Thomas L, Dang Y, Tao C. A Semantic Approach to Describe Social and Economic Characteristics That Impact Health Outcomes (Social Determinants of Health): Ontology

de salud de una persona, grupo o una comunidad, es necesario contextualizarlo con el objetivo de entender adecuadamente la situación y realizar un **abordaje biopsicosocial**.

La Historia de Salud Digital (HSD) es una “evolución de los sistemas actuales de historia clínica electrónica, en el marco de la nueva atención sanitaria 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa), totalmente digital, interoperable a nivel nacional e internacional y centrada en la persona/paciente (la información sigue al paciente), para asegurar tanto la calidad de su atención sanitaria como la eficiencia y equidad de las actuaciones del SNS. El objetivo es que constituya el elemento central de todo un sistema sanitario digital centrado en las personas.” (Apartado b.3 de la [Estrategia de salud digital, 2021](#))⁸

Incluir en la HSD los condicionantes sociales de la persona y de su contexto familiar y relacional facilita el abordaje biopsicosocial, de manera que los equipos profesionales puedan conocer y tener en cuenta las condiciones de vida de la persona a la hora de plantear un diagnóstico, una recomendación, un seguimiento o elaborar un plan de intervención, de cuidados o de acción comunitaria, que deberán ser consensuados, involucrando a las personas en la toma de decisiones sobre su propia salud, y trabajando en equipo de manera interdisciplinar y transdisciplinar. Estos condicionantes influyen en la salud, pudiendo ser factores de riesgo, protectores o modificadores, por lo que es necesario tenerlos en cuenta para un adecuado abordaje y para evitar medicalizar los malestares de la vida diaria.

Así mismo, aunque la vigilancia no es el objetivo principal de este documento, el registro de estos condicionantes puede proporcionar una información muy valiosa y favorecer la implementación de la **vigilancia** de los determinantes sociales de la salud y sus desigualdades, que es una de las líneas de acción para alcanzar la **equidad en salud**.

Además, puede ser de utilidad como herramienta de planificación sanitaria para facilitar la organización de los recursos en función de criterios ajustados al territorio, las características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población (Marco Estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria⁹). También pueden ser de ayuda para evaluar servicios y programas con enfoque de equidad.

Actualmente, aunque pueden registrarse algunos condicionantes de forma manual (texto libre) o mediante la utilización de códigos Z en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a edición (CIE-10) o la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2), en general, la HSD no permite registrar y actualizar de una manera sencilla los principales condicionantes sociales y de contexto familiar y relacional de las personas. Conviene aclarar que esto no significa que no

Development Study. Online J Public Health Inform. 2024 Mar 13;16:e52845. doi: 10.2196/52845. PMID: 38477963; PMCID: PMC10973958.

⁸ Estrategia de Salud Digital del SNS. Ministerio de Sanidad, 2021. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf

⁹ Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Ministerio de Sanidad, 2019. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

se tengan en cuenta en el proceso de atención. Sin embargo, la falta de adaptación de la HSD presenta los siguientes inconvenientes¹⁰:

1. Dificulta consultar los condicionantes sociales en tiempo real e integrarlos en la atención holística de las personas.
2. Dificulta realizar un adecuado y más efectivo abordaje biopsicosocial, familiar y comunitario de las personas y las poblaciones.
3. Dificulta la evaluación de los resultados en salud en función de variables sociales, lo cual sigue invisibilizando su importancia y dificulta detectar grupos de personas en situación de vulnerabilidad, así como orientar las políticas de salud según las necesidades y las demandas de la población.

Por todo ello, es necesario consensuar un conjunto mínimo de datos sociales y de contexto familiar que sea recomendable incorporar en la HSD de manera que faciliten el abordaje biopsicosocial, familiar y comunitario, y que permitan conocer, visibilizar y analizar los condicionantes sociales y de contexto familiar que influyen en la salud de la población.

2. Marcos estratégicos

La inclusión de los condicionantes sociales en la HSD es una línea de acción recogida en las acciones priorizadas para el fortalecimiento de la atención primaria y comunitaria (APyC), en la vigilancia en salud pública y en salud digital.

El [Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria](#)¹¹ señaló la importancia de reforzar la orientación comunitaria, incluyendo en su *objetivo D*:

- Fomentar el abordaje biopsicosocial desde la consulta de atención primaria (AP), a través de la entrevista clínica integral y la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios.
- Fomentar la educación para la salud individual y grupal orientada a los determinantes de la salud.
- Impulsar la salud comunitaria desde AP, mediante la acción comunitaria en salud, la intersectorialidad y la participación, para abordar la salud de la población y sus determinantes sociales.

¹⁰ Escartin P, Cofiño R, Gimeno Feliu LA. Medicina Comunitaria en nuestro día a día. En: Casajuana Brunet J, editor. Gestión de lo Cotidiano. Barcelona: Semfyc; 2016. p. 296

¹¹ Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Ministerio de Sanidad, 2019. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

El [Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023](#)¹² se construyó con la intención de operativizar el Marco Estratégico, con objetivos, indicadores y resultados esperados en el plazo de dos años. Entre las acciones priorizadas se encuentra la de orientación a la comunidad, y para ello recoge bajo la acción 9.5 del plan lo siguiente: “Definición de los condicionantes sociales y del contexto familiar de las y los pacientes que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital de manera homogénea a través de un grupo de trabajo formado con las CC. AA. y el Ministerio de Sanidad”.

Para avanzar en el objetivo de reforzar la orientación comunitaria recogido en este Plan, el Ministerio de Sanidad creó un **Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria**, con participación de Salud Pública y APyC de las CC. AA., así como de sociedades científicas, colegios profesionales, sindicatos y asociaciones de pacientes de APyC. La publicación de este documento sobre condicionantes sociales para incluir en la HSD es uno de los resultados esperados del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria de 2022-2023.

El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027¹³, que da continuidad al plan anterior, en su línea 7 de salud comunitaria, recoge la acción 7.5 “Incorporar los condicionantes sociales y del contexto familiar en la Historia de Salud Digital” siendo uno de los indicadores de esta acción la publicación de la versión actualizada del documento Condicionantes sociales y del contexto familiar que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital.

Por otro lado, como se ha señalado anteriormente, a pesar de que la vigilancia no es el objeto de este documento, la [Estrategia de vigilancia en salud pública en el Sistema Nacional de Salud \(SNS\)](#)¹⁴ incluye dentro de su acción 22.4 “Definir un conjunto mínimo de variables sociales y promover su incorporación a la vigilancia de forma homogénea a través de su inclusión en la historia clínica electrónica o en los sistemas de información sanitarios mediante el método más adecuado”.

Así mismo, el [Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública](#)¹⁵ amplía la vigilancia a todos los aspectos de interés para la Salud Pública, más allá de las enfermedades transmisibles, integrando la vigilancia del estado de salud

¹² Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Ministerio de Sanidad, 2021.

Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf

¹³ Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027. Ministerio de Sanidad, 2024.

Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionPrimaria/docs/PLAN_DE_ACCION_DE_ATENCION_PRIMARIA_Y_COMUNITARIA_2025-2027.pdf

¹⁴ Estrategia de vigilancia en salud pública en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, 2022.

Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/vigilanSP/doc/estrategiaVigilanciaSaludPublica.pdf>

¹⁵ Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública.

Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2024-12379>

de la población en términos de bienestar, morbilidad y mortalidad y de los riesgos, determinantes, inequidades y factores que la condicionan. Para ello es importante el registro, de forma homogénea, en la HSD, de los condicionantes sociales.

Desde la [Estrategia de Salud Digital del SNS \(2021-2026\)](#)¹⁶ se recoge también la necesidad de incorporar en la HSD la información ambiental y social. Entre las diferentes líneas establecidas para trabajar la extensión de la estrategia, el *Grupo de Trabajo 4* tiene entre sus objetivos avanzar en el desarrollo de la historia sociosanitaria.

3. Objetivo

Definir los condicionantes sociales y del contexto familiar y de las personas que es recomendable incluir en la HSD de manera homogénea a través de un grupo de trabajo formado por las CC. AA. y el Ministerio de Sanidad, con el propósito de que pueda servir como apoyo a los/las profesionales para la incorporación del abordaje biopsicosocial en la atención sanitaria en consulta.

4. Metodología

Se elaboró un primer borrador desde el Área de Promoción de la Salud y Equidad, en base al trabajo previo realizado en el [Grupo de Trabajo de Vigilancia de Equidad y los determinantes sociales de la salud](#)¹⁷, así como al trabajo desarrollado en el contexto de la promoción de la [salud comunitaria](#)^{18 19}. El borrador fue revisado por personas expertas de diferentes departamentos con objetivos coincidentes o sinérgicos (grupo coordinador de la Historia Social Sanitaria en la Estrategia de Salud Digital, área de Atención Primaria-BDCAP de Sistemas de Información Sanitaria, el CCAES, Dirección General de Diversidad Sexual y Derechos LGTBI del Ministerio de Igualdad).

¹⁶ Estrategia de Salud Digital del SNS. Ministerio de Sanidad, 2021. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf

¹⁷ Documento técnico del Grupo de Trabajo de Vigilancia de Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Ministerio de Sanidad, 2021. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/DocTecnico_GTVigilanciaEquidadyDeterminantesSocialesSalud_2_021.pdf

¹⁸ Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Ministerio de Sanidad, 2021. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/guiaAccionComunitaria.htm>

¹⁹ Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico. Ministerio de Sanidad, 2022. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTecnicos/docs/recomendaciones_estrategia_salud_comunitaria.pdf

El **Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria** revisó el documento y realizó aportaciones, con el fin de lograr un documento de consenso sobre definición de los condicionantes sociales y del contexto familiar que sería recomendable incluir en la HSD.

También se consultó al Observatorio de Salud de las Mujeres, como unidad revisora que realizó aportaciones al borrador.

En diciembre de 2023 se publicó una primera versión del documento, dando respuesta al cumplimiento del Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023, incluido en la reforma primera del componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de Fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria.

Posteriormente, a lo largo de 2024 y 2025, se continuó profundizando en el contenido y justificación del documento. Se realizó una nueva revisión por parte del Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria y grupo revisor, así como por nuevos revisores.

El contenido ha sido evaluado por la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS, para determinar cuáles de las variables que se recomiendan en el documento podrían estar en la Historia Clínica Digital del SNS; siendo el resto del contenido evaluado por las CC. AA., lo cual ayudará a la implementación al nivel adecuado.

Este documento supone un punto de partida para la identificación de las variables más relevantes desde el marco de determinantes sociales de la salud. Como continuidad al trabajo realizado en este documento, y en el marco de las acciones del Plan de Acción de APyC 2025-2027, próximamente se abordará:

- La factibilidad de la inclusión de estas variables en la HSD, teniendo en cuenta la relevancia de cada variable y otros factores como la protección de datos y cuestiones tecnológicas.
- La continuidad en la priorización de las variables según el marco que se establece en el Plan de Acción.. Este trabajo de priorización se está desarrollando con una metodología específica y de manera conjunta y coordinada desde el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria y el Grupo de Trabajo de Historia Social Sanitaria y Plan de Transformación Digital de Atención Primaria. Una vez finalizada, se publicará a modo de anexo a este documento, como primera priorización del conjunto mínimo de condicionantes sociales a incorporar en la Historia de Salud Digital de todas las CC.AA.
- A su vez, las herramientas de medida de cada una de las variables que se establecen en este documento son una recopilación de las fuentes de información que se han detectado. No obstante, se continúa trabajando de manera coordinada en definir y limitar qué herramientas de medición y fuentes de información serán las seleccionadas para las variables que se prioricen, también en el marco del Plan de Atención Primaria y Comunitaria y del Plan de Transformación Digital de Atención Primaria.

5. Propuesta de condicionantes sociales que sería recomendable incluir en la HSD

En este documento se recogen los condicionantes sociales que sería recomendable poder recoger en la HSD con el fin de **facilitar el abordaje biopsicosocial** de los/las **diferentes profesionales** que trabajan en Atención Primaria. Esta recogida de información debería **enfocarse a la mejora de la asistencia**, y no convertirse en un fin en sí mismo. En este sentido podría ayudar vincular la recogida de información a acciones concretas, con orientación clínica asistencial o comunitaria.

Algunos de estos condicionantes se pueden obtener de manera **automática**, ya que son datos que ya están incluidos en la HSD o en la Tarjeta Sanitaria, como pueden ser la edad, el sexo, el lugar de residencia o el nivel de renta.

Otros condicionantes requieren un espacio en la HSD para ser **registrados activamente** por los/las profesionales. Esto, por supuesto, no implica que haya que registrar todos los condicionantes en todas las ocasiones. Se trata de una herramienta para que cuando, en el contexto del abordaje biopsicosocial, se considere necesario explorar estos condicionantes, exista un espacio en la HSD para registrarlos, más allá del texto libre, así como unas orientaciones básicas para la entrevista o aspectos a tener en consideración.

Asimismo, este documento **no especifica el orden ni el procedimiento de recogida de la información con cada persona** a nivel individual, así como tampoco el perfil profesional que debe llevarlo a cabo, ya que esto puede variar en cada caso.

Esta información debe estar sujeta a las mismas exigencias de **confidencialidad** que el resto de la información incluida en HSD, y acorde a la normativa de protección de datos vigente en cada momento, , por lo que será un aspecto relevante para valorar a la hora de realizar los próximos pasos de esta línea de trabajo. Es importante tener en cuenta que muchos de estos condicionantes se relacionan con ejes de desigualdad que se asocian a dinámicas de estigmatización. En este sentido, es fundamental reflexionar sobre qué información es importante recoger y cómo reflejarla en la historia clínica para **evitar promover y ayudar a desmontar prejuicios y estigmas**. En este sentido, puede ayudar guiarse con las siguientes preguntas:

- ¿Qué información puede ser útil registrar?
- ¿Para qué, en qué puede beneficiar al cuidado de la salud de la persona el que quede recogida esa información?
- ¿Quién va a leer esa información, y qué efectos puede tener según su perfil?
- ¿Qué efectos perjudiciales puede tener la recogida de esa información en la historia clínica?
- ¿Cómo registrar la información para que su efecto sea lo más beneficioso posible?

En cualquier caso, se considera que se debe recoger esta información en un **clima de confianza** adecuado con su profesional de referencia, valorando la necesidad de realizar cada pregunta según el momento y contexto de la entrevista y la relación clínica. Se propone incluir sólo aquellos datos acordados y **consensuados con la persona** atendida que aporten información oportuna y necesaria para un abordaje biopsicosocial que tenga en cuenta las fortalezas y recursos de las personas y su contexto, construido longitudinalmente en la relación asistencial y con un objetivo relevante en el proceso de salud.

En el caso de personas **menores de edad** habrá que valorar, según su grado de madurez, si los datos se recogen de la persona menor de edad o de sus personas cuidadoras. En estos casos, los datos de posición socioeconómica se refieren a los de las personas con las que convive.

El registro de los condicionantes sociales y de contexto familiar puede ser una oportunidad para **trabajar coordinadamente con otras instituciones, otros sectores y activos comunitarios** para abordar problemas sociales que van a influir en la salud, evitando así su “medicalización”. En ese sentido, se debe poder elegir quién visualizará la información, de manera consensuada con la persona usuaria.

Algunos de estos condicionantes solo deberán registrarse una o algunas veces a lo largo del tiempo, como el nivel educativo, dada su estabilidad una vez alcanzada determinada edad. Y otros pueden sufrir evolución y requerir una **actualización** periódica. Independientemente de que los condicionantes precisen o no esta **actualización periódica**, como se ha comentado, no todos ellos son relevantes para la atención a la salud de todas las personas, por lo que es posible que haya información que no se recoja por no ser pertinente en ningún momento del proceso asistencial. También se puede plantear la necesidad de retirar información o codificaciones diagnósticas ya incorporadas cuando se considere que han dejado de ser relevantes o puedan ser perjudiciales.

Hay amplio consenso científico en los beneficios de realizar un abordaje biopsicosocial y en la relevancia de los condicionantes sociales y del contexto relacional en la salud. La inclusión de esta información en la HSD y los métodos óptimos para hacerlo requieren de una reflexión y miradas desde múltiples enfoques.

Existen en la literatura experiencias publicadas, tanto a nivel nacional^{20 21 22} como internacional^{23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34}, sobre distintas maneras de recoger e incluir información relacionada con los condicionantes sociales en la HSD en APyC, así como de diferentes aspectos vinculados

²⁰ Rodoreda-Pallàs B, Torra Escarrer E, Sanahuja Juncadella J, Pampalona Cardona T, Solanas Bacardit N, Vilarrubias Calaf M. Evaluación de una guía de codificación de determinantes sociales de la salud en las consultas de atención primaria: Estudio mixto [Evaluation of a coding guide on social determinants of health in primary care consultations: A mixed study]. *Aten Primaria*. 2024 Jun;56(6):102878. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2024.102878. Epub 2024 Feb 23. PMID: 38401205; PMCID: PMC10904901.

²¹ Jiménez Carrillo M, Fernández Rodker J, Sastre Paz M, Alberquilla Menendez-Asenjo Á. ¿Refleja la historia clínica electrónica los determinantes sociales de la salud desde Atención Primaria? *Aten Primaria*. 2021 Jan;53(1):36-42. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2020.01.007. Epub 2020 May 13. PMID: 32417165; PMCID: PMC7752986

²² Robles Pellitero S, Rabanaque Mallén G, Gil Latorre F. Validación de una herramienta de diagnóstico de pobreza en la Comunitat Valenciana. Disponible en: <https://comunidad.semfyec.es/wp-content/uploads/20-3Original4.pdf>

²³ Allen LN, Smith RW, Simmons-Jones F, Roberts N, Honney R, Currie J. Addressing social determinants of noncommunicable diseases in primary care: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2020 Nov 1;98(11):754-765B. doi: 10.2471/BLT.19.248278. Epub 2020 May 1. PMID: 33177772; PMCID: PMC7607469.

²⁴ Perspectives in Primary Care: A Conceptual Framework and Path for Integrating Social Determinants of Health Into Primary Care Practice. DeVoe JE, Bazemore AW, Cottrell EK, Likumahuwa-Ackman S, Grandmont J, Spach N, Gold R. Perspectives in Primary Care: A Conceptual Framework and Path for Integrating Social Determinants of Health Into Primary Care Practice. *Ann Fam Med*. 2016 Mar;14(2):104-8. doi: 10.1370/afm.1903. PMID: 26951584; PMCID: PMC4781512.

²⁵ Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. Andermann A; CLEAR Collaboration. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *CMAJ*. 2016 Dec 6;188(17-18):E474-E483. doi: 10.1503/cmaj.160177. Epub 2016 Aug 8. PMID: 27503870; PMCID: PMC5135524.

²⁶ LaForge K, Gold R, Cottrell E, Bunce AE, Proser M, Hollombe C, Dambrun K, Cohen DJ, Clark KD. How 6 Organizations Developed Tools and Processes for Social Determinants of Health Screening in Primary Care: An Overview. *J Ambul Care Manage*. 2018 Jan/Mar;41(1):2-14. doi: 10.1097/JAC.000000000000221. PMID: 28990990; PMCID: PMC5705433.

²⁷ Gottlieb L, Sandel M, Adler NE. Collecting and applying data on social determinants of health in health care settings. *JAMA Intern Med*. 2013 Jun 10;173(11):1017-20. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.560. PMID: 23699778.

²⁸ Implementing an EHR-based Screening and Referral System to Address Social Determinants of Health in Primary Care. Buitron de la Vega P, Losi S, Sprague Martinez L, Bovell-Ammon A, Garg A, James T, Ewen AM, Stack M, DeCarvalho H, Sandel M, Mishuris RG, Deych S, Pelletier P, Kressin NR. Implementing an EHR-based Screening and Referral System to Address Social Determinants of Health in Primary Care. *Med Care*. 2019 Jun;57 Suppl 6 Suppl 2:S133-S139. doi: 10.1097/MLR.0000000000001029. PMID: 31095052

²⁹ Do patients want clinicians to ask about social needs and include this information in their medical record? Albert SM, McCracken P, Bui T, Hanmer J, Fischer GS, Hariharan J, James AE 3rd. Do patients want clinicians to ask about social needs and include this information in their medical record? *BMC Health Serv Res*. 2022 Oct 22;22(1):1275. doi: 10.1186/s12913-022-08652-5. PMID: 36273141; PMCID: PMC9588216.

³⁰ Social Determinants of Health and After-Hours Electronic Health Record Documentation: A National Survey of US Physicians. Hong YR, Turner K, Nguyen OT, Alishahi Tabriz A, Revere L. Social Determinants of Health and After-Hours Electronic Health Record Documentation: A National Survey of US Physicians. *Popul Health Manag*. 2022 Jun;25(3):362-366. doi: 10.1089/pop.2021.0212. Epub 2021 Oct 11. PMID: 34637635.

a esta. Como ejemplo, se han planteado incertidumbres acerca de la repercusión de estos cambios en el tiempo de consulta^{35 36}, la aceptabilidad por parte de las personas³⁷ o la posibilidad de facilitar procesos de estigma o patologización³⁸. Con conciencia de esto, se han añadido en el texto diversas recomendaciones que, junto con su adecuada utilización en consulta, buscan limitar estos efectos. Además, la evidencia revisada, aunque se precisa de más investigación, sugiere que la inclusión de condicionantes sociales en APyC es deseable, viable y, en general, se

³¹ Integration of social determinants of health information within the primary care electronic health record: a systematic review of patient perspectives and experiences. Arroyave Caicedo NM, Parry E, Arslan N, Park S. Integration of social determinants of health information within the primary care electronic health record: a systematic review of patient perspectives and experiences. *BJGP Open*. 2024 Jan 24;BJGPO.2023.0155. doi: 10.3399/BJGPO.2023.0155. Epub ahead of print. PMID: 37673433.

³² How to Better Integrate Social Determinants of Health into Primary Healthcare: Various Stakeholders'. Hudon C, Dumont-Samson O, Breton M, Bourgueil Y, Cohidon C, Falcoff H, Senn N, Van Durme T, Angrignon-Girouard É, Ouadfel S. How to Better Integrate Social Determinants of Health into Primary Healthcare: Various Stakeholders' Perspectives. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 22;19(23):15495. doi: 10.3390/ijerph192315495. PMID: 36497570; PMCID: PMC9736940.

³³ Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health. Bloch G, Rozmovits L, Giambone B. Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health. *BMC Fam Pract*. 2011 Jun 29;12:62. doi: 10.1186/1471-2296-12-62. PMID: 21714925; PMCID: PMC3135547.

³⁴ Purkey, E., Bayoumi, I., Coe, H. et al. Exploratory study of "real world" implementation of a clinical poverty tool in diverse family medicine and pediatric care settings. *Int J Equity Health* 18, 200 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1085-0>

³⁵ LaForge K, Gold R, Cottrell E, Bunce AE, Proser M, Hollombe C, Dambrun K, Cohen DJ, Clark KD. How 6 Organizations Developed Tools and Processes for Social Determinants of Health Screening in Primary Care: An Overview. *J Ambul Care Manage*. 2018 Jan/Mar;41(1):2-14. doi: 10.1097/JAC.000000000000221. PMID: 28990990; PMCID: PMC5705433.

³⁶ Purkey, E., Bayoumi, I., Coe, H. et al. Exploratory study of "real world" implementation of a clinical poverty tool in diverse family medicine and pediatric care settings. *Int J Equity Health* 18, 200 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1085-0>

³⁷ Implementing an EHR-based Screening and Referral System to Address Social Determinants of Health in Primary Care. Buitron de la Vega P, Losi S, Sprague Martinez L, Bovell-Ammon A, Garg A, James T, Ewen AM, Stack M, DeCarvalho H, Sandel M, Mishuris RG, Deych S, Pelletier P, Kressin NR. Implementing an EHR-based Screening and Referral System to Address Social Determinants of Health in Primary Care. *Med Care*. 2019 Jun;57 Suppl 6 Suppl 2:S133-S139. doi: 10.1097/MLR.0000000000001029. PMID: 31095052

³⁸ How to Better Integrate Social Determinants of Health into Primary Healthcare: Various Stakeholders'. Hudon C, Dumont-Samson O, Breton M, Bourgueil Y, Cohidon C, Falcoff H, Senn N, Van Durme T, Angrignon-Girouard É, Ouadfel S. How to Better Integrate Social Determinants of Health into Primary Healthcare: Various Stakeholders' Perspectives. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 22;19(23):15495. doi: 10.3390/ijerph192315495. PMID: 36497570; PMCID: PMC9736940.

recibe positivamente por parte de personas usuarias y profesionales^{39 40 41 42}, aunque con dificultades, barreras y variabilidad en algunos puntos^{43 44 45 46}.

En este documento se han recogido los condicionantes que se consideran más relevantes en **base a la evidencia publicada y la experiencia clínica**, y se ha planteado una manera de hacerlo justificada y consensuada por la sencillez y adaptabilidad a nuestro entorno, que pretende servir de ayuda a las los/las profesionales y personas que consultan. Sin embargo, se reconocen en el texto limitaciones en el alcance y efectividad que estas recomendaciones pueden tener en los casos y contextos concretos. Por ello, se insiste en la **flexibilidad, precaución y pertinencia** necesarias para su aplicación en cada realidad personal y profesional. Se trata, por tanto, de un texto vivo, permeable a la revisión y a las mejoras que se puedan realizar desde distintos ámbitos.

Por último, es posible que muchos de estos condicionantes ya se tengan en cuenta habitualmente o se registren de manera informal cuando son relevantes en los procesos de atención; en estos casos, la incorporación de las recomendaciones resultaría complementaria y

³⁹ Rodoreda-Pallàs B, Torra Escarrer E, Sanahuja Juncadella J, Pampalona Cardona T, Solanas Bacardit N, Vilarrubias Calaf M. Evaluación de una guía de codificación de determinantes sociales de la salud en las consultas de atención primaria: Estudio mixto [Evaluation of a coding guide on social determinants of health in primary care consultations: A mixed study]. *Aten Primaria*. 2024 Jun;56(6):102878. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2024.102878. Epub 2024 Feb 23. PMID: 38401205; PMCID: PMC10904901.

⁴⁰ Robles Pellitero S, Rabanaque Mallén G, Gil Latorre F. Validación de una herramienta de diagnóstico de pobreza en la Comunitat Valenciana. Disponible en: <https://comunidad.semfyec.es/wp-content/uploads/20-3Original4.pdf>

⁴¹ Allen LN, Smith RW, Simmons-Jones F, Roberts N, Honney R, Currie J. Addressing social determinants of noncommunicable diseases in primary care: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2020 Nov 1;98(11):754-765B. doi: 10.2471/BLT.19.248278. Epub 2020 May 1. PMID: 33177772; PMCID: PMC7607469.

⁴² Social Determinants of Health and After-Hours Electronic Health Record Documentation: A National Survey of US Physicians. Hong YR, Turner K, Nguyen OT, Alishahi Tabriz A, Revere L. *Social Determinants of Health and After-Hours Electronic Health Record Documentation: A National Survey of US Physicians*. *Popul Health Manag*. 2022 Jun;25(3):362-366. doi: 10.1089/pop.2021.0212. Epub 2021 Oct 11. PMID: 34637635.

⁴³ Perspectives in Primary Care: A Conceptual Framework and Path for Integrating Social Determinants of Health Into Primary Care Practice. DeVoe JE, Bazemore AW, Cottrell EK, Likumahuwa-Ackman S, Grandmont J, Spach N, Gold R. *Perspectives in Primary Care: A Conceptual Framework and Path for Integrating Social Determinants of Health Into Primary Care Practice*. *Ann Fam Med*. 2016 Mar;14(2):104-8. doi: 10.1370/afm.1903. PMID: 26951584; PMCID: PMC4781512.

⁴⁴ Do patients want clinicians to ask about social needs and include this information in their medical record? Albert SM, McCracken P, Bui T, Hanmer J, Fischer GS, Hariharan J, James AE 3rd. *Do patients want clinicians to ask about social needs and include this information in their medical record?* *BMC Health Serv Res*. 2022 Oct 22;22(1):1275. doi: 10.1186/s12913-022-08652-5. PMID: 36273141; PMCID: PMC9588216.

⁴⁵ Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health. Bloch G, Rozmovits L, Giambrone B. *Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health*. *BMC Fam Pract*. 2011 Jun 29;12:62. doi: 10.1186/1471-2296-12-62. PMID: 21714925; PMCID: PMC3135547.

⁴⁶ Solberg LI. Theory vs Practice: Should Primary Care Practice Take on Social Determinants of Health Now? No. *Ann Fam Med*. 2016 Mar;14(2):102-3. doi: 10.1370/afm.1918. PMID: 26951583; PMCID: PMC4781511.

no supondría una actividad añadida. Para producir un cambio significativo no es suficiente con el registro de la información⁴⁷, pero este es un paso necesario más en una línea de trabajo basada en la evidencia que desarrolle progresiva y efectivamente el abordaje biopsicosocial en la APyC.

Para el registro de condicionantes sociales, además de lo propuesto a continuación en el texto, se pueden utilizar complementariamente, y en los episodios de consulta en que se considere adecuado, los **códigos Z**⁴⁸, ya incluidos en los sistemas de codificación diagnóstica internacional. Estos son rúbricas diagnósticas orientadas a condiciones sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad (Z01-Z29 de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP)). Se recomienda que estos códigos sean usados con el consentimiento explícito de la persona atendida, quien deberá asumir que en su historia se va a reflejar ese episodio.

A continuación, se presenta la propuesta de los condicionantes sociales consensuados que sería recomendable incluir en la HSD, organizados en función de los diferentes ejes de desigualdad (Tabla 1). Para ello, se ha utilizado como referencia el Marco de la Vigilancia de Determinantes Sociales de la Salud propuesto por el Grupo de Trabajo de Vigilancia de Equidad y Determinantes Sociales de la Salud⁴⁹.

Propuesta de condicionantes sociales que sería recomendable incluir en la HSD	
1. Edad	- Fecha de nacimiento - Edad
2. Sexo	- Sexo registral (documento de identidad) - Sexo al nacer
3. Territorio	- Domicilio - Índice de privación según sección censal - Rural/urbano
4. Lugar de origen	- País de nacimiento - País de nacimiento de progenitores - Nacionalidad

⁴⁷ LaForge K, Gold R, Cottrell E, Bunce AE, Proser M, Hollombe C, Dambrun K, Cohen DJ, Clark KD. How 6 Organizations Developed Tools and Processes for Social Determinants of Health Screening in Primary Care: An Overview. *J Ambul Care Manage.* 2018 Jan/Mar;41(1):2-14. doi: 10.1097/JAC.000000000000221. PMID: 28990990; PMCID: PMC5705433.

⁴⁸ Rodoreda-Pallàs B, Torra Escarrer E, Sanahuja Juncadella J, Pampalona Cardona T, Solanas Bacardit N, Vilarrubias Calaf M. Evaluación de una guía de codificación de determinantes sociales de la salud en las consultas de atención primaria: Estudio mixto [Evaluation of a coding guide on social determinants of health in primary care consultations: A mixed study]. *Aten Primaria.* 2024 Jun;56(6):102878. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2024.102878. Epub 2024 Feb 23. PMID: 38401205; PMCID: PMC10904901. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-una-guia-codificacion-determinantes-S0212656724000209>.

⁴⁹ Documento técnico del Grupo de Trabajo de Vigilancia de Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Ministerio de Sanidad, 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/DocTecnico_GTVigilanciaEquidadyDeterminantesSocialesSalud_2021.pdf

	<ul style="list-style-type: none"> - Fecha en que vino a vivir a España - Diversidad idiomática
5. Posición socio-económica	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel educativo - Nivel de renta - Situación en relación con la actividad económica - Clase social ocupacional - Cribado de pobreza
6. Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Vida laboral/actividad económica de la empresa - Ocupación - Situación laboral - Tipo de contrato - Tipo de jornada laboral - Tiempo de trabajo - Riesgos laborales de interés
7. Identidad de género	<ul style="list-style-type: none"> - Identidad de género
8. Orientación sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación sexual
9. Discapacidad y dependencia	<ul style="list-style-type: none"> - Grado de discapacidad reconocida (en caso de tenerla) - Grado de dependencia - Prestaciones y/o servicios solicitados/concedidos
Propuesta de condicionantes del contexto social y familiar que sería recomendable incluir en la HSD	
	<ul style="list-style-type: none"> - Estructura y composición familiar - Situación de convivencia - Persona o entidad que ejerce la curatela - Personas cuidadoras y que reciben cuidados - Relaciones y contactos sociales - Apoyo social - Participación social - Vivienda - Seguridad energética/ Pobreza energética - Violencia de género - Violencia contra niños, niñas y adolescentes - Otras violencias

Tabla 1. Resumen de los condicionantes sociales y del contexto familiar que sería recomendable incluir en HSD

Por otro lado, algunos de estos condicionantes, además de poder estar en la HSD de cada Comunidad Autónoma, podrán formar parte de la Historia Clínica Digital Interoperable del Sistema Nacional de Salud. Son aquellos que serán visibles por los/las profesionales sanitarios/as que prestan asistencia sanitaria a los/las ciudadanos/as en una Comunidad Autónoma diferente a la de origen, y que requieren de interoperabilidad a nivel de todo el estado.

Actualmente están ya incluidos en la Historia Clínica Digital Interoperable del Sistema Nacional de Salud los siguientes condicionantes: edad, fecha de nacimiento, sexo, domicilio y ocupación.

Y, una vez que estén incluidos en todas las HSD de todas las CC.AA., se incluirán también los siguientes: dificultad idiomática para hablar o entender, grado de discapacidad y grado de dependencia.

Los condicionantes propuestos para la inclusión se basarán en conceptos normalizados para garantizar la correcta semántica que facilite el intercambio de los diferentes sistemas de información y la interoperabilidad.

5.1. Edad

La edad es un determinante transversal de la salud que es importante tener en cuenta en todos los pasos del proceso de atención y que ya se recoge de manera habitual en las historias de salud.

Como es conocido, existen necesidades diferenciales en función de cada grupo de edad que hacen actuar de manera ajustada y que se deben tener en cuenta también para valorar los efectos de la edad como promotor de salud y eje de desigualdad, además de los diferentes procesos estructurales con los que se relaciona, como el edadismo (la discriminación por motivo de edad)⁵⁰.

- **Fecha de nacimiento.**
- **Edad:** diferencia entre fecha actual y fecha de nacimiento expresada en años y/o meses (cálculo automatizado).

5.2. Sexo

El sexo tiene una importancia conocida en la variabilidad de los resultados en salud que lo convierte en una característica esencial recogida ya de manera habitual en los encuentros del proceso de atención sanitaria. Con frecuencia esta información se recoge de forma automática en base al sexo que aparece en el documento de identidad.

Por otro lado, las características sexuales de cada persona pueden ser variadas y condicionar aspectos relacionados con la salud el bienestar. Sin embargo, esta variabilidad está aún muy invisibilizada, lo cual puede favorecer situaciones de discriminación o estigma, en ocasiones por desconocimiento. Por ello, se considera importante que los/las profesionales conozcan esta realidad y que exista un espacio para el registro del sexo actual y el asignado al nacer, con el objetivo de poder ofrecer una atención más completa y respetuosa con la persona que consulta.

⁵⁰ Informe Mundial sobre edadismo. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2022. ISBN 978-92-75-32445-5 <https://doi.org/10.37774/9789275324455>

Se propone un método sencillo y práctico, fundado en la legislación vigente y las recomendaciones europeas para el reconocimiento e igualdad LGBTI^{51 52}.

- **Sexo** (hace referencia al sexo registral, el que aparece en documento de identidad actual):
 - Categorías:
 - Femenino
 - Masculino
 - No determinado*

- **Sexo al nacer**
 - Pregunta: ¿Qué sexo se le asignó cuando nació?
 - Categorías:
 - Hombre
 - Mujer
 - Intersexual*

* Al menos se debe garantizar la posibilidad de dejar en blanco el sexo en lactantes de 0-1 años (Artículo 74.2 de la *Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGBTI*) Al inscribir el nacimiento de las personas intersexuales, en el caso de que el parte facultativo indicara la condición intersexual de la persona recién nacida, las personas progenitoras, de común acuerdo, podrán solicitar que la mención del sexo figure en blanco por el plazo máximo de un año. Transcurrido el plazo máximo de un año, la mención del sexo será obligatoria⁵³.

Nota: Se considera relevante poder registrar el sexo asignado al nacer, ya que puede no coincidir con el sexo registral (el que aparece en el documento de identidad) en el caso de personas que hayan hecho un cambio de sexo.

- **Características sexuales:**
 - Pregunta: “Algunas personas nacen con características sexuales (anatomía, órganos reproductivos y/o patrones cromosómicos) que no pertenecen estrictamente a las categoría masculina o femenina, o que pertenecen a

⁵¹ Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGBTI. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5366>

⁵² Guidance note on the collection and use of data for LGBTIQ equality. Comisión Europea, 2023. Disponible en: https://commission.europa.eu/document/download/66adbc7e-99cb-4d88-a653-d7fbfa9d7e8_en?filename=Guidance%20note%20on%20the%20collection%20and%20use%20of%20data%20for%20LGBTIQ%20equality_FINAL.pdf

ambas a la vez. A estas personas se las conoce como intersexuales. ¿Se describiría usted como una persona intersexual?”⁵⁴.

- Categorías:
 - Sí
 - No
 - Prefiero no decirlo

En relación a la categoría intersexual: tener una condición intersexual no implica que la persona se identifique necesariamente como persona intersexual, y en ocasiones puede haber tenido alguna experiencia previa negativa en cuanto a intervenciones sanitarias. Por ello, se incluye un modelo de pregunta para el caso en que se vaya a explorar en la anamnesis.

5.3. Territorio

Los estudios muestran que el entorno es un condicionante de salud clave. El lugar donde vivimos agrupa múltiples factores que interseccionan en nuestra salud y bienestar, como el contexto y redes de apoyo sociales del lugar, las zonas verdes, la contaminación atmosférica, la calidad de las viviendas, el nivel de renta del barrio y el acceso a los recursos individuales y comunitarios que tienen las personas.

⁵⁴ Guidance note on the collection and use of equality data based on racial or ethnic origin. Comisión Europea, 2021. Disponible en: https://commission.europa.eu/system/files/2022-02/guidance_note_on_the_collection_and_use_of_equality_data_based_on_racial_or_ethnic_origin_final.pdf

Hay múltiples estudios en el campo de la epidemiología social que relacionan el lugar de residencia con la carga de morbilidad, lo cual se resume en la expresión de que “El código postal influye más que el código genético”^{55 56 57 58 59 60}.

Por ello, el lugar de residencia se debe tener en cuenta en el abordaje biopsicosocial. Asimismo, la planificación de actuaciones de salud y recomendaciones deberían incorporar este condicionante para estar contextualizados y adaptados a la persona que consulta.

En el eje territorial, hay que tener en cuenta por un lado las diferencias entre ámbito rural y urbano y, por otro, aquellas que se originan en función de los diferentes barrios o entornos comunitarios presentes en cada municipio^{61 62 63}.

Se proponen tres condicionantes a recoger:

⁵⁵ Environmental health inequalities in Europe. Second assessment report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. Disponible en:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325176/9789289054157-eng.pdf?sequence=1>

⁵⁶ Meijer M, Röhl J, Bloomfield K, Grittner U. Do neighborhoods affect individual mortality? A systematic review and meta-analysis of multilevel studies. *Social Science & Medicine* 2012;74:1204–12.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.034>.

⁵⁷ Ribeiro AI, Fraga S, Severo M, Kelly-Irving M, Delpierre C, Stringhini S, et al. Association of neighbourhood disadvantage and individual socioeconomic position with all-cause mortality: a longitudinal multicohort analysis. *The Lancet Public Health* 2022;7:e447–57.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00036-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00036-6).

⁵⁸ Teshale AB, Htun HL, Owen A, Gasevic D, Phyo AZZ, Fancourt D, et al. The Role of Social Determinants of Health in Cardiovascular Diseases: An Umbrella Review. *JAHA* 2023;12:e029765.

<https://doi.org/10.1161/JAHA.123.029765>.

⁵⁹ Grupo MEDEA3. Atlas de Mortalidad del Proyecto MEDEA3 (MEDEAPP). Disponible en:

<https://medea3.shinyapps.io/medeapp/>

⁶⁰ Palència L, Bartoll X, Pérez K, Mari-Dell’Olmo M, Gotsens M, Rodríguez-Sanz M et al.

#VigilànciaDesigualtatsBCN: Sistema de Vigilància de les desigualtats socials en salut a Barcelona.

Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2021. Disponible en:

<https://webs.aspb.cat/dades/VigilanciaDesigualtats/>

⁶¹ Eurofound (2023), Bridging the rural–urban divide: Addressing inequalities and empowering communities, Publications Office of the European Union, Luxembourg

<https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2023/bridging-rural-urban-divide-addressing-inequalities-and-empowering-communities>

⁶² Weeks WB, Chang JE, Pagán JA, Lumpkin J, Michael D, Salcido S, Kim A, Speyer P, Aerts A, Weinstein JN, Lavista JM. Rural-urban disparities in health outcomes, clinical care, health behaviors, and social determinants of health and an action-oriented, dynamic tool for visualizing them. *PLOS Glob Public Health*. 2023 Oct 3;3(10):e0002420. doi: 10.1371/journal.pgph.0002420. PMID: 37788228; PMCID: PMC10547156. <https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0002420>

⁶³ Cereijo L, Gullón P, Cebrecos A, Bilal U, Santacruz JA, Badland H, Franco M. Access to and availability of exercise facilities in Madrid: an equity perspective. *Int J Health Geogr*. 2019 Jul 2;18(1):15. doi:

10.1186/s12942-019-0179-7. PMID: 31266518; PMCID: PMC6604462 <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12942-019-0179-7>

- **Domicilio.** Incluir dirección completa.
- **Índice de privación según sección censal.** Es un índice construido previamente que representa sintéticamente las características sociales de cada sección censal. En función del domicilio, se le asignaría en HSD de manera automática a cada persona el índice de privación de su sección censal.

Se propone utilizar el índice construido en base al censo del 2011 por la Sociedad Española de Epidemiología⁶⁴, que ofrece una medida del grado de privación socioeconómica de la población residente en cada una de las secciones censales del Estado Español en 2011. Se basó en la combinación de seis indicadores: población trabajadora manual, población asalariada eventual, desempleo, personas de 16 y más años y de 16 a 29 años con instrucción insuficiente, y viviendas principales sin acceso a Internet. En análisis recientes se ha visto que sigue teniendo capacidad de discriminación del gradiente social entre secciones censales.

No obstante, también se podría valorar la utilización de un índice de privación social que se pudiera actualizar anualmente, ya que desde 2021 la metodología empleada en el censo se basa en la explotación de registros administrativos, lo que permite reproducir cada año el proceso para obtener la información censal.

- **Rural/urbano** (según la *Ley 45/2007 de 13 diciembre, para el Desarrollo Sostenible del Medio Rural*)⁶⁵.
 - Categorías:
 - Municipio rural de pequeño tamaño: población <5.000 habitantes y está integrado en el medio rural
 - Medio rural: población <30.000 habitantes y densidad <100 habitantes por Km²
 - Medio no rural: población > 30.000 habitantes

5.4. Lugar de origen

El lugar de origen de una persona puede condicionar una cultura y valores asociados al proceso de salud y enfermedad específicos. Así mismo, el proceso migratorio y la manera en que este se realiza puede ser significativo en las vivencias y salud de la persona. Las personas migrantes mayoritariamente son personas sanas, que realizan un menor uso del sistema sanitario, y tienen

⁶⁴ Duque I, Domínguez-Berjón MF, Cebrecos A, Prieto-Salceda MD, Esnaola S, Calvo Sánchez M, et al. Índice de privación en España por sección censal en 2011. *Gaceta Sanitaria* 2021;35:113–22. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.10.008>.

⁶⁵ Ley 45/2007 de 13 diciembre, para el Desarrollo Sostenible del Medio Rural. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-21493>

un menor gasto farmacéutico respecto a la población autóctona^{66 67 68 69}. Sí es cierto que, al pasar algunos años en el país de acogida, si las condiciones sociales son complejas y desfavorables, esto puede acabar impactando en la salud y bienestar de la persona.

Por tanto, para abordar integralmente la salud, es necesario reconocer, comprender y respetar las riquezas y diversidad cultural de las personas, así como las diferentes barreras -legales, lingüísticas, sanitarias, geográficas, culturales, sociales...- que con frecuencia se presentan en su vida cotidiana, incluyendo la relación con el sistema sanitario^{70 71 72}.

- **País de nacimiento.** lista de países del INE.
- **País de nacimiento de los progenitores.** lista de países del INE.
- **Nacionalidad.** lista de países del INE. Se podrá recoger la doble nacionalidad.
- **Fecha en la que vino a vivir a España.** Recoger la fecha de alta en tarjeta sanitaria a nivel nacional⁷³. En algunos casos en los que sea relevante (situación de solicitud de asilo o de medidas de protección internacional) se podría registrar manualmente la fecha de llegada a España.
- **Diversidad idiomática:**

⁶⁶ Kennedy S, Kidd MP, McDonald JT, Biddle N. The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries. *Int Migration & Integration* 2015;16:317–32. <https://doi.org/10.1007/s12134-014-0340-x>.

⁶⁷ Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, Garcia-Subirats I, Aller M-B, Vázquez Navarrete ML. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Publica* 2014;88:715–34. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000600005>

⁶⁸ Sarría-Santamera A, Hijas-Gómez AI, Carmona R, Gimeno-Feliú LA. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Rev* 2016;37:28. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0042-3>.

⁶⁹ Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Prados-Torres A, Revilla-López C, Díaz E. Patterns of pharmaceutical use for immigrants to Spain and Norway: a comparative study of prescription databases in two European countries. *Int J Equity Health* 2016;15:32. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0317-9>.

⁷⁰ Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Díaz E, Laguna-Berna C, Poblador-Plou B, Coscollar C, Prados-Torres A. Multimorbidity and immigrant status: associations with area of origin and length of residence in host country. *Fam Pract.* 2017 Nov 16;34(6):662-666. doi: 10.1093/fampra/cmz048. PMID: 29106530. <https://academic.oup.com/fampra/article/34/6/662/3930006?login=true>

⁷¹ Sarría-Santamera A et al. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Rev.* 2016 Dec 3;37:28. doi: 10.1186/s40985-016-0042-3. PMID: 29450069; PMCID: PMC5810113. <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-016-0042-3>

⁷² Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Díaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. The healthy migrant effect in primary care. *Gac Sanit.* 2015 Jan-Feb;29(1):15-20. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.07.007. Epub 2014 Aug 28. PMID: 25176130. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114002040?via%3Dihub>

⁷³ Multimorbidity, social determinants and intersectionality in chronic patients. Results from the EpiChron Cohort. Disponible en: <https://jogh.org/2023/jogh-13-04014>

- Idioma preferido para la atención
- Dificultad idiomática para hablar y/o entender
 - Sí
 - No
 - Parcial
 - Se dejaría un campo libre para registrar características de la dificultad (habla y/o entiende, lengua de signos u otras variaciones como la lengua de signos adaptada), así como recursos disponibles para poder superar dicha dificultad, como los Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación (SAAC).

5.5. Posición socio-económica.

La evidencia científica acumulada muestra que la posición socioeconómica influye de forma determinante en diversos aspectos de salud y que su valoración integrada en la práctica habitual es condición necesaria para el abordaje biopsicosocial. Esta es especialmente relevante en diversas cuestiones, como: la probabilidad de enfermar o desarrollar multimorbilidad; la esperanza de vida; el contar con entornos facilitadores para la promoción de la salud y prevención; la respuesta y posibilidad de seguir los tratamientos; la generación de vínculos y redes de apoyo; la evolución y complicaciones; o las expectativas de rehabilitación y recuperación.^{74 75 76 77}.

Se plantean a continuación varias medidas que permiten aproximar la realidad compleja y multidimensional de la posición socio-económica de una persona (en caso de personas menores de edad el de las personas cuidadoras). Estas se proponen por su accesibilidad, experiencia de

⁷⁴ Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet* 2017; 389: 1229–37

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616323807?via%3Dihub>

⁷⁵ Kunst AE, Groenhouf F, Mackenbach JP. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. *BMJ* 1998; 316: 1636–42.

<https://www.bmj.com/content/316/7145/1636>

⁷⁶ Dan Lewer, Wikum Jayatunga, Robert W Aldridge, Chantal Edge, Michael Marmot, Alistair Story, Andrew Hayward. Premature mortality attributable to socioeconomic inequality in England between 2003 and 2018: an observational study. *Lancet Public Health* 2020; 5: e33–41

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(19\)30219-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(19)30219-1/fulltext)

⁷⁷ Gullon, Pedro et al. Desigualdades sociales en factores de riesgo cardiovascular en hombres y mujeres por comunidad autónoma en España. *Gac Sanit* [online]. 2021, vol.35, n.4, pp.326-332. Epub 27-Dic-2021. ISSN 0213-9111. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.014>.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301175?via%3Dihub>

utilización en nuestro contexto y relación probada con resultados relevantes en el proceso de atención a la salud.

- **Nivel educativo:**

- Pregunta: ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado?

Nota: en caso de tratarse de un niño, niña o adolescente, se recomienda preguntar sobre el nivel educativo de sus padres/madres.

- Categorías (según la Encuesta Nacional de Salud en España 2017⁷⁸)
 - No procede, es menor de 10 años
 - No sabe leer ni escribir
 - Educación primaria incompleta (ha asistido menos de 5 años a la escuela)
 - Educación primaria completa
 - Enseñanza Secundaria incompleta
 - Enseñanza Secundaria completa
 - Enseñanza bachillerato
 - Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes
 - Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes
 - Estudios universitarios o equivalentes

- **Nivel de renta**

Sería recomendable recoger tramos del nivel de renta sencillos pero lo suficientemente exhaustivos para discriminar posición económica. Actualmente ya se recogen de manera automatizada los tramos de copago en farmacia, que, aunque tienen limitaciones para diferenciar con precisión, identifican bien la vulnerabilidad social y se pueden complementar y mejorar con el resto de condicionantes que se recogen en este documento.

- Categorías
 - ≥100.000 €/año
 - 18.000-99.999 € /año
 - <18.000 € /año
 - Muy baja
 - Sin clasificar

- **Situación en relación con la actividad económica**

- Categorías (Según la Encuesta Nacional de Salud en España 2017⁷⁹):

⁷⁸ Encuesta Nacional de Salud en España 2017. Cuestionario de adultos. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_ADULTO_.pdf

⁷⁹ <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

- Trabajando.
 - En desempleo.
 - Jubilado o prejubilado.
 - Estudiando.
 - Incapacitado para trabajar (incluye pensión de invalidez o incapacidad permanente).
 - Dedicada principalmente al trabajo doméstico y familiar no remunerado.
 - Otras situaciones
- **Clase social ocupacional:**

Esta información saldrá automáticamente al registrar la ocupación en el apartado de trabajo, a partir del primer dígito de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (CNO11)⁸⁰.

- Categorías (según los grandes grupos de la CNO11)
 - 1. Directores/as y gerentes.
 - 2. Técnicos y profesionales científicos e intelectuales.
 - 3. Técnicos; profesionales de apoyo.
 - 4. Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina.
 - 5. Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores.
 - 6. Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero.
 - 7. Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción (excepto operadores de instalaciones y maquinaria).
 - 8. Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores.
 - 9. Ocupaciones elementales.
- **Cribado de pobreza:**
 - Pregunta^{81 82 83 84}: En el último año, ¿tiene o ha tenido dificultades para llegar a fin de mes?

⁸⁰ Real Decreto 1591/2010, de 26 de noviembre, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-19389

⁸¹ Morinis J, Levin L, Bloch G, Ford L. Poverty: A clinical tool for Primary Care in Ontario. Ontario: Family&Community Medicine University of [Toronto](#), Ontario College of Family Physician; 2013. Disponible en:

https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Poverty/Poverty_flow-Tool-Final-2016v4-Ontario.pdf

⁸² Bodenmann P, Favrat B, Wolff H, Guessous I, Panese F, Herzig L, et al. Screening Primary-Care Patients Forgoing Health Care for Economic Reasons. PLoS ONE. 2014;9(4):e94006. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094006>

⁸³ Validación de una herramienta de diagnóstico de pobreza en la Comunitat Valenciana. Disponible en: <https://comunidad.semfycc.es/wp-content/uploads/20-3Original4.pdf>

⁸⁴ Encuesta condiciones de vida. Metodología. Instituto Nacional de Estadística, 2023. https://www.ine.es/daco/daco42/condivi/ecv_metodo.pdf

- Categorías:
 - Sí
 - No
- Pregunta: ¿Recibe alguna ayuda económica? (Ingreso Mínimo Vital (IMV), subsidios desempleo larga duración, etc.)

5.6. Trabajo

El trabajo (o su ausencia) es un factor determinante de la salud en sí mismo, más allá de ser un elemento clave de la posición socioeconómica. El trabajo actúa como un integrador social importante (razón de los efectos frecuentemente devastadores del paro sobre la salud), y toda insatisfacción en el trabajo salpica al conjunto de las condiciones que hacen posible la construcción de la salud. Las características y condiciones del empleo, así como las condiciones de trabajo, suponen determinantes fundamentales de la salud de las personas, marcando desigualdades en la esperanza de vida, pero también en los años vividos con buena salud^{85,86,87,88}.

Se plantean a continuación diferentes variables que permiten una aproximación a la compleja relación entre el trabajo y la salud de una persona.

- **Vida laboral/actividad económica de la empresa**
 - Pregunta: ¿En qué empresa trabaja (sector de actividad), o en el caso de no trabajar actualmente, en qué actividad trabajó durante más años?
 - Categorías de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009 (CNAE 2009) mediante desplegable y texto predictivo.
- **Ocupación**
 - Pregunta: ¿Cuál es su ocupación laboral actual, o en el caso de no trabajar actualmente, qué ocupación desempeñó durante más tiempo?
 - Categorías de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (CNO11) mediante desplegable y texto predictivo.
- **Situación laboral**

⁸⁵ Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Disponible en: <https://iloencyclopaedia.org/es/preface-69563>

⁸⁶ Ministerio de Sanidad. La Salud Pública y la salud de los trabajadores. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/saludTrab/home.htm>

⁸⁷ Benach, Joan & Carles, Muntaner. (2007). Employment Conditions and Health Inequalities. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health.

⁸⁸ Ministerio de Trabajo y Economía Social. El salario y tiempo de Trabajo

https://www.mites.gob.es/es/Guia/texto/guia_6/contenidos/guia_6_14_1.htm

- Pregunta: ¿Cuál es su situación laboral actual?
 - Categorías:
 - Persona empleada
 - Asalariada
 - Trabajadora autónoma
 - Persona desempleada
- **Tipo de contrato** (en el caso de las personas asalariadas)
 - Pregunta: ¿Qué tipo de contrato laboral tiene?
 - Categorías:
 - Fijo
 - Fijo discontinuo
 - Eventual
 - Empresa de trabajo temporal
 - Otro (texto libre):
- **Tipo de jornada laboral**
 - Pregunta: ¿Cómo es su jornada laboral?
 - Categorías (según la Encuesta Nacional de Salud en España 2017⁸⁹)
 - Jornada partida
 - Jornada continua
 - Jornada reducida
 - Trabajo a turnos
 - Jornada nocturna
 - Teletrabajo
- **Tiempo de trabajo**
 - Tiempo completo
 - Tiempo parcial
- **Riesgos laborales**⁹⁰⁹¹
 - Ergonómicos
 - Psicosociales
 - Carga laboral excesiva

⁸⁹ Encuesta Nacional de Salud en España, 2017. Descripción de las variables compuestas. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_Descrip_variab_comp.pdf

⁹⁰ Clasificación de los riesgos laborales de la Organización Internacional del Trabajo <https://www.ilo.org/es/temas/seguridad-y-salud-en-el-trabajo>

⁹¹ Riesgos Laborales Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo <https://www.insst.es/materias/riesgos>

- Acoso
- Bullying
- Estrés
- Ansiedad
- Burnout
- Químicos (exposición a gases, líquidos, vapores...)
 - Sustancia expuesta: recoger en texto libre
- Radiaciones
- Biológicos (exposición prolongada a agentes infecciosos)
- Físicos:
 - Ruido
 - Vibración
 - Temperatura extrema
 - Humedad
 - Mala iluminación

5.7. Identidad de género

El género se refiere a los papeles, comportamientos, actividades y atribuciones socialmente construidas que una sociedad concreta considera propios de mujeres o de hombres. Estos comportamientos tienen un impacto en la salud y condicionan la relación con el sistema sanitario pudiendo dar lugar a sesgos de género en diagnósticos y tratamientos^{92 93 94 95 96 97 98 99}.

La identidad de género se refiere a la experiencia de género innata, profundamente interna e individual de una persona, que puede o no corresponder con la fisiología de la persona o su sexo al nacer. Incluye tanto el sentir personal del cuerpo, que puede implicar, si así lo decide, la

⁹² Organización Panamericana de la Salud. Género y Salud. Una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud. 2010

⁹³ Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Sara Velasco. Observatorio de Salud de la Mujer 2009.

⁹⁴ Ruiz Cantero MT y Salvador Sánchez L. Retos de la Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de género. Sesgos e innovaciones. AMF 2020;16(5):250-257

⁹⁵ Ruiz Cantero MT, coord. Perspectivas de género en medicina. Monografías Dr. Antoni Esteve, No 39. Barcelona: Fundacion Dr. Antoni Esteve; 2019.

http://icmab.es/images/gender/Libro-EM-39-Perspectiva-de-genero-en-medicina_MTRuizCantero.pdf

⁹⁶ Sesgos de género en la atención sanitaria. María Teresa Ruiz Cantero. Escuela Andaluza de Salud Pública, D.L. 2009.

⁹⁷ Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico
María Teresa Ruiz Cantero, María Verdú Delgado

Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, ISSN 0213-9111, Vol. 18, Nº. Extra 1, 2004

⁹⁸ The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. Lancet 2021; 397, p2385-2438

⁹⁹ Women, power, and cancer: a Lancet Commission. Lancet 2023; 402: 2113–66

modificación de la apariencia o función física por medios quirúrgicos, médicos u otros, así como otras expresiones de género que incluyen la vestimenta, la forma de hablar y los gestos¹⁰⁰. La identidad de género constituye un aspecto clave en la salud, como describe la OMS. Es un factor determinante de riquezas y fortalezas que generan bienestar, pero también puede ser objeto de inequidades, exclusión y discriminación. Los aspectos relacionados con el género son responsables, de manera general, de diferencias objetivadas en esperanza de vida, carga de años de vida ajustados por discapacidad, seguimiento de conductas saludables o promoción de salud, prevalencia de enfermedades, accesibilidad sanitaria, problemas de salud mental o situaciones relacionadas con las tareas de cuidado y su distribución desigual^{101 102 103}.

Todos estos aspectos es fundamental conocerlos para realizar una atención centrada en la persona y teniendo en cuenta la diversidad que puede existir de una persona a otra, evitando inequidades, exclusión y discriminación, y que se ajuste además a los criterios consensuados social e internacionalmente en materia de legislación e igualdad de trato en ámbito sanitario¹⁰⁴.

Es necesario recordar que esta información, así como la relacionada con el sexo y la orientación sexual, se considera particularmente sensible para el registro, por lo que es necesario cuidar especialmente el respeto a la intimidad de las personas y la confidencialidad de los datos, como se recoge en el artículo 16.c. de la *Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI*¹⁰⁵.

- **Pregunta:** ¿Cuál es su identidad de género actual? (señale todas las que proceda)^{106 107}

¹⁰⁰<https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=150&mode=letter&hook=I&sortkey=&sortorder=asc>

¹⁰¹ Hankivsky O. Women's health, men's health, and gender and health: implications of intersectionality. *Soc Sci Med.* 2012 Jun;74(11):1712-20. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.029. Epub 2012 Jan 25. PMID: 22361090. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953612000408>

¹⁰² World Health Organization. The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach. 2018.

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053532>

¹⁰³ Hawkes S, Buse K. Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. *Lancet.* 2013 May 18;381(9879):1783-7. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60253-6. PMID: 23683645.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613602536?via%3Dihub>

¹⁰⁴ Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse

People, Version 8. 2022 <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/26895269.2022.2100644>

¹⁰⁵ Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5366>

¹⁰⁶ Guidance note on the collection and use of data for LGBTIQ equality. Comisión Europea, 2023.

Disponible en: https://commission.europa.eu/document/download/66adbc7e-99cb-4d88-a653-d7fbfba9d7e8_en?filename=Guidance%20on%20the%20collection%20and%20use%20of%20data%20for%20LGBTIQ%20equality_FINAL.pdf

¹⁰⁷ Ready, Set, Go! Guidelines and Tips For Collecting Patient Data on Sexual Orientation and Gender Identity (SOGI) – 2022 Update. National LGBTQIA+ Health Education Centre. The Fenway Institute, 2022.

- Categorías: párrafo
 - Mujer / niña
 - Hombre / niño
 - No binario o género fluido
 - Mujer / niña trans
 - Hombre / niño trans
 - No se identifica con ninguna de las categorías expresadas
 - Prefiere no manifestar su identidad en este momento

- Pregunta: ¿Cómo prefiere que me dirija a usted?
 - Texto libre (incluir nombre, pronombre masculino, femenino o neutro).

5.8. Orientación sexual

La evidencia científica muestra que las personas tienen resultados diferentes en salud influenciados por su orientación sexual en interacción con otros condicionantes sociales y familiares. En comparación con personas heterosexuales cisgénero, las personas LGBTI tienen, entre otras, un riesgo incrementado de problemas de salud mental y física, y pueden tener además una prevalencia y distribución diferente de estilos de vida. Por otro lado, existen diversos factores individuales y estructurales, como las redes y recursos de apoyo, pero también el estigma y la discriminación, que es importante tener en cuenta para prestar una atención centrada en la persona que aborde de manera respetuosa y efectiva (biológica, psicológica y socialmente) a las personas que nos consultan^{108 109 110 111}.

Por tanto, es recomendable una valoración fundada en la identificación expresada por la persona, que sea respetuosa y reconozca la diversidad existente en este ámbito, y que se

Disponible en: <https://www.lgbtqihealtheducation.org/publication/ready-set-go-a-guide-for-collecting-data-on-sexual-orientation-and-gender-identity-2022-update/>

¹⁰⁸ Logie CH, van der Merwe LLA, Scheim A. Measuring sex, gender, and sexual orientation: one step to health equity. *Lancet*. 2022 Sep 3;400(10354):715-717. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01425-8. Epub 2022 Jul 28. PMID: 35908554. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673622014258?via%3Dihub>

¹⁰⁹ Mark L Hatzenbuehler, Micah R Lattanner, Sarah McKetta, John E Pachankis. Structural stigma and LGBTQ+ health: a narrative review of quantitative studies. *Lancet Public Health* 2024; 9: e109–27.

Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(23\)00312-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(23)00312-2/fulltext)

¹¹⁰ Zeeman L, Sherriff N, Browne K, McGlynn N, Mirandola M, Gios L, Davis R, Sanchez-Lambert J, Aujean S, Pinto N, Farinella F, Donisi V, Niedźwiedzka-Stadnik M, Rosińska M, Pierson A, Amaddeo F; Health4LGBTI Network. A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *Eur J Public Health*. 2019 Oct 1;29(5):974-980. doi: 10.1093/eurpub/cky226. PMID: 30380045; PMCID: PMC6761838. Disponible en:

<https://academic.oup.com/eurpub/article/29/5/974/5151209?login=true>

¹¹¹ Ready, Set, Go! Guidelines and Tips For Collecting Patient Data on Sexual Orientation and Gender Identity (SOGI) – 2022 Update. National LGBTQIA+ Health Education Centre. The Fenway Institute, 2022. Disponible en: <https://www.lgbtqihealtheducation.org/publication/ready-set-go-a-guide-for-collecting-data-on-sexual-orientation-and-gender-identity-2022-update/>

ajuste además a los criterios consensuados en materia de igualdad de trato en ámbito sanitario para personas LGTBI.

- **Orientación sexual** (basada en la guía de la Comisión Europea de 2023 sobre la recopilación y el uso de datos para la igualdad LGBTIQ)¹¹².
 - Pregunta: ¿Cómo describiría en la actualidad su orientación sexual?
 - Categorías:
 - Heterosexual
 - Gay
 - Lesbiana
 - Bisexual
 - Asexual
 - Otro: (texto libre)
 - No lo sé
 - Prefiero no decirlo

5.9. Discapacidad y dependencia

La discapacidad y la dependencia son fenómenos amplios que sobrepasan el ámbito sanitario e incluyen aspectos individuales y de la sociedad en que se vive. Son, entre otras cuestiones, causa y consecuencia de alteraciones en la salud de la persona afectada y en sus redes familiares y de cuidado. La discapacidad y la dependencia aparecen en contextos de barreras físicas, estructurales y culturales que exponen a las personas a factores limitantes y generadores de inequidad y discriminación. Su evaluación es necesaria, ya que además de actuar como determinante social de salud a nivel general, puede requerirse para la valoración del derecho a diversas prestaciones económicas y laborales¹¹³.

Se proponen dos medidas siguiendo la legislación vigente en este ámbito:

- **Grado de discapacidad reconocida (en caso de tenerla)** (según *Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad*)¹¹⁴.

¹¹² Guidance note on the collection and use of data for LGBTIQ equality. Comisión Europea, 2023.

Disponible en:

https://commission.europa.eu/document/download/66adbc7e-99cb-4d88-a653-d7fbfba9d7e8_en?filename=Guidance%20on%20the%20collection%20and%20use%20of%20data%20for%20LGBTIQ%20equality_FINAL.pdf

¹¹³ Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030. Para el acceso, goce y disfrute de los derechos Humanos de las personas con discapacidad. Ministerio de derechos sociales y agenda 2030. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/discapacidad/docs/estrategia-espanola-discapacidad-2022-2030-def.pdf>

¹¹⁴ Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. Disponible en:

<https://www.boe.es/boe/dias/2022/10/20/pdfs/BOE-A-2022-17105.pdf>

- Grado de discapacidad reconocida: %
- Categorías:
 - Clase 0. Discapacidad nula: 0-4%
 - Clase 1. Discapacidad leve: 5-24%
 - Clase 2. Discapacidad moderada: 25-49%
 - Clase 3. Discapacidad grave: 50-95%
 - Clase 4. Discapacidad total: 96-100%
- **Grado de Dependencia** (según *Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*)¹¹⁵.
 - Categorías:
 - Grado I. Dependencia moderada (25-49 puntos)
 - Grado II. Dependencia severa (50-74 puntos)
 - Grado III. Gran dependencia (75-100 puntos)

Texto libre (solicitado, en proceso de tramitación, fecha de resolución, de caducidad, movilidad reducida, concurso de tercera persona, etc.):

- **Prestaciones y/o servicios solicitados/concedidos**
 - Categorías:
 - SERVICIOS SAAD¹¹⁶ (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia):
 - Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía.
 - Servicio de Teleasistencia.
 - Servicio de Ayuda a domicilio: (Atención a las necesidades del hogar, Cuidados personales)
 - Servicio de Centro de Día y de Noche: para mayores de 65 años y de atención especializada.
 - Servicio de Atención Residencial: para mayores en situación de dependencia, y en razón de los distintos tipos de discapacidad
 - PRESTACIONES ECONÓMICAS SAAD¹¹⁷ (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia):
 - Prestación económica vinculada al servicio.

¹¹⁵ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/02/18/pdfs/BOE-A-2011-3174.pdf>

¹¹⁶ Art. 15. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

¹¹⁷ Art. 17 al 20. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
- Prestación económica de asistencia personal.
- ATENCIÓN TEMPRANA¹¹⁸
- OTRAS PRESTACIONES SEGURIDAD SOCIAL, VINCULADAS A LA DISCAPACIDAD¹¹⁹:
 - Pensión no contributiva: tener una discapacidad o enfermedad en un grado igual o superior al 65%.
 - Prestaciones familiares de pago periódico por hijo o menor a cargo menor de 18 años con discapacidad igual o superior al 33% o mayor de dicha edad con discapacidad igual o superior al 65%.
- OTRAS: beneficios fiscales, transporte, empleo, jubilación¹²⁰

6. Propuesta de aspectos relacionados con el contexto social y familiar a recoger en la HSD

- **Estructura y composición familiar:**

La atención familiar es parte de la competencia esencial de la Atención Primaria y Comunitaria¹²¹ y se reconoce como necesaria para un abordaje adecuado desde el enfoque biopsicosocial.¹²² Se recomienda el uso de herramientas que tengan en cuenta la diversidad familiar:

- **Genograma:**

Es la representación gráfica de la familia, con al menos tres generaciones y sus relaciones entre sí, a través de símbolos geométricos y diferentes tipos de líneas que permiten evidenciar la estructura familiar y las relaciones entre sus miembros. Puede proporcionar información relevante, como si una persona vive sola, si vive con familia (cuántas personas), si comparte con otras personas la vivienda (cuántas personas), si esa persona sirve de apoyo o necesita apoyo,

¹¹⁸ Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

¹¹⁹ <https://www.rpdiscapacidad.gob.es/ayudas/otros-beneficios.htm> APORTACIONES

¹²⁰ Oficina de Atención a la Discapacidad (OADIS):

<https://www.rpdiscapacidad.gob.es/documentos/OADIS/Beneficios.pdf>

¹²¹ Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en:

<https://www.boe.es/boe/dias/2005/05/03/pdfs/A15182-15225.pdf>

¹²² Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Disponible en:

<https://www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10364.pdf>

etc. Se recomienda campo de texto libre para añadir información que se considere relevante sobre la estructura familiar.

- **Interrelación de las HSD de familiares o convivientes:**

Para el abordaje biopsicosocial puede ser de gran utilidad poder vincular las HSD de familiares o personas que conviven o están registrada en el mismo núcleo familiar, con el consentimiento de las personas usuarias.

- **Situación de convivencia**

- Pregunta: ¿Cuál es su situación actual de convivencia?

- **Categorías:**

- La persona vive sola si/no
- La persona vive en familia (desplegar)
 - Nuclear (padres e hijos).
 - Extensa (incluye familiares como abuelos, tíos, etc.).
 - Monomarental o monoparental (un solo padre o madre).
 - Reconstituida (incluye miembros de parejas anteriores).
 - Otras configuraciones familiares (familias adoptivas, familias acogedoras.).
- La persona vive con amigos o compañeros
- La persona vive en una institución

- **Persona o entidad que ejerce la curatela (en caso de tener asignada una curatela formalmente reconocida)**

- Pregunta: ¿Tiene asignada una curatela formalmente?

- **Categorías:**

- Sí
- No

- Pregunta: En caso de respuesta afirmativa, especifica quién ejerce la curatela, diferenciando entre personas físicas y entidades legales.

- **Categorías:**

- Familiar directo (padres, hijos, hermanos, etc.)
- Familiar extendido (tíos, primos, abuelos, etc.)
- Tutor legal designado (persona externa asignada por una autoridad competente)
- Entidad pública (servicios sociales, instituciones gubernamentales)
- Entidad privada (asociaciones, fundaciones, organizaciones sin fines de lucro)

- Otra figura legal (abogado, representante legal especializado)

- **Personas cuidadoras** (según la Encuesta Nacional de Salud en España de 2017)¹²³:

Las personas se sostienen y vinculan a través de redes de cuidado, que es imprescindible tener en cuenta para proporcionar una adecuada atención en consulta. Esto condiciona de manera determinante la capacidad de afrontar diversas circunstancias y, como en el caso del apoyo y la participación social, las posibilidades de contextualizar los problemas de salud que atendemos.

De manera específica, el ámbito o trabajo de los cuidados tiene un impacto muy relevante en la salud de las personas cuidadoras, tanto profesionales como informales o familiares. Entre otras, además del desgaste físico, la carga mental de los cuidados es muy importante y presenta una importante inequidad de género: afecta sobre todo a mujeres por ser las principales cuidadoras¹²⁴.

- Pregunta: ¿Cuida, al menos una vez a la semana, de alguna persona mayor, menor de edad, dependiente o de alguien que tenga una dolencia crónica? (No lo considere si forma parte de su trabajo. En ese caso señalarlo en el apartado de clase social ocupacional).
 - Categorías:
 - Sí
 - No
- Tipo de cuidados (personas con dolencias crónicas, niños, niñas, adolescentes, personas dependientes, personas con discapacidad, etc.): texto libre.
- Pregunta: En total, ¿cuántas horas dedica a la semana al cuidado de esta/s persona/s? (No lo considere si forma parte de su trabajo. En ese caso señalarlo en el apartado de clase social ocupacional).
 - Categorías:
 - Menos de 10 horas semanales
 - ≥10 horas semanales, pero menos de 20
 - ≥20 horas a la semana

En las HSD de personas con dolencias crónicas, niños, niñas, adolescentes, personas dependientes, personas con discapacidad, etc., sería de interés que estuvieran definidas sus personas cuidadoras.

¹²³ Encuesta Nacional de Salud 2017. Cuestionario de adultos. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_ADULTO .pdf

¹²⁴ López Rodríguez Rosa M^a, Soriano Villarroel Isabel, Coord. Informe Salud y Género 2022:

aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.

Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeSaludyGenero2022/INFORME_SALUD_Y_GENERO_2022.15.09.2022.web.pdf

- Pregunta: ¿Recibe cuidados de alguien de forma regular?
 - Categorías:
 - Sí
 - No

- Pregunta: En caso de respuesta afirmativa, identifica a la persona o entidad que brinda el cuidado:
 - Categorías:
 - 1. Familiar directo (padres, hijos, hermanos, pareja)
 - 2. Familiar extendido (abuelos, tíos, primos)
 - 3. Amigo o vecino (personas cercanas sin parentesco)
 - 4. Cuidador contratado (personal pagado para brindar asistencia)
 - 5. Entidad pública (servicios sociales, instituciones gubernamentales)
 - 6. Entidad privada (fundaciones, ONGs, organizaciones de cuidado)
 - 7. Otra persona o institución (cualquier otra figura no incluida en las categorías anteriores)

- **Relaciones y contactos sociales:**

Las relaciones sociales son factores fundamentales de salud y su disminución es un problema destacado que es conveniente reconocer. La soledad no deseada puede afectar a personas de diferentes edades, pero es especialmente relevante en las personas mayores. Se ha demostrado su relación con múltiples resultados y condiciones de salud, como las enfermedades cardiovasculares o los problemas de salud psicológica o mental¹²⁵.

Se propone su medida a través de instrumentos validados en nuestro entorno.

- Pregunta: ¿Vive solo/a?
 - Categorías:
 - Sí
 - No

- Pregunta: ¿Con qué frecuencia se ha sentido solo/a durante el último año?¹²⁶

¹²⁵ Rico-Urbe LA, Caballero FF, Martín-María N, et al. Association of loneliness with all-cause mortality: a meta-analysis. PLoS One 2018; 13: e0190033. Disponible en:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0190033>

¹²⁶ Rodríguez Pérez M., Díaz-Olalla J. M., Pedrero Pérez E. J. y Sanz Cuesta M. R. Informe monográfico: Sentimiento de Soledad en la Ciudad de Madrid. En Díaz Olalla J. M. (Dir.); Benítez Robredo M. T., Rodríguez Pérez M., y Sanz Cuesta M. R. (Coord.) Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018. Madrid

- Categorías:
 - Siempre o casi siempre
 - Bastantes veces
 - Pocas veces
 - Nunca o casi nunca
- ¿Cómo son sus relaciones sociales?
 - Relaciones y contactos sociales (Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (abreviada y modificada) (versión de Barcelona)¹²⁷)
 - Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.
 - Sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.
 - Sólo se relaciona con familia, sale de casa.
 - No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (al menos 1 por semana).
 - No sale del domicilio, ni recibe visitas (< 1 por semana).
- **Apoyo social:**

Es importante valorar el apoyo social del que disponen las personas. Puede ser un factor protector en caso de estar presente, o favorecer la aparición de problemas de salud si no lo está. Además, es necesario conocerlo para evaluar adecuadamente el seguimiento o plan de actuación - individual con orientación comunitaria - que se le propone a una persona, y nos permite conocer de manera rápida la red de soporte con la que esta puede contar¹²⁸.

Se recomienda el Instrumento The Oslo Social Support Scale (OSSS-3) utilizado en la Encuesta Europea de Salud 2020¹²⁹:

- Pregunta: En caso de tener un problema personal grave de cualquier tipo, ¿con cuántas personas cercanas a usted podría contar?:
 - Categorías:
 - Ninguna

Salud, Ayuntamiento de Madrid; 2020. Págs. 429-503. Disponible en: <https://madridsalud.es/wp-content/uploads/2020/08/Sentimiento-soledad-en-Madrid-ES2018.pdf>

¹²⁷ Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García-Palleiro P, Cervera AM. Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a geriatric convalescence unit in Spain. J Am Geriatr Soc. 2003 Feb;51(2):252-7. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51066.x. PMID: 12558724. Disponible en: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1532-5415.2003.51066.x>

¹²⁸ Vila J. Social Support and Longevity: Meta-Analysis-Based Evidence and Psychobiological Mechanisms. Front Psychol. 2021 Sep 13;12:717164. doi: 10.3389/fpsyg.2021.717164. PMID: 34589025; PMCID: PMC8473615. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.717164/full>

¹²⁹ Encuesta Europea de Salud en España de 2020. Cuestionario individual. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020 Adultos.pdf>

- 1 o 2 personas
- De 3 a 5 personas
- Más de 5 personas
- Pregunta: ¿En qué medida se interesan otras personas por lo que le pasa?
 - Categorías:
 - Mucho
 - Algo
 - Ni mucho ni poco
 - Poco
 - Nada
- Pregunta: ¿En qué medida resulta fácil obtener ayuda de los/las vecinos/as en caso de necesidad?
 - Categorías:
 - Muy fácil
 - Fácil
 - Es posible
 - Difícil
 - Muy difícil
- **Participación social:**

La participación social es un factor clave para que la población pueda tomar el control sobre su salud y es imprescindible para disminuir las desigualdades sociales en salud. Las comunidades cohesionadas y con redes comunitarias son un factor de protección frente a crisis y favorecen la resiliencia ante las adversidades de la vida^{130 131}.

La participación puede ser un objetivo en sí mismo o servir como factor protector o de afrontamiento de situaciones de salud.

Su valoración puede facilitarnos aproximar también la participación comunitaria, que es uno de los ejes para la promoción de la salud: se ha demostrado su relación con variados resultados sociales y de salud, como el incremento de la autoestima, la autoconfianza, las redes y el apoyo social. Existe consenso en que el incremento de la participación favorece la cohesión social y

¹³⁰ Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social –Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018. 65 p. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_579_Guia_Adapta_Participacion_-Comunitaria.pdf

¹³¹ Participar para ganar salud. Versión para todos los públicos de la Guía Participación Comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Madrid: MSCBS-IACS-FEMP-RECS; 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Participar_ganar_salud.pdf

potencia la capacidad de involucrarse y actuar sobre su entorno¹³². Se recomienda su inclusión para orientar más adecuadamente la acción individual, grupal y comunitaria en salud.

- **Pregunta:** ¿Participas en alguna acción comunitaria, asociación, colectivo o entidad?
 - Categorías:
 - Sí, con frecuencia
 - Sí, esporádicamente
 - No
 - ¿En cuál? (texto libre)

- **Vivienda:**

Las características de la vivienda y el tipo de relación que se tiene con ella tienen una vinculación reconocida con los problemas de salud y la capacidad de afrontamiento de ellos.

Como describe la OMS¹³³, la vivienda es un determinante social importante: *el hacinamiento puede aumentar el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas y afectar a la promoción de salud que se puede realizar; la falta de adaptación arquitectónica y la ausencia de ascensores pueden generar accidentes, incrementar el aislamiento social en personas mayores o con dificultades de movilidad y afectar a su salud y al acceso al sistema sanitario¹³⁴; la falta de seguridad económica puede producir estrés y problemas de salud mental; la contaminación ambiental dentro de la vivienda se relaciona con enfermedades no transmisibles, como problemas respiratorios y cardiovasculares, o reacciones alérgicas o irritantes; la deficiencia en agua y saneamiento afecta a la seguridad alimentaria y a la higiene personal, etc.*

- **Pregunta:** ¿Cuál es su situación en relación a la vivienda?
 - Categorías (según la tipología europea de sinhogarismo y exclusión residencial ETHOS, referenciada en la Estrategia Nacional para la lucha

¹³² Casseti V, Paredes-Carbonell JJ, López Ruiz V, García AM, Salamanca Bautista P. Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018 [Evidence of community engagement in health in Spain: thoughts and proposals. SESPAS Report 2018]. Gac Sanit. 2018 Oct;32 Suppl 1:41-47. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.07.008. Epub 2018 Sep 17. PMID: 30236496. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301638?via%3Dihub>

¹³³ Directrices de la OMS sobre vivienda y salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275325674>

¹³⁴ Daban F, Garcia-Subirats I, Porthé V, López M, de-Eyto B, Pasarín MI, Borrell C, Artazcoz L, Pérez A, Díez E. Improving mental health and wellbeing in elderly people isolated at home due to architectural barriers: A community health intervention. Aten Primaria. 2021 May;53(5):102020. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102020. Epub 2021 Mar 26. PMID: 33774346; PMCID: PMC8039551. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721000548?via%3Dihub>

contra el sinhogarismo en España 2023-2030¹³⁵ ¹³⁶ y en la Encuesta sobre las personas sin hogar del 2022¹³⁷):

- Sin techo (personas que viven en un espacio público - a la intemperie - o en alojamiento de emergencia).
 - Sin vivienda (personas que viven en albergues, centros para gente sin hogar, alojamiento para inmigrantes o solicitantes de asilo, albergues para mujeres, personas que en un plazo definido van a ser despedidas de instituciones residenciales o de internamiento, personas que reciben alojamiento con apoyo sostenido debido a su condición de personas en situación de sinhogarismo).
 - Vivienda insegura (personas que viven en un régimen de tenencia inseguro, bajo amenaza de desahucio o bajo amenazas de violencia por parte de la pareja o de la familia).
 - Vivienda inadecuada (personas que viven en estructuras temporales y no convencionales, alojamiento impropio o hacinamiento extremo).
 - Vivienda adecuada.
- Pregunta: ¿Cuál es el régimen de tenencia de su vivienda? (en caso de tenerla)
 - Categorías (según la Enquesta de Salut de Barcelona 2021¹³⁸)
 - 1. De propiedad (totalmente pagado).
 - 2. De propiedad (pagando hipoteca).
 - 3. De alquiler normal (precio de mercado).
 - 4. De alquiler social.
 - 5. En realquiler de una parte de un piso (comparto piso con otras personas).
 - 6. Cedido por servicios sociales u ONG.
 - 7. Cedido por familiares o amigos.
 - 8. Otra situación. Especifíquela.
 - Pregunta: ¿Tiene su vivienda...? Sí/No
 - Categorías (modificado a partir de la Enquesta de Salut de Barcelona 2021):

¹³⁵ European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA). ETHOS. European typology of homelessness and housing exclusions. Disponible en: <https://www.feantsa.org/download/ethos2484215748748239888.pdf>

¹³⁶ Estrategia Nacional para la lucha contra el sinhogarismo en España 2023-2030. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; 2023. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/Personas-sin-hogar/docs/EstrategiaPSH20232030.pdf>

¹³⁷ https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176817&menu=ultiDatos&idp=1254735976608

¹³⁸ Manual metodològic de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2021 Disponible aquí: <https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2022/11/ASPB-Manual-Enquesta-Salut-2021.pdf>

- 1. ¿Goteras, humedades en paredes, suelos, techos o cimientos, o podredumbre de suelos, marcos de ventanas o puertas?
- 2. ¿Insectos y/o ratas y similares?
- 3. ¿Humos, gases o contaminación del aire o del exterior?
- 4. ¿Ruido procedente del exterior de su vivienda que le resulte molesto?

- **Seguridad energética**

Se dispone de amplia evidencia científica publicada sobre los efectos directos e indirectos de la inseguridad y pobreza energética en la salud^{139 140 141 142}. La inseguridad energética es una realidad compleja que es resultado de la interacción entre las condiciones de la vivienda, el precio y los gastos relacionados con el consumo de energía y las estrategias desarrolladas para afrontar estas limitaciones⁷¹.

En España, según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida del año 2023¹⁴³, el 20,7% de las personas (aproximadamente 9,9 millones) tienen dificultades para mantener la vivienda a una temperatura adecuada en invierno, lo que implica que no la pueden mantener, o que lo hacen a costa de reducir los recursos dedicados a obtener otros bienes o servicios básicos para vivir.

Como muestra la evidencia, las viviendas frías pueden empeorar enfermedades respiratorias, cardiovasculares, problemas de salud mental o demencia, entre otros. Algunos grupos de población son más vulnerables a esta situación, como los niños y niñas, las personas mayores y los hogares en que viven personas con enfermedades crónicas o discapacidad¹⁴⁴.

A su vez, la exposición a altas temperaturas en la vivienda también está relacionada con la salud^{145 146}.

¹³⁹Jessel S, Sawyer S, Hernández D. Energy, Poverty, and Health in Climate Change: A Comprehensive Review of an Emerging Literature. *Front Public Health*. 2019 Dec 12;7:357. doi: 10.3389/fpubh.2019.00357. PMID: 31921733; PMCID: PMC6920209.

¹⁴⁰ Hernández D. Understanding 'energy insecurity' and why it matters to health. *Soc Sci Med*. 2016 Oct;167:1-10. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.08.029. Epub 2016 Aug 21. PMID: 27592003; PMCID: PMC5114037.

¹⁴¹ Marmot Review Team. *The Health Impacts of Cold Homes and Fuel Poverty*. Department of Epidemiology & Public Health University College London. 2011.

¹⁴² World Health Organisation. *Fuel for life: household energy and health*. 2006.

¹⁴³ El Estado de la Pobreza 2024. Seguimiento de los indicadores de la Agenda UE 2030.

https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2024_completo.pdf

¹⁴⁴ Alice Lee, Ian Sinha, Tammy Boyce, Jessica Allen, Peter Goldblatt (2022) *Fuel poverty, cold homes and health inequalities*. London: Institute of Health Equity

¹⁴⁵ Hampo CC, Schinasi LH, Hoque S. Surviving indoor heat stress in United States: A comprehensive review exploring the impact of overheating on the thermal comfort, health, and social economic factors of occupants. *Heliyon* 2024;10:e25801. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e25801>

¹⁴⁶ Kenny GP, Tetzlaff EJ, Journey WS, Henderson SB, O'Connor FK. Indoor overheating: A review of vulnerabilities, causes, and strategies to prevent adverse human health outcomes during extreme heat events. *Temperature* 2024;11:203–46. <https://doi.org/10.1080/23328940.2024.2361223>.

Pobreza energética (preguntas incorporadas en HSD de Servei Català de la Salut):

- ¿Pasa mucho frío en casa? (invierno)
 - Sí
 - No
- ¿Pasa mucho calor en casa durante todo el día y toda la noche? (verano)
 - Sí
 - No
- ¿Tiene dificultad para pagar las facturas?
 - Sí
 - No
- **Violencia de género**

La violencia de género, en todas sus formas (física, psicológica, sexual, económica, etc.), tiene un marcado impacto en la salud de las mujeres, generando problemas derivados de las propias lesiones, problemas de salud sexual y reproductiva, alteración inmunitaria por estrés crónico, problemas de salud mental, etc.^{147 148 149 150 151} La violencia de género puede, además, ser agravada por la intersección con otros condicionantes sociales de salud que se reflejan en este documento (discapacidad, identidad de género, migración y origen, clase social, etc.) generando una doble o triple discriminación y mayor impacto en salud^{152 153}.

¹⁴⁷ Romito, P., Molzan T. J., & De Marchi, M. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social Science and Medicine*, 60, 1717-27. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953604004162?via%3Dihub>

¹⁴⁸ Bosch J, Weaver TL, Arnold LD, Clark EM. The Impact of Intimate Partner Violence on Women's Physical Health: Findings From the Missouri Behavioral Risk Factor Surveillance System. *J Interpers Violence*. 2017 Nov;32(22):3402-3419. doi: 10.1177/0886260515599162. Epub 2015 Aug 12. PMID: 26268271. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260515599162>

¹⁴⁹ Martín-Baena D, Talavera M, Montero-Piñar I. Interpersonal Violence and Health in Female University Students in Spain. *J Nurs Scholarsh*. 2016 Nov;48(6):561-568. doi: 10.1111/jnu.12239. Epub 2016 Aug 19. PMID: 27541174. <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12239>

¹⁵⁰ Montero I, Escriba V, Ruiz-Perez I, Vives-Cases C, Martín-Baena D, Talavera M, Plazaola J. Interpersonal violence and women's psychological well-being. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Feb;20(2):295-301. doi: 10.1089/jwh.2010.2136. Epub 2011 Jan 25. PMID: 21265641. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2010.2136>

¹⁵¹ Potter LC, Morris R, Hegarty K, García-Moreno C, Feder G. Categories and health impacts of intimate partner violence in the World Health Organization multi-country study on women's health and domestic violence. *Int J Epidemiol*. 2021 May 17;50(2):652-662. doi: 10.1093/ije/dyaa220. PMID: 33326019. Disponible en: <https://academic.oup.com/ije/article/50/2/652/5974838?login=true>

¹⁵² Weaver TL, Kelton K, Riebel J. The Relationship between Women's Resources and Health-Related Quality of Life in a Sample of Female Victims of Intimate Partner Violence. *J Soc Serv Res*. 2021;47(4):565-578. doi: 10.1080/01488376.2020.1859433. Epub 2021 Jan 11. PMID: 35694202; PMCID: PMC9187049. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01488376.2020.1859433>

¹⁵³ Stockman JK, Hayashi H, Campbell JC. Intimate Partner Violence and its Health Impact on Ethnic Minority Women [corrected]. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015 Jan;24(1):62-79. doi: 10.1089/jwh.2014.4879. Epub 2014 Dec 31. Erratum in: *J Womens Health (Larchmt)*. 2015 Mar;24(3):256. doi: 10.1089/jwh.2014.4879.cxn. PMID: 25551432; PMCID: PMC4302952. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2014.4879>

En 2021 fue publicado [el Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud¹⁵⁴](#) en el que se recomiendan las siguientes preguntas para la detección temprana de violencia de género:

- **Pregunta:** En alguna ocasión, ¿ha sufrido maltrato emocional, físico o sexual por parte de su pareja o una persona importante para usted? (Cuestionario *Abuse Assessment Screen*)
 - Categorías:
 - Sí
 - No
 - No desea contestar

- **Pregunta:** En general, cómo describiría su relación de pareja (Cuestionario Women Abuse Screening Tool, WAST versión corta)
 - Categorías:
 - Mucha tensión
 - Alguna tensión
 - Ninguna tensión

- **Pregunta:** Usted o su pareja resuelven las discusiones con... (Cuestionario Women Abuse Screening Tool, WAST versión corta)
 - Categorías:
 - Mucha dificultad
 - Alguna dificultad
 - Sin dificultad

Para el abordaje integral de los casos identificados a raíz de estas preguntas o mediante la anamnesis habitual, se recomienda consultar los protocolos de atención vigentes a nivel autonómico o estatal ^{155 156}.

- **Violencia contra niños, niñas y adolescentes**

La violencia sufrida en la infancia y adolescencia afecta a la salud y el bienestar a lo largo de toda la vida. El estrés que conlleva afecta al desarrollo cerebral, sobre todo durante los primeros años

¹⁵⁴ Ministerio de Sanidad. Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud (2021). Madrid; 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Doc_Aprobado_CISNS_Instrumento_Estandariz_Detec_Temprana_VG_1Dic2021_OSM.pdf

¹⁵⁵ Protocolo Común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual. Ministerio de Sanidad; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_VSexual_12en2_024.pdf

¹⁵⁶ Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad; 2012. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/PSanitarioVG2012.pdf>

de vida, así como también durante la adolescencia, perjudicando el rendimiento académico y profesional. Además, afecta a otros sistemas como el endocrino, circulatorio, osteomuscular, reproductivo, respiratorio e inmunológico y sus consecuencias pueden durar toda la vida. Las personas menores de edad expuestas a la violencia tienen muchas más probabilidades de desarrollar comportamientos de riesgo como fumar, consumo de drogas y bebidas alcohólicas, conductas sexuales de alto riesgo, así como de presentar tasas más altas de ansiedad, depresión, otros problemas de salud mental y suicidio.

La OMS y los el U.S. Preventive Services Task Force, señalan que no hay suficiente evidencia para recomendar la realización de cribado de violencia en niños, niñas o adolescentes sin sospecha o evidencia de violencia, siendo el enfoque recomendado valorar la presencia de violencia ante la identificación de indicadores sugestivos, revelación por parte del niño, niña o adolescente o bien comunicación de violencia por parte de una tercera persona^{157 158 159}. El [Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia \(2023\)](#) recomienda realizar una valoración del riesgo psicosocial^{160 161 162} integrada en el Programa de Salud Infantil, con el fin de identificar los factores de riesgo y protectores frente a la violencia y sus consecuencias¹⁶³. Varios de los ítems incluidos en la valoración de riesgo psicosocial están ya recogidos en este documento.

Tanto la Comisión del Consejo Interterritorial contra la violencia de género ([COVIGE](#)) como la Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes ([CoViNNA](#)), contemplan utilizar

¹⁵⁷ World Health Organization. 2019. WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment: Technical report. <https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>

¹⁵⁸ Organización Panamericana de la Salud. Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326824>.

¹⁵⁹ US Preventive Services Task Force; Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, et al. Primary care interventions to prevent child maltreatment: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2024;331(11):951-958. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/document/RecommendationStatementFinal/child-maltreatment-primary-care-interventions>

¹⁶⁰ Pérez Candás J, Domínguez Aurrecochea B, Amador Tejón V, Fernández Cuesta L, Ruano Fajardo C, Fernández Álvarez E, et al. Plan Personal Jerárquico de la Atención Sanitaria a la Infancia y la Adolescencia del Principado de Asturias. [Internet]. Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2018 [citado 2022 dic 29]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivosadjuntos/13_08_19_asia_definitivo.pdf

¹⁶¹ Gracia Fuster E, Musitu Ochoa G. Los malos tratos a la infancia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Publicaciones; 1999.

¹⁶² Pérez Candás JI. Programa de identificación del riesgo psicosocial en la infancia y la adolescencia (I). Form Act En Pediatría Aten Primaria [Internet] 2022 [citado 2023 mar 13];15(3). Disponible en: <https://fapap.es/articulo/660/programa-de-identificacion-del-riesgopsicosocial-en-la-infancia-y-la-adolescencia-i>

¹⁶³ Ministerio de Sanidad. Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia (2023). Madrid; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/docs/Protocolo_comun_sanitario_violencia_infancia_adolescencia.pdf

los Códigos Z para el registro en la HSD de estos tipos de violencia, así como la codificación establecida en cada CC. AA.

Hay que tener en cuenta que los niños y las niñas que han tenido medidas de protección como acogimiento o adopción, significa que han sufrido procesos de adversidad temprana traumáticos, con las consecuencias anteriormente citadas que van a marcar su salud y bienestar, precisando un mayor apoyo de familias, profesionales y comunidad¹⁶⁴¹⁶⁵.

Otras violencias (violencias contra personas mayores, por razón de raza, LGTBifobia, etc)¹⁶⁶¹⁶⁷¹⁶⁸

7. Qué hacer y no hacer en la recogida de condicionantes sociales en la HSD

- Registrar solo aquellos datos acordados, oportunos y consensuados con la persona atendida que aportan información necesaria para un abordaje biopsicosocial en cada caso, longitudinalmente en la relación clínica y con un objetivo relevante en el proceso de salud.
- La inclusión de información no debe ser unidireccional, sino un proceso compartido que tenga como objeto generar salud, al tiempo que evite perjuicios sobre la realidad de las personas y no aumente las dinámicas de *patologización*.

¹⁶⁴ 1. Brodzinsky D, Gunnar M, Palacios J. Adoption and Trauma: Risks, Recovery, and the Lived Experience of Adoption. Child Abuse Negl. 2022 August; 130(Pt 2): 105309. doi:10.1016/j.chiabu.2021.105309.

¹⁶⁵ 2.F. Buitrago Ramírez, R. Ciurana Misol, M.d.C. Fernández Alonso et al. Prevención de los trastornos de la salud mental. Maltrato hacia la infancia y la adolescencia. Atención Primaria, 2024-11-01, Volumen 56, Artículo 103127. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud-PAPPS 2024.

¹⁶⁶ Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2017 Feb;5(2):e147-e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2. PMID: 28104184. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28104184/>

¹⁶⁷ Violencia en la vejez: edadismo, abuso y maltrato hacia las personas mayores. Colección Construyendo una sociedad inclusiva y amigable con las personas mayores. Fundación HelpAge International España. 2021 https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/10/HelpAge_Cuaderno-1_Violencia-en-la-vejez_Edadismo-abuso-y-maltrato.pdf

¹⁶⁸ Marzbani B, Ayubi E, Barati M, Sahrai P. The relationship between social support and dimensions of elder maltreatment: a systematic review and Meta-analysis. BMC Geriatr. 2023 Dec 18;23(1):869. doi: 10.1186/s12877-023-04541-6. PMID: 38110874; PMCID: PMC10726566. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38110874/>

- Explicar adecuadamente, en un ambiente amable y seguro, el motivo de inclusión de cada dato en la HSD, así como los beneficios, limitaciones e incertidumbres esperables sobre la salud.
- Vincular la recogida de información a acciones concretas - pueden ser de orientación clínica asistencial o comunitaria (participación en procesos comunitarios, recomendación de activos, etc.) - adecuadas en cada caso y compartidas con la persona usuaria. La acumulación de información debe tener un objetivo claro y fundamentado que mejore la asistencia y no ha de convertirse en un fin en sí mismo.
- Elegir quién visualizará la información, de manera consensuada con la persona usuaria.
- No se deben registrar la etnia o pertenencia a grupo minoritario, ni datos o circunstancias de manera que puedan exponer a la persona a prejuicios y visiones preconcebidas¹⁶⁹.
- Contemplar longitudinalmente las posibilidades de *no-hacer* o *no-intervención*, así como la necesidad de retirar información o codificaciones diagnósticas ya incorporadas cuando se considere que han dejado de ser relevantes, sin una periodicidad prefijada para todas las personas.

8. Recomendaciones para la implementación en las Comunidades y Ciudades Autónomas

- Se recomienda facilitar la formación en abordaje biopsicosocial y entrenamiento periódico de la herramienta de registro para un adecuado uso.
- Se consensuará con las comunidades autónomas un conjunto mínimo de condicionantes sociales y del contexto social y familiar que sería recomendable incluir en la HSD.
- Puede haber diferentes vías de recogida de la información:
 - Recogida de datos de forma automatizada siempre que sea posible, cruzando bases de datos de la administración pública si fuera necesario.
 - Recogida de datos por diferentes profesionales: personal administrativo, sanitario, trabajo social sanitario, profesionales sanitarios en el contexto de la entrevista clínica y la longitudinalidad, etc.
 - Autodeclaración.
- La recogida de la información debe ser lo más sencilla posible.

¹⁶⁹ Serrano Morón P., Sanchez-Gamborino del Río E., Revuelta Lucas I. «Niega fiebre»: una historia de respeto. Actualización de Medicina de Familia. Diciembre 2021. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/niega-fiebre-una-historia-de-respeto>

- Será necesario actualizar algunos datos periódicamente. Se recomienda articular y establecer los procesos de actualización.
- Establecer una visualización sencilla de dicha información por parte de los/las profesionales de AP para que puedan utilizarla en el abordaje biopsicosocial.
- No es necesario el registro de todos los condicionantes, dependerá de cada persona, contexto y relación clínica. Se recomienda elaborar documentos que faciliten su uso adecuado e incluir avisos dentro de la HSD.
- Se recomienda realizar evaluaciones sobre la recogida de la información: qué datos se recogen, de qué manera se recogen, y evaluar si los datos están sirviendo para mejorar el abordaje biopsicosocial, familiar y comunitario y para detectar problemas y dar soluciones.