

Toolkit:

Equidad en Salud

Documento 1: Guía de principios para entender la equidad en salud de poblaciones en situación de vulnerabilidad

DEPARTAMENTO DE
SALUD



FECHA DE REVISIÓN: Abril 2023

Subsidiado con fondos de los Centros para el Control y prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) #2NH75OT000085 de la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo (SAPD) del Departamento de Salud.

**Gobierno de Puerto Rico
Departamento de Salud**

Documento 1: Guía de
principios para entender la
equidad en salud de
poblaciones en situación de
vulnerabilidad

Carlos Mellado López, MD
Secretario de Salud

Pierina Ortiz Cortés, Esq, LL.M
Secretaría Auxiliar

Carlos Mellado López, MD

Secretario del Departamento de Salud

Pierina Ortiz Cortés, Esq, LL.M

Secretaria Auxiliar de Planificación y Desarrollo

Ibis Montalvo Félix, Ed.D, MPHE

Gerente de Proyecto- PES

Yaquelin Codias González, RN, BSN

Supervisora- PES

Eunice M. Torres Roldán, MSW

Facilitadora en Equidad en Salud- PES

Carlos Feliciano Collazo, MS

Facilitador en Equidad en Salud- PES

Mariane Alvarado López, MPHE, CHES, CGG

Facilitadora en Equidad en Salud- PES

Christian Rivera Cátala, MPH

Epidemiólogo- PES

Julitza Romero Rodríguez- MS

Evaluadora Lead

Vilmary Camacho Martínez-MS

Evaluadora

Dalton J. López Rivera

Artista Gráfico

Políticas para uso y reproducción: Bajo los términos de esta licencia usted puede copiar, redistribuir y adaptar el presente trabajo para propósitos no comerciales, siempre que el documento sea citado adecuadamente a tenor con la referencia aquí presentada. Ninguna modalidad de este trabajo debe sugerir de manera alguna que el Departamento de Salud de Puerto Rico endosa a organizaciones específicas, productos o servicios. Se prohíbe la utilización del logo del Departamento de Salud. Si adapta este trabajo, deberá licenciar su producto bajo el mismo tipo, acceso o, en su lugar, alguno equivalente. Si usted crea alguna traducción de este trabajo, deberá incluir la siguiente nota junto a la citación sugerida: "Esta traducción no fue creada por el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). El DSPR no se responsabiliza por el contenido o exactitud de la presente traducción. La versión en español será considerada como vinculante y auténtica.

Aclaración sobre lenguaje inclusivo: En este documento se utilizará el género gramatical masculino para referirse a diversos colectivos [por ejemplo, trabajadores y trabajadoras; hombre, mujer, *queer*, intersexuales...] sin que esto suponga un lenguaje sexista y excluyente. El Departamento de Salud de Puerto Rico ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en el presente documento.

Para obtener publicaciones relacionadas o de otra índole, puede acceder a <https://salud.gov.pr>. Para someter cualquier comentario, interrogante o sugerencia, favor escribir a pierina.ortiz@salud.pr.gov

Citación sugerida: Departamento de Salud. (2022). *Documento 1: Guía de principios para entender la equidad en salud de poblaciones en situación de vulnerabilidad*. San Juan, PR: División de Planificación. Programa de Equidad en Salud.

Tabla de contenido

Siglas y acrónimos	7
Introducción	8
Determinantes sociales de la salud	11
Asuntos de género y comunidad LGBTQIA+	13
Raza y etnia	15
Religión	17
Posición socioeconómica	19
Vivienda	21
Transportación	23
Educación	25
Alfabetización en salud	27
Acceso a tecnología y alfabetización tecnológica	29
Para reflexionar...Determinantes sociales de la salud	31
Interseccionalidad	32
Para reflexionar... Interseccionalidad	37
Factores de necesidad	38
Diversidad funcional	40
Enfermedades crónicas	43
Salud mental	45
Desastres naturales	47
Para reflexionar... Factores de necesidad	48
Poblaciones vulneradas	49
Personas adultas mayores	52
La niñez	57
Mujer	60
Para reflexionar... Poblaciones vulneradas	63
Competencia cultural	64
Para reflexionar... Competencia cultural	68
Lenguaje inclusivo	69
Para reflexionar... Lenguaje inclusivo	74
Conclusiones	75
Glosario	78
Información de contacto	81
Referencias	82

Siglas y acrónimos

PES: Programa de Equidad en Salud

COVID-19: Enfermedad del Coronavirus

DSS: Determinantes sociales de la salud

LGBTQIA+: Hace referencia a la comunidad comprendida por personas Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Queer, Intersexual, Asexual

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

ASSMCA: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción

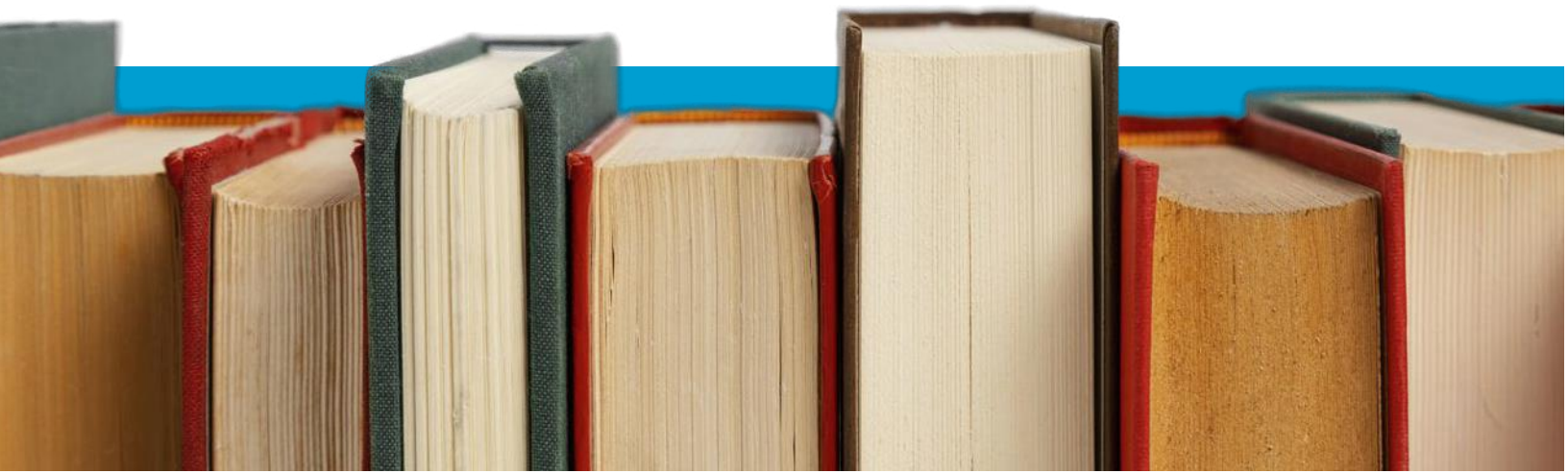
PAN: Programa de Asistencia Nutricional

Pruebas META: Medición y Evaluación para la Transformación Académica

ONU: Organización de las Naciones Unidas

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

CNCA: Consejo Nacional de la Cultura y las Artes



Introducción

El Programa de Equidad en Salud (PES) promueve la equidad en salud y la justicia social hacia las poblaciones de mayor riesgo, desatendidas, vulneradas, desproporcionalmente afectadas y las personas que viven en comunidades rurales. Además, apoya la construcción de capacidad comunitaria en organizaciones que proveen servicios de salud y/o servicios que inciden en la salud, la gobernanza de datos desde los determinantes sociales de la salud y la evaluación de planes, procesos y política pública interna para apoyar la mejora de la infraestructura del Departamento de Salud. El programa se guía al fin de que ninguna persona se encuentre en desventaja por razones socioeconómicas o ambientales y que cada ser humano tenga la oportunidad de alcanzar su derecho pleno a la salud, sin discriminación absoluta, y enmarcado en sus necesidades particulares.

La meta general del programa es reducir las disparidades de salud relacionadas a COVID-19 al apoyar a poblaciones vulneradas. Una de las iniciativas principales del Programa de Equidad en Salud es expandir y mejorar los recursos existentes y/o desarrollar nuevos

servicios de mitigación y prevención, para reducir las disparidades relacionadas a COVID-19 entre las poblaciones con mayor riesgo y desatendidas.

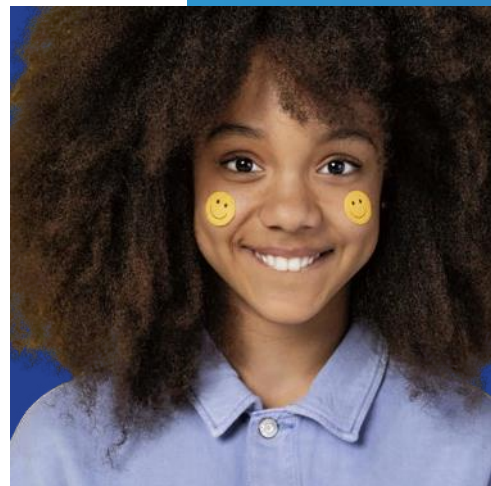
Por otra parte, algunos de los objetivos están enfocados en expandir y mejorar los esfuerzos y el acceso a la vacunación de COVID-19, el rastreo de contactos, la investigación de casos y la diseminación de equipo de protección personal. El propósito principal es lograr la visibilidad de las poblaciones vulneradas en Puerto Rico, para aumentar y canalizar los servicios educativos y médicos, permitiendo que todos los grupos poblacionales tengan la oportunidad de acceso a los recursos para mejorar y proteger su salud.

Como parte de los trabajos realizados, se incluyó el desarrollo de un *toolkit* para ayudar a promover que otros programas dentro y fuera del Departamento de Salud puedan evaluar sus documentos, materiales y políticas públicas integrando los principios de Equidad en Salud. Este documento se desarrolla como base para que profesionales en diferentes campos, organizaciones y público general, puedan

comprender los determinantes sociales de la salud y la importancia de tomarlos en cuenta para la implementación de iniciativas y el desarrollo de documentos o materiales. Esto se refiere a que se da una mirada con enfoque desde el marco de la interseccionalidad, los determinantes sociales de la salud, los factores de necesidad en salud y el contexto de desastres naturales. Así como también, otros factores relacionados a la toma de decisiones, beneficios, accesos y la comprensión y el entendimiento (Alfabetización en Salud) para toda la población

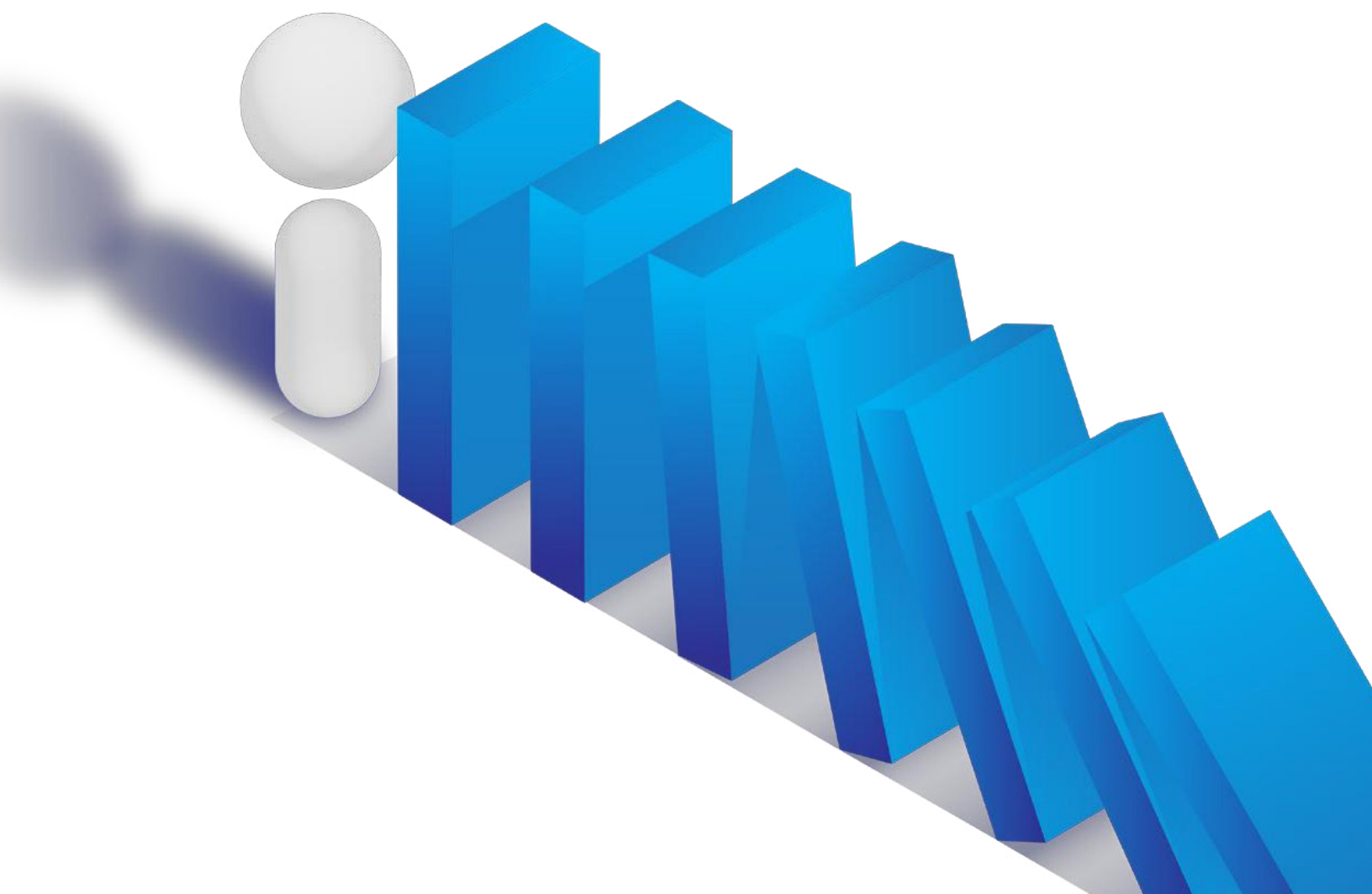
El *toolkit* educativo se comprende de cinco documentos:

- Documento 1: Guía de principios para entender la equidad en salud de poblaciones en situación de vulnerabilidad, que pretende educar acerca de los principales conceptos de la equidad en salud.
Documento 2: Instrucciones para llevar a cabo una evaluación de documentos con lente de equidad en salud, que está basado en las instrucciones para la implementación de la hoja de evaluación de documentos bajo el lente de equidad en salud.
- Documento 3: Hoja para la evaluación de documentos con lente de equidad en salud, que integra las premisas a evaluar para determinar si un documento toma en cuenta los determinantes sociales de la salud.
- Documento 4: Instrucciones para llevar a cabo una evaluación de materiales educativos bajo el lente de equidad y competencia cultural, donde se explica detalladamente los pasos para completar el documento 5.



- Documento 5: Evaluación de materiales educativos bajo el lente de equidad y competencia cultural, que está basado en la lista de cotejo para la revisión de materiales educativos.

Por otra parte, a través de esta guía, se establecen las definiciones de varios conceptos que se deben tomar en consideración para realizar la evaluación bajo el lente de equidad. Algunos de los temas que se incluyen son: equidad en salud, determinantes sociales de la salud (DSS), poblaciones vulneradas, interseccionalidad y competencia cultural.



Determinantes Sociales de la Salud



La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la equidad en salud como la ausencia de desigualdades evitables e injustas entre determinados grupos de la población y que pueden ser ocasionadas por sus circunstancias económicas, sociales o geográficas (Organización Panamericana de la Salud, s.f). Por otro lado, los determinantes sociales de la salud se refieren a “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución económica de la riqueza, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas públicas adoptadas por los gobiernos locales y nacionales (Organización Mundial de la Salud, 2017). A través de la guía se describen 9 categorías de determinantes sociales que se desglosan de la siguiente manera: género, raza y etnia, religión, posición económica, vivienda, transportación, educación, alfabetización en salud y acceso a tecnología. Además, se discutirá la relación de estos determinantes sociales de la salud con las situaciones de desigualdad que pueden experimentar diversas poblaciones vulneradas.

Asuntos de género y comunidad LGBTQIA+

El género se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las

personas con identidades no binarias (no se identifica como femenino ni masculino). También, es producto de las relaciones entre personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas (OMS, 2018). Cabe destacar que el concepto de sexo no es lo mismo; el sexo es una característica biológica, partiendo de la anatomía y fisiología de genitales, y que usualmente se asigna al nacer, es decir, hombre o mujer (Gómez Gómez, 2002; Hart et al., 2019; Castañeda & Díaz Bernal, 2020; Suen et al., 2020).

Cuando se trata de la salud, los roles, las normas sociales y las relaciones de género pueden actuar como factores de protección o de vulnerabilidad para las mujeres y los hombres. Sin embargo, las mujeres suelen tener mayores desventajas en el plano social, económico, y político, por lo que a menudo les resulta más difícil proteger y promover su propia salud física, emocional, y mental (Vega Otero et al., 2021). La pobreza o el impacto

del trabajo doméstico sin paga, es uno de los obstáculos más importantes a la atención de la salud en los países en vías de





desarrollo, y hay pruebas de que las niñas y las mujeres se ven más afectadas por ello (OPS, 2008).

Otro factor por considerar es la identidad de género. Todavía existe mucho desconocimiento por parte de la sociedad en general, y los profesionales de la salud. La identidad de género es la experiencia íntima y personal del individuo, que puede estar o no relacionada con el sexo asignado al nacer (Serón & Catalán, 2021). Es decir, cómo la persona se identifica a sí misma. La identidad de género puede manifestarse de diversas maneras, por ejemplo, a través de la vestimenta, gestos, expresiones corporales, forma de hablar, comportamiento, y en ocasiones puede incluir la modificación de la apariencia física o función corporal, por medio de procedimientos médicos (Serón & Catalán, 2021).

La comprensión limitada de las necesidades específicas de la población, partiendo de su identidad de género, podría fomentar el discrimen, la negación de servicios de salud, mala calidad de servicios, trato irrespetuoso, entre otros. Por otra parte, al hablar de género, no debe pasar desapercibida la comunidad LGBTQIA+. Las personas que pertenecen a este grupo a menudo experimentan el rechazo, violación y privación de los derechos humanos. El estigma hacia estas personas tiene como resultado la dificultad de acceso a una atención adecuada para cubrir sus necesidades de salud. Además, los planes médicos y las aseguradoras, en su mayoría, no reconocen los tratamientos de afirmación de género en sus pólizas. A pesar de que han surgido en la isla distintos centros de salud especializados para la comunidad LGBTQIA+, la mayoría se encuentran distantes para personas que viven en áreas rurales y remotas (Vega Otero et al., 2021).

Raza y Etnia



La raza es un constructo social que se ha creado para diferenciar a los grupos humanos, según sus rasgos físicos (Ford & Kelly, 2005; Martínez Fuentes & Fernández Díaz, 2006; Godreau & Vargas-Ramos, 2009; Flanagin et al., 2021), lo cual sugiere una clasificación biológica. Sin embargo, la raza se basa en las interpretaciones sociales que se hacen con respecto a las diferencias de las características físicas (Godreau & Vargas-Ramos, 2009). Por esa razón, la raza es una categoría social que ha resultado de las interrelaciones entre los contextos sociohistóricos y sociopolíticos de una sociedad, y no de las diferencias biológicas de los grupos e individuos (Martínez Fuentes & Fernández Díaz, 2006; Torres-Parodi & Bolis, 2007; Godreau & Vargas-Ramos, 2009). Y dadas esas interpretaciones sociales, se crea la noción de la discriminación racial o racismo (tratos desiguales por la construcción social de raza) (Godreau & Vargas-Ramos, 2009; Vega Otero et al., 2021), con mayor dominancia a nivel estructural e institucional (Ford & Kelly, 2005; Vega Otero et al., 2021).

“La raza es una categoría social que ha resultado de las interrelaciones entre los contextos sociohistóricos y sociopolíticos de una sociedad.”



“Los asuntos relacionados a la raza y etnicidad requieren igualmente una aproximación de equidad en salud, porque a nivel social y estructural pueden determinar el estado de salud de las personas.”

Por otro lado, la etnicidad, es otra construcción social basada en las relaciones grupales que se crean por sentido de identificación y pertenencia cultural, sea por uno o varios criterios de tradiciones, antecedentes históricos, lengua, religión, raza y símbolos (Torres-Parodi & Bolis, 2007; Godreau & Vargas-Ramos, 2009; Flanagan et al., 2021). Cabe señalar que los grupos organizados por etnicidad en una sociedad o nación podrían estar clasificados de forma jerárquica, debido a dinámicas de discriminación por esta razón (Godreau & Vargas-Ramos, 2009). Por tanto, los asuntos relacionados a la raza y etnicidad requieren igualmente una aproximación de equidad en salud, porque a nivel social y estructural pueden determinar el estado de salud de las personas, sea mediante facilitación u obstaculización a servicios de salud, así como a otros recursos sociales importantes como la educación y el empleo (Vega Otero et al., 2021).

Religión



La religión se define, de forma general, como un conjunto de creencias y prácticas relacionadas a la idea de lo divino, que crea una comunidad moral y produce una normativa social particular que individuos o grupos deben seguir en función de la diferencia entre lo sagrado y lo mundano (Durkheim 1982: 42). En esta línea, las ideas religiosas son consideradas como determinantes sociales de la salud, debido a que pueden prescribir unas normas de comportamiento e influenciar a las personas a tomar decisiones respecto al cuidado del cuerpo y la salud. Por un lado, hay evidencia que muestra que la religión puede servir de enlace entre grupos vulnerados e instituciones médicas, además de fomentar un estilo de vida que promueve la salud individual y colectiva (Ramírez Hita 2006) mientras que, por otro lado, una religión puede prohibir a una persona creyente a tomar alguna medicación e influenciar a que la persona no se someta a un determinado procedimiento médico.



Las instituciones y los líderes religiosos o guías espirituales pueden ejercer una presión adicional en la salud de los seguidores, dándole responsabilidades respecto a la comunidad religiosa o con la iglesia, que puedan poner en riesgo otras facetas de la salud de las personas (De Diego Cordero y Guerrero Rodríguez, 2018). Las formas de pensamiento que promueven algunas religiones hacen que los creyentes formen ideas propias sobre la enfermedad y la salud, que no necesariamente van acorde con las recomendaciones médicas (Ramírez Hita 2006: 103).

Pensar en la religión como un determinante social es importante, porque permite entender cómo las ideas religiosas intervienen en el comportamiento y en las decisiones que toman las personas frente a la salud, el cuidado y la atención médica. Puede ser un recurso para fomentar un estilo de vida saludable, pero también puede llegar a tener efectos negativos dependiendo de las prohibiciones y las normas que imponga a sus creyentes. Reconociendo esta dimensión de la religión como condicionante de la salud, los profesionales médicos y de salud pública, pueden actuar de manera responsable respetando la integridad de los pacientes, así como su derecho a la libertad religiosa encontrando alternativas para fomentar el acceso equitativo a la salud.

Posición económica

La posición socioeconómica se refiere a los factores sociales y económicos que influyen en las posiciones que ocupan los individuos o grupos dentro de la estructura de una sociedad, y abarca conceptos con diferentes orígenes históricos y disciplinarios (Galobardes et al., 2006a). No se debe confundir o utilizar de forma intercambiable los conceptos como clase social, estratificación social, estatus social o estatus socioeconómico, porque tienen diferentes bases teóricas e interpretaciones (Galobardes et al., 2007). El propósito de medir posición socioeconómica es describir y monitorear la distribución de una enfermedad en subgrupos de la población para informar la política de salud y monitorear cambios a lo largo del tiempo en diferentes regiones geográficas y grupos sociales (Galobardes et al., 2007).

El trabajo es una actividad humana distintiva sobre la cual se desarrolla y organiza gran parte de la vida en sociedad (Vega Otero et al., 2021). En el caso de Puerto Rico, es importante comprender las condiciones inestables de trabajo como un asunto estructural, pues ha implicado el crecimiento de las desigualdades de ingresos, el empobrecimiento de amplios grupos de personas, la alteración de los derechos sociales e incluso el deterioro de la salud psicológica y física (Perocco, 2017; Ríos González, 2017; Vega Otero, 2021). Cuando las condiciones de empleo son adecuadas, la seguridad financiera es más estable, hay un mejor desarrollo personal sostenido por relaciones sociales y autoestima, y hay menores riesgos para la salud física y psicosocial (Marmot, 2005; OMS, 2008; Vega Otero et al., 2021).



En cuanto a la pobreza, es un fenómeno de muchas dimensiones que hace referencia a la falta de recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas del día a día, y a la privación de la participación social y del propio desarrollo humano (Manos Unidas, 2022). En términos de salud, la pobreza se ha asociado con menor esperanza de vida en poblaciones vulneradas (Wagstaff, 2022; Rodríguez Camacho et al., 2019), enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, artritis y bajo peso al nacer (OPS, 2017; Rodríguez Camacho et al., 2021), trastornos neuróticos, psicosis funcionales y dependencia de alcohol y drogas (Murali & Oyebode, 2004; Rodríguez Camacho et al., 2021). Basado en la evidencia, el impacto de la pobreza sobre las condiciones de vida y de salud de diversos grupos de personas es de gran magnitud. Pero el principal señalamiento es su efecto acumulativo en el resultado de la distribución desigual de los recursos, del poder y las riquezas, y la marginación social (Rodríguez Camacho et al., 2021).

“La posición socioeconómica se refiere a los factores sociales y económicos que influyen en las posiciones que ocupan los individuos o grupos dentro de la estructura de una sociedad.”

Vivienda

Las condiciones de vivienda y el acceso a un hogar influyen sobre la salud física, mental y social de las personas, siendo entonces elementos importantes de atención para la salud pública (Vega Díaz et al., 2021). Una vivienda accesible tiene efectos positivos en la salud de los individuos, ya que las familias pueden disminuir sus dificultades económicas al utilizar esos recursos para otros bienes básicos, mejorando así sus niveles de salud en otros aspectos (Maqbool, Viveiros & Ault, 2015; Vega Díaz et al., 2021). Además, en términos físicos de la estructura, una residencia accesible también implica condiciones salubres adecuadas, para evitar exposiciones a riesgos para la salud y la seguridad, tales como infestaciones, moho, fugas de agua y sistemas inadecuados de calefacción o refrigeración (ODPHP, s. f.).

Otras situaciones adversas que están asociadas con la falta de vivienda

accesibles son los desalojos forzados, y, por consiguiente, el hacinamiento o la sobreocupación. Las personas que son desalojadas de forma forzada de sus hogares tienden a reubicarse más en áreas de bajos recursos y/o con mayor índice de criminalidad, en comparación con aquellas personas que desalojan sus hogares porque se mudan de manera voluntaria (Desmond & Shollenberger, 2015; ODPHP, s. f.).

“Las implicaciones que el hacinamiento tienen para la salud se han documentado durante décadas, y consisten en situaciones de salud mental inestable, altos niveles de estrés, entre otros.”



Además, se entiende que estas situaciones llegan a generar malestares emocionales en las personas afectadas. Por otro lado, el hacinamiento o sobreocupación se refiere a cuando la capacidad de personas viviendo dentro de un mismo hogar sobrepasa la cantidad de espacio físico adecuado. De forma más específica, esta situación se ha definido como más de dos personas que viven en la misma habitación o varias familias que viven en una misma residencia (Blake, Kellerson & Simic, 2007; Cutts et al., 2011; ODPHP, s. f.). Las implicaciones que el hacinamiento tienen para la salud se han documentado durante décadas, y consisten en situaciones de salud mental inestable, altos niveles de estrés, las relaciones sociales afectadas, problemas de sueño, e incluso aumento en el riesgo de enfermedades infecciosas de tipo respiratorias (Gove et al., 1979; Lepore et al., 1991; Cardoso et al., 2004; ODPHP, s. f.).

Otra situación importante a considerar bajo el determinante social de vivienda es la situación de sinhogarismo, la cual implica la ausencia total de alguna vivienda accesible y segura. Durante el 2019, en Puerto Rico se realizó un conteo de personas sin hogar y se estimó que había 2,535 personas. Según la definición del Departamento de la Vivienda y Desarrollo Urbano Federal, se consideran una persona sin hogar a un individuo o familia que en la noche del conteo cuentan con una residencia nocturna que es un lugar público que no está diseñado o normalmente no se utiliza por personas como alojamiento para dormir; o individuo o familia que vive en albergue supervisado de una entidad pública o privada como vivienda temporera (Censo de Personas sin Hogar, 2019).

Transportación



La transportación se explica como el movimiento de personas entre unas zonas de espacio específicas, y el cual está condicionado tanto por los medios y recursos que las personas tengan para realizar el viaje en particular, como por el tiempo requerido y los costos asociados para realizarlo (Gutiérrez, 2010; Vega Otero et al., 2021). Por tanto, se ha establecido que la falta de medios de transportación accesibles y efectivos puede impactar la salud en general de una persona, porque le limitaría la interacción social, las oportunidades y el acceso a servicios indispensables para la subsistencia (Pacheco, 2017; Vega Otero et al., 2021). La ubicación geográfica de un hogar con relación a un centro de servicios específico (cercanía o lejanía), así como la necesidad de transportación, son factores importantes que le obstaculizan el acceso a servicios de salud a varias personas (Vega Otero et al., 2021).



“La falta de medios de transportación accesibles y efectivos puede impactar la salud en general de una persona, porque le limitaría la interacción social, las oportunidades y el acceso a servicios indispensables para la subsistencia”.

Según la iniciativa de *Healthy People 2030* (s.f.[a]), la transportación es una de las metas a cumplir dentro de la sección «Vecindarios y entornos construidos». El enfoque de esta meta es vincular la transportación con la salud, pues las personas que utilicen menos los vehículos motorizados pueden tener beneficios para mejorar su salud. Por ejemplo, al considerar las opciones de transporte público, como los autobuses y trenes, se produce mucha menos contaminación del aire que con los automóviles, y las personas que caminan y andan en bicicleta hacen más actividad física. Por tanto, las comunidades con transporte público y en donde existen políticas que promueven el transporte activo y colectivo pueden ayudar a proteger el medio ambiente y mejorar su propia salud.

Educación



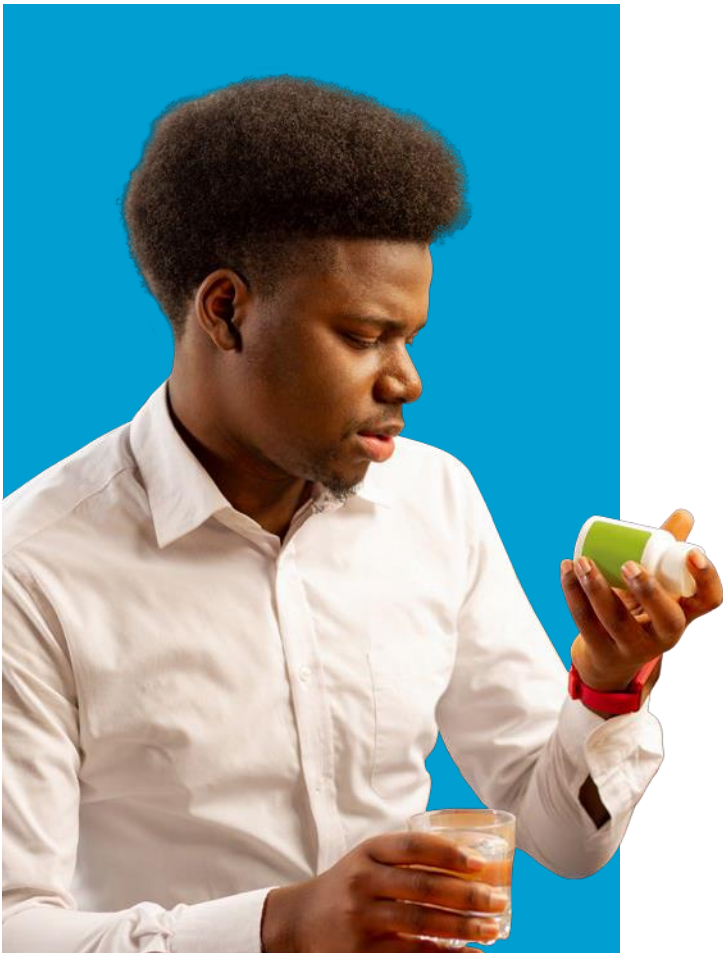
La educación, como interacción de intercambio de saberes y experiencias, tiene una función muy importante sobre la salud de las personas y comunidades. Se ha explicado que la educación (o nivel de escolaridad) está asociado con mejor esperanza de vida y comportamientos en salud, mejores oportunidades de empleo e ingresos, menor morbilidad y desempleo (Vega Otero et al., 2021). También se ha propuesto que el nivel educativo influye en las percepciones de riesgo, lo cual se asocia a su vez con comportamientos saludables e incluso mejores destrezas para brindar apoyo social (Vega Otero et al., 2021; Mirowsky & Ross, 2003).



Sin embargo, no todas las personas alcanzan el mismo nivel de escolaridad, y esto tiene varias explicaciones. Uno de los principales argumentos es que las oportunidades educativas no son iguales en la mayoría de los países, y por ende se les excluye a niños, jóvenes y adultos por diversas razones (Vega Otero et al., 2021; UNESCO, 2020). Otro de los argumentos hace referencia a las condiciones limitantes a las que niños y jóvenes se exponen en el transcurso de sus etapas escolares. Por ejemplo, los niños de familias de bajos ingresos, los niños con discapacidades y los niños que habitualmente experimentan formas de discriminación social, como el acoso escolar, tienen más probabilidades de

tener dificultades con las matemáticas y la lectura (Healthy People 2030, s.f. [b]). Además, algunos niños viven en lugares con escuelas de bajo rendimiento y muchas familias no pueden pagar para enviar a sus hijas/os a iniciar estudios universitarios (Healthy People 2030, s.f. [b]). Otro ejemplo es que el estrés de vivir en condiciones de pobreza también puede afectar el desarrollo cerebral en la niñez desde edades tempranas, lo que podría dificultar un buen desempeño escolar (Healthy People 2030, s.f. [b]). Por tanto, para reconocer la educación como un determinante social estructural, se requieren iniciativas que atiendan las desigualdades que experimentan tanto poblaciones jóvenes y adultas en su desarrollo educativo.

Alfabetización en salud



Cuando se habla de alfabetización en salud, se refiere al conjunto de destrezas que las personas tienen para obtener, procesar y comprender la información básica de salud que necesitan para tomar decisiones adecuadas (ODPHP, 2010, 2022; Ratzan & Parker, 2000). Sin embargo, como parte de las iniciativas del *Healthy People 2030*, se ha propuesto hacer una distinción entre alfabetización personal y alfabetización institucional. La primera conserva la definición que establece a las personas como encargadas del desarrollo de sus propias destrezas; pero la segunda establece que los proveedores de información y servicios de salud tienen una responsabilidad importante para mejorar la alfabetización en salud de las personas (Healthy ODPHP, s.f. [b]; Centers for Disease Control and Prevention, 2022).



Tener un bajo nivel de alfabetización está asociado con no entender palabras que los proveedores de atención médica usan con sus pacientes, con habilidades educativas bajas, barreras culturales para la atención médica y, en algunas regiones y contextos, con dominio limitado del inglés (Health Resources & Services Administration, 2019). El bajo nivel de alfabetización puede afectar el cumplimiento de un paciente con sus tratamientos o medicamentos, lo que puede disminuir sus beneficios (ODPHP, 2022). Además, los pacientes con poca alfabetización en salud también tienden a utilizar el servicio de urgencias con más frecuencia y es más probable que regresen al servicio de urgencias después de 2 semanas (ODPHP, 2022).

“El bajo nivel de alfabetización puede afectar el cumplimiento de un paciente con sus tratamientos o medicamentos, lo que puede disminuir sus beneficios”.

Acceso a tecnología y alfabetización tecnológica



Los sistemas de información y comunicación han evolucionado relativamente rápido en un corto periodo de tiempo. Por eso, tanto el acceso a los recursos tecnológicos como la alfabetización en este aspecto se hacen cada vez más necesarios. Algunos autores han comenzado a señalar que el acceso a la tecnología ya se pudiera considerar en sí mismo como un nuevo determinante de mayor jerarquía, toda vez que pudiera condicionar la viabilidad de los otros (ej.: empleo, vivienda, educación) y también pudiera interactuar sobre los estados de salud en la población (Sieck et al., 2021).



Sin embargo, a nivel del sector salud, la tecnología ha facilitado la provisión de servicios y hasta ha favorecido el desarrollo de estrategias de prevención y control, tratamientos e intervenciones (Oldenburg et al., 2015; Kuwabara et al., 2019; Awad et al., 2021; Ruiz Morilla et al., 2017). También ha hecho posible que las personas, tanto proveedores como pacientes, accedan e intercambien información de salud, acceder a esta para realizar un mejor seguimiento de su atención médica, y con ello tener la información que necesitan para tomar decisiones informadas (OPDPH, s.f [c]). No obstante, algunos autores han señalado que las limitaciones con el acceso a medios tecnológicos pueden representar una barrera de acceso a cuidados de salud (Roig & Saigí, 2011; Scantlebury et al., 2017; Carayon et al., 2019).

“Las limitaciones con el acceso a medios tecnológicos pueden representar una barrera de acceso a cuidados de salud”.

Para reflexionar...

Determinantes Sociales de la Salud:

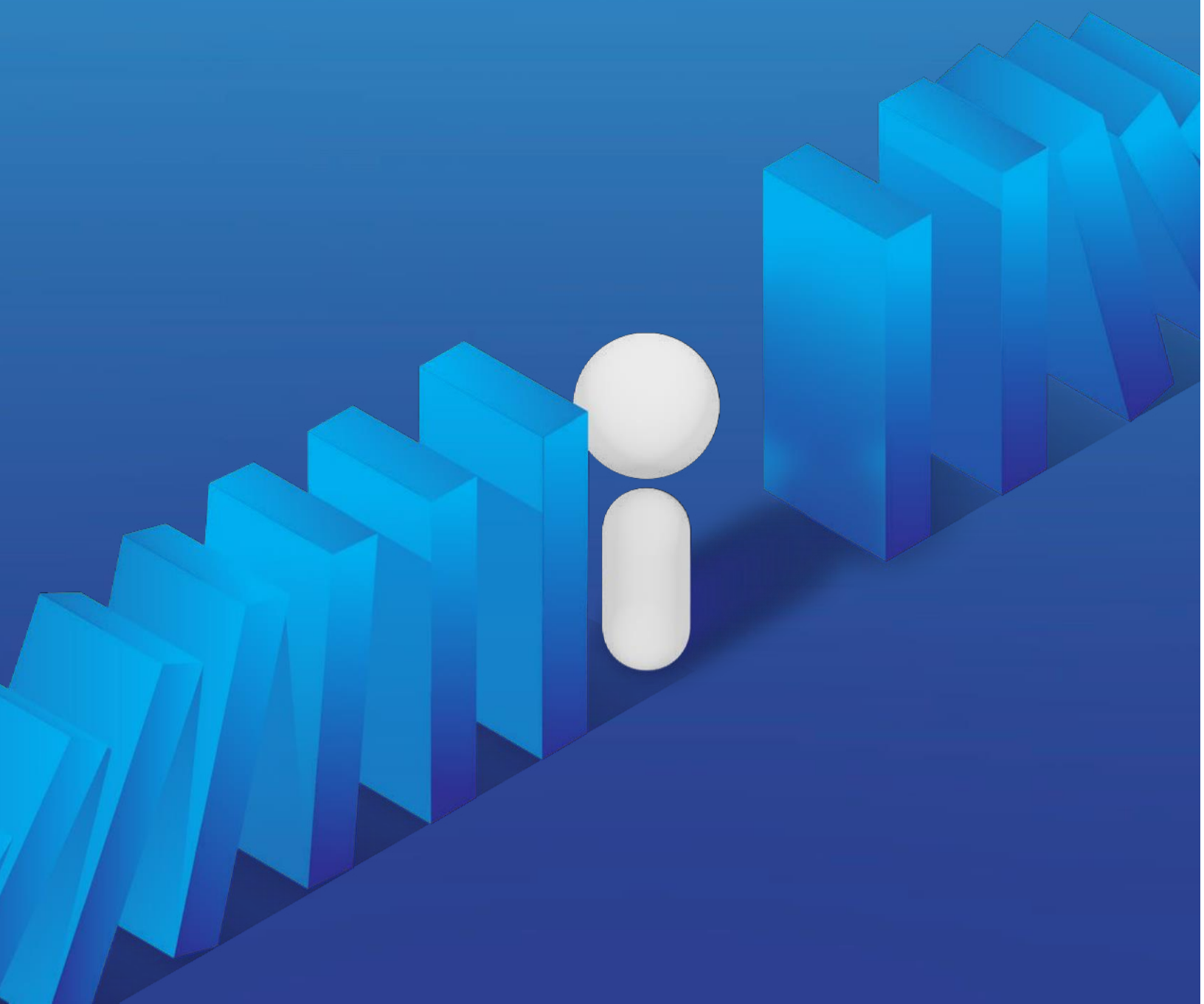
Luego de completar la lectura de la sección de Determinantes Sociales de la Salud, tome unos momentos para contestar las siguientes preguntas:

¿Cómo influyen los determinantes sociales en la salud de las personas?

¿Por qué es importante conocer los determinantes sociales de la salud, para desarrollar estrategias efectivas que ayuden a mejorar la salud de las personas?



Interseccionalidad



Interseccionalidad



La interseccionalidad es la interacción entre dos o más factores sociales que afectan a una persona. Elementos de la identidad como la etnia, el género, la raza, dónde vive, o incluso la edad, son factores que al unirse pueden influir y afectar a una persona generando desigualdades (o ventajas) diversas (Bellagamba, 2022).

La interseccionalidad es una herramienta de análisis que se ha desarrollado en los estudios feministas, desde ya hace unas décadas, pero que en realidad cuenta con un origen mucho más profundo

En términos generales, este concepto se refiere a cómo las identidades en las cuales las personas participan (género, raza, clase social, etnicidad, entre otras) coinciden en situaciones de opresión, desarrollando distintos grados de dominación y desigualdad (Crenshaw, 1991) (Veri figura 1). De esta forma, por ejemplo, una mujer afrodescendiente de tez oscura puede verse discriminada por su identidad de género, siendo mujer en una sociedad sexista y al mismo tiempo sufrir discriminación por su color de piel.

Figura 1:

MARCADORES DE IDENTIDAD DESDE LOS CUALES SE PRODUCE LA JERARQUÍA DE PODER QUE CONVIERTE A ESTOS MARCADORES EN EJES DE DESIGUALDAD.

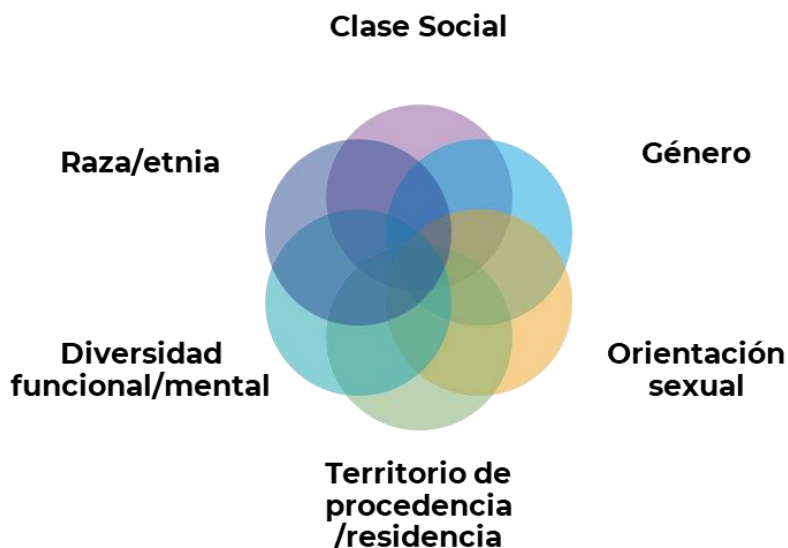


Figura desarrollada por los autores basado en la literatura revisada.

El pensamiento interseccional, por lo tanto, ha existido desde mucho tiempo antes de que se le conociera con ese nombre. Podemos encontrar precedentes de ese tipo de análisis en las denuncias de mujeres como Sojourner Truth (1851) quien fue esclavizada y luego de ser libre denunciaba la opresión hacia la mujer negra en relación con las mujeres blancas por no tener el mismo acceso a los beneficios sociales y también, denunciaba que la falta de derecho al voto situaba a las mujeres en una posición política desventajada en relación con el hombre (2007[1851]: 64-65).

Otro ejemplo son las observaciones que hacía el historiador y sociólogo alemán Friederich Engels, para 1884, sobre la relación de dependencia a la que las mujeres estaban sometidas en el ámbito familiar. Luego de la inmersión de las mujeres en el mercado laboral, se enfrentaban a la explotación laboral por su condición socioeconómica mientras, que en la vida privada familiar se encontraban sometidas a la voluntad de su esposo. Esto debido a que se consideraba que las mujeres debían encargarse de las labores domésticas, de cuidado y reproducción (Engels 2007[1884]: 110). En estos ejemplos históricos se evidencia el problema de la dominación y la desigualdad que contemplaba la intersección entre condición socio-racial, la condición económica y de género.

Si bien este método de análisis posee una trayectoria larga, el término de interseccionalidad data del año 1989, cuando fue acuñado por primera vez por la abogada Kimberle Crenshaw en el marco jurídico-legal con el objetivo de hacer evidente cómo las múltiples dimensiones de opresión que experimentan las mujeres afro estadounidenses son invisibilizadas por



los marcos jurídicos tradicionales (Viveros Vigoya 2016: 5). El término se implementa rápidamente en los estudios feministas y en la sociología, pero también en los movimientos por la justicia social, porque apunta a una necesidad más amplia de entender cómo el racismo, el sexismo, el prejuicio de clase entre otros marcadores de identidad, inciden en las relaciones de poder en la sociedad.

La interseccionalidad es en esencia una metodología que aplica el análisis multinivel, donde se contempla las interacciones entre varias escalas en un mismo fenómeno.

La cuestión del poder es una muy importante en el análisis interseccional. El poder se puede definir como la capacidad de ejercer una acción que va a afectar de algún modo el entorno social. Es un concepto relacional que, en la práctica, siempre implica diversas formas de ejercer el poder y establece distintas asimetrías. La cuestión del poder está atada al concepto de política que se puede resumir como las formas en que se toman decisiones en los grupos humanos y a los otros conceptos auxiliares de jerarquía e igualdad (Foucault, 2000).

En la salud pública, la interseccionalidad nos ayuda a tomar en cuenta la influencia de los marcadores de identidad en el desarrollo de las desigualdades en la población y así se pueden asociar a los determinantes sociales de la salud más generales (Osorio Guzmán, 2020). Por ejemplo, una mujer inmigrante, sin permiso legal de residencia está más expuesta a enfrentar condiciones de salud adversas, y es posible que no se atreva a participar de

algún proyecto gubernamental de asistencia médica y social debido a su estatus migratorio. Tomando en cuenta el análisis de género, podremos ver que no solo existe esa desigualdad debido a su condición étnica y migratoria, sino que su condición de mujer inmigrante la lleva a experimentar simultáneamente las desigualdades asociadas al género en la vida privada y en la pública, además de las desigualdades antes mencionadas.

La desigualdad desde el punto de vista interseccional no se considera algo intencional, sino que se ve como un fenómeno que se desprende de imposiciones que interactúan con vulnerabilidades preexistentes (Crenshaw, 1991). El cruce entre el género, la condición de pobreza y la raza, por ejemplo, generan experiencias particulares de opresión y para atenderlas se requiere un enfoque que identifique y aborde integralmente los marcadores de desigualdad en base a la convergencia de los conceptos de identidad, que siempre están asociados con aspectos de la vida de las personas. En este sentido, la interseccionalidad representa una metodología fundamental para trabajar con poblaciones vulneradas (Association for Woman Rights in Development 2004).

Para reflexionar...

Interseccionalidad:

Luego de completar la lectura de la sección de Interseccionalidad, tome unos momentos para contestar las siguientes preguntas:

¿A que refiere la idea de la interseccionalidad? ¿Para qué nos sirve esta idea?

¿Por qué es importante tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud desde el punto de vista de la interseccionalidad?



Factores de Necesidad



Factores de Necesidad

Además de los ya definidos determinantes sociales de la salud, existen otros factores que podrían interferir en la salud de las personas. Estos factores son circunstancias que podrían limitar que las personas tengan acceso a recursos esenciales y de salud y/o que representan un riesgo mayor de efectos adversos a la salud si no se manejan adecuadamente. En esta ocasión, se hace énfasis a cuatro áreas de prioridad para asegurar la equidad en salud: diversidad funcional, enfermedades crónicas, salud mental y desastres naturales.

Diversidad Funcional



La diversidad funcional se refiere a personas que "funcionan" (se relacionan, realizan actividades, interactúan, actúan, etc.) de manera "diversa" (de otra manera, distinta, diferente, etc.) (Romañach & Lobato, 2005).

Por otro lado, según citado por Gil (2018), la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la discapacidad como una condición del ser humano que, de forma general, abarca las deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones de participación de una persona. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal. Mientras que las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son dificultades para relacionarse y participar en situaciones de la vida diaria.

Por lo tanto, la discapacidad es un fenómeno complejo que no contempla al individuo de forma aislada, sino en su interacción con la sociedad en la que vive. Por otra parte, el término diversidad funcional propone una visión positiva de la discapacidad, refiriéndose a “diferentes capacidades” y no a limitaciones o restricciones. La diversidad funcional puede verse asociada a un estigma, que tiene un impacto tanto psicológico como físico en la salud (Mosquera, 2019).

La población con algún tipo de diversidad funcional tropieza con muchos obstáculos al momento de buscar servicios de salud. A continuación, se numeran algunas de las barreras que hacen difícil el acceso a la atención médica para las personas con diversidad funcional, según la OMS.

Barreras por cuestiones de actitud:

- Muchas personas con diversidad funcional dicen experimentar prejuicios o sentirse discriminadas por los proveedores de servicios de salud y otros trabajadores.
- Muchos proveedores de servicios no entienden ni conocen los derechos y las

necesidades de salud de las personas con diversidad funcional.

Barreras físicas:

- Muchos servicios y actividades se encuentran lejos de donde vive, y no se ofrecen soluciones de transporte de fácil acceso. Los edificios cuya entrada son escaleras, no cuentan con rampa de acceso ni elevador.
- Las puertas no son suficientemente amplias para una silla de ruedas o espacios donde una persona con dificultades de movilidad no puede circular bien.
- También es frecuente que haya establecimientos donde la iluminación no sea apropiada y a las personas les cueste orientarse y encontrar su camino.

Barreras de comunicación:

- Para personas con dificultad auditiva, un obstáculo básico es la escasez de material escrito, o intérpretes de lenguaje de señas.
- La información no se entrega en un formato accesible, como sistema braille o papel impreso en letra grande, lo que representa una barrera para las personas con dificultad visual.

Para que las personas con trastornos cognitivos puedan entender la información, se debe facilitar la información usando un lenguaje sencillo o utilizando imágenes o referencias visuales.

Barreras económicas:

- Muchas personas con diversidad funcional declaran no poder pagar un transporte para recibir los servicios de salud, ni los medicamentos, o asumir el costo de una consulta con su médico.

La inclusión consiste en integrar a personas con diversidad funcional en las actividades cotidianas y animarlas a que tengan roles similares a los de sus compañeros que no tienen una discapacidad. A través de la inclusión se pretende que las personas con diversidad funcional no confronten barreras al participar en actividades sociales, utilizar recursos públicos como transporte y bibliotecas, desplazarse dentro de comunidades, recibir atención médica adecuada, relacionarse con otras personas y disfrutar otras actividades del día a día (CDC, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (2021) cita el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, “las personas con diversidad funcional tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación”. Por lo tanto, la inclusión de la población con diversidad funcional es un aspecto esencial para lograr una mejor protección frente a las emergencias de salud, mejores experiencias al momento de recibir servicios, y de esa manera aportar a una mejor calidad de vida.



Enfermedades Crónicas

Las enfermedades crónicas son afecciones o enfermedades de larga duración, es decir, por un período de tiempo mayor a los 3 meses y por lo general son de progresión lenta (National Institute for Health, s.f.).

Las enfermedades crónicas a menudo se controlan, pero no se curan (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.). Al menos el 32.3% de la población adulta tienen una enfermedad crónica en Puerto Rico (Ruiz-Serrano et al., 2017). Algunos ejemplos son las enfermedades del corazón, cáncer, enfermedades respiratorias y la diabetes.

Varios factores ambientales, laborales, sociales, estilos de vida, entre otros, pueden influir en algunas de las enfermedades crónicas más comunes. El sedentarismo, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, la alimentación, y la obesidad, son algunos de los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas. Es importante señalar que muchos de los factores de riesgo se pueden prevenir. Sin embargo, éstos están, además, estrechamente relacionados con los determinantes sociales de la salud (Mayoral Cortés et al., 2016).





La prevalencia poblacional de enfermedades tanto crónicas como infecciosas está condicionada de manera directa por los determinantes sociales de la salud. Las personas en los estratos más bajos de la escala social suelen estar sometidas, como mínimo, a un riesgo doble de padecer enfermedades graves y muertes prematuras en comparación con las personas de clases más altas (Antoñanzas Serrano & Gimeno Feliu, 2022).

En este aspecto, para reducir las disparidades en salud de las personas con enfermedades crónicas, es necesario tomar en cuenta todas las características sociales que podrían representar barreras para que estas personas logren su

bienestar físico (zonas geográficas, nivel socioeconómico, acceso a servicios de salud, alfabetización en salud, acceso a planes médicos y tratamientos).

“Algunos factores ambientales, laborales, sociales, estilos de vida, entre otros, pueden influir en algunas de las enfermedades crónicas más comunes”.

Salud Mental

La salud mental es el bienestar psicológico, emocional y social que puede influir en la manera en que una persona afronta el diario vivir, lo que piensa y siente (U.S. Department of Health & Human Services, 2021). Además, es un factor fundamental en todas las etapas del ser humano desde la niñez hasta la vejez (OMS, 2018).

Por otra parte, la salud mental puede estar influenciada por múltiples factores psicológicos, sociales y biológicos. La cultura y las expectativas sociales también pueden jugar un papel importante a la hora de definir algún trastorno de salud mental, ya que en algunas sociedades ciertos comportamientos son aceptados, pero en otras culturas puede ser motivo de preocupación.

La prevalencia de enfermedades mentales y los problemas de acceso al tratamiento y servicios preventivos representan desigualdades relacionadas a la raza, etnia, género, ingresos, edad y orientación sexual (Vega Otero et al, 2021).



Por ejemplo, la pandemia de COVID-19 ha tenido un gran impacto en la salud mental de las personas. Algunos grupos, como los trabajadores de la salud y de primera línea, los estudiantes, las personas que viven solas y las que tienen afecciones mentales preexistentes, se han visto especialmente afectados. Además, los servicios de atención para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias han sufrido interrupciones (OMS, 2021).

Las diferentes situaciones en el entorno de las personas pueden ocasionar que la salud mental tanto individual como comunitaria se afecte, como, por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo. Asimismo, la pobre salud mental puede estar asociada a factores como: cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia, mal estado físico y a las violaciones de los derechos humanos (OMS, 2018).

“Las diferentes situaciones en el entorno de las personas pueden ocasionar que la salud mental tanto individual como comunitaria se afecte, por ejemplo, las presiones socioeconómicas”.

Desastres Naturales

Desastre natural es cualquier fenómeno o evento catastrófico de gran intensidad, causado por la naturaleza y que ponen en peligro la vida de los seres vivos (Responsabilidad Social Empresarial y Sustentabilidad, 2022). Cuando estos eventos afectan a una población son considerados desastres, pero si no ocasionan daños o víctimas se consideran fenómenos naturales.

La magnitud de un desastre se mide tomando en consideración las pérdidas de vidas, pérdidas económicas, y por la capacidad que tiene la población para lograr la reconstrucción. Cada terremoto, inundación, huracán u otro desastre natural pone en peligro la vida de millones de personas, especialmente en los sectores de mayor índice de pobreza, en los que las infraestructuras son menos sólidas, la densidad de población es elevada y la preparación ante situaciones de urgencia es insuficiente. Hay otros eventos que son

el resultado de determinados aspectos de la naturaleza como algunas enfermedades, bacterias y virus, que también se consideran desastres de tipo natural.

Los desastres pueden afectar a las comunidades de diversas formas. Las carreteras, las líneas telefónicas, otras formas de comunicación y el transporte se pueden ver afectadas. Además, los servicios públicos y las fuentes de energía pueden estar interrumpidas, y muchas personas pueden perder sus pertenencias o sus casas. Por otra parte, la interrupción en la producción de las fuentes de alimento, industria, economía y los servicios públicos como el cuidado médico, pueden representar amenazas para la salud pública, como quedó evidenciado en Puerto Rico, luego de los huracanes Irma y María, los terremotos de enero 2020, y la pandemia del COVID-19.

Para reflexionar...

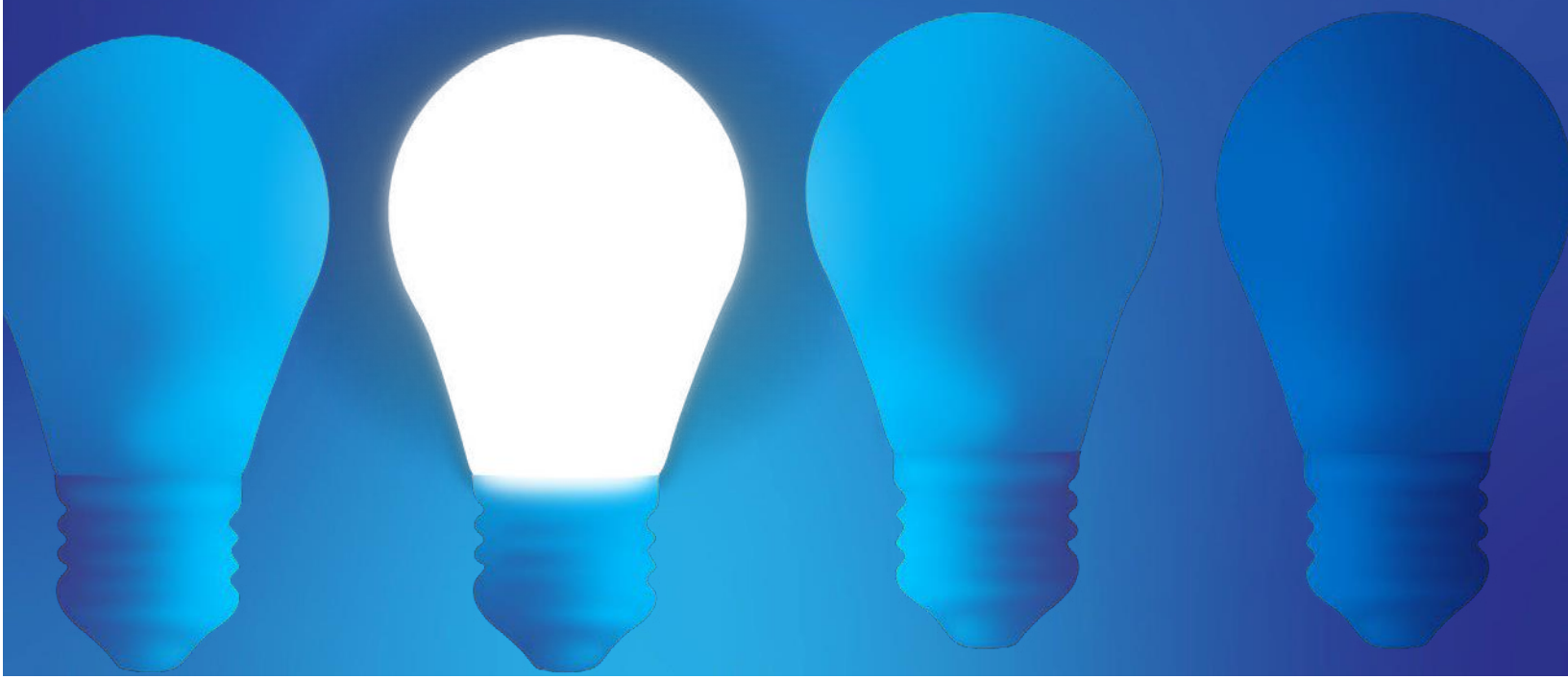
Factores de Necesidad

Luego de completar la lectura de la sección de Factores de Necesidad, tome unos momentos para contestar las siguientes preguntas:

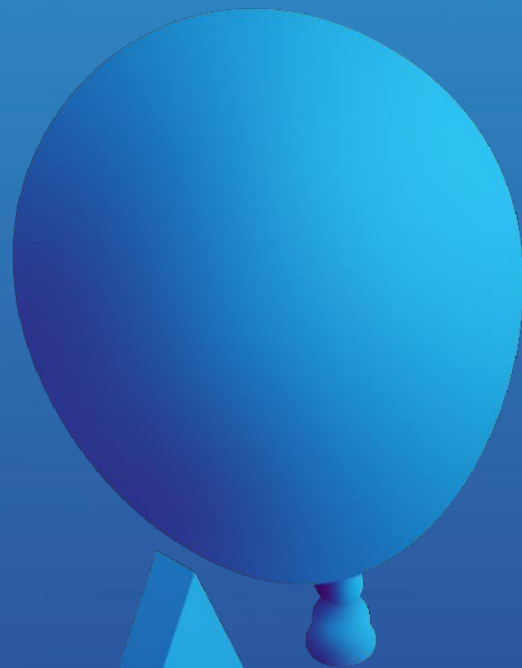
¿Cómo los determinantes sociales de la salud pueden afectar el estado de salud las personas con diversidad funcional, y las personas con enfermedades crónicas?

¿Cómo los determinantes sociales de la salud pueden influir en la salud mental de las personas?

¿Cómo los efectos de los desastres naturales pueden influir en los determinantes sociales de la salud?



Poblaciones vulneradas





A partir de las reflexiones de Kottow (2012) y Dorati (2017), las poblaciones vulneradas se pueden entender como aquellas que ya han recibido daños (físicos, psicológicos y/o sociales; a sus estados de salud y bienestar como colectivo, incluyendo su integridad). Algunos ejemplos de poblaciones vulneradas son: grupos minoritarios raciales y étnicos, personas que viven en comunidades rurales y aisladas, comunidad con diversidad funcional, comunidad LGBTQIA+, niñez, minorías religiosas, personas afectadas por la pobreza, entre otros.

Los daños o amenazas a los que pueden estar expuestas dichas poblaciones pueden comprender: niveles físicos, psicológicos, sociales, políticos, económicos, geográficos, ambientales, emergencias de salud, amenazas de guerras, entre otros. Se debe reconocer que un grupo vulnerado puede verse afectado por más de una amenaza de forma simultánea, privándole de su bienestar y desarrollo pleno.

La exposición a las amenazas puede causar: ansiedad, depresión, pensamientos suicidas, hasta la

muerte, como también, puede generar que las poblaciones afectadas queden sin vivienda, alimentación, educación, empleo, servicios de salud; y puede ubicar a las poblaciones en situaciones de riesgo como violencia familiar, consumo de sustancias controladas, trata humana, entre otros. A continuación, se presenta un diagrama con algunas de las poblaciones vulneradas identificadas en la literatura.

Figura 2:

DIAGRAMA DE POBLACIONES VULNERADAS.

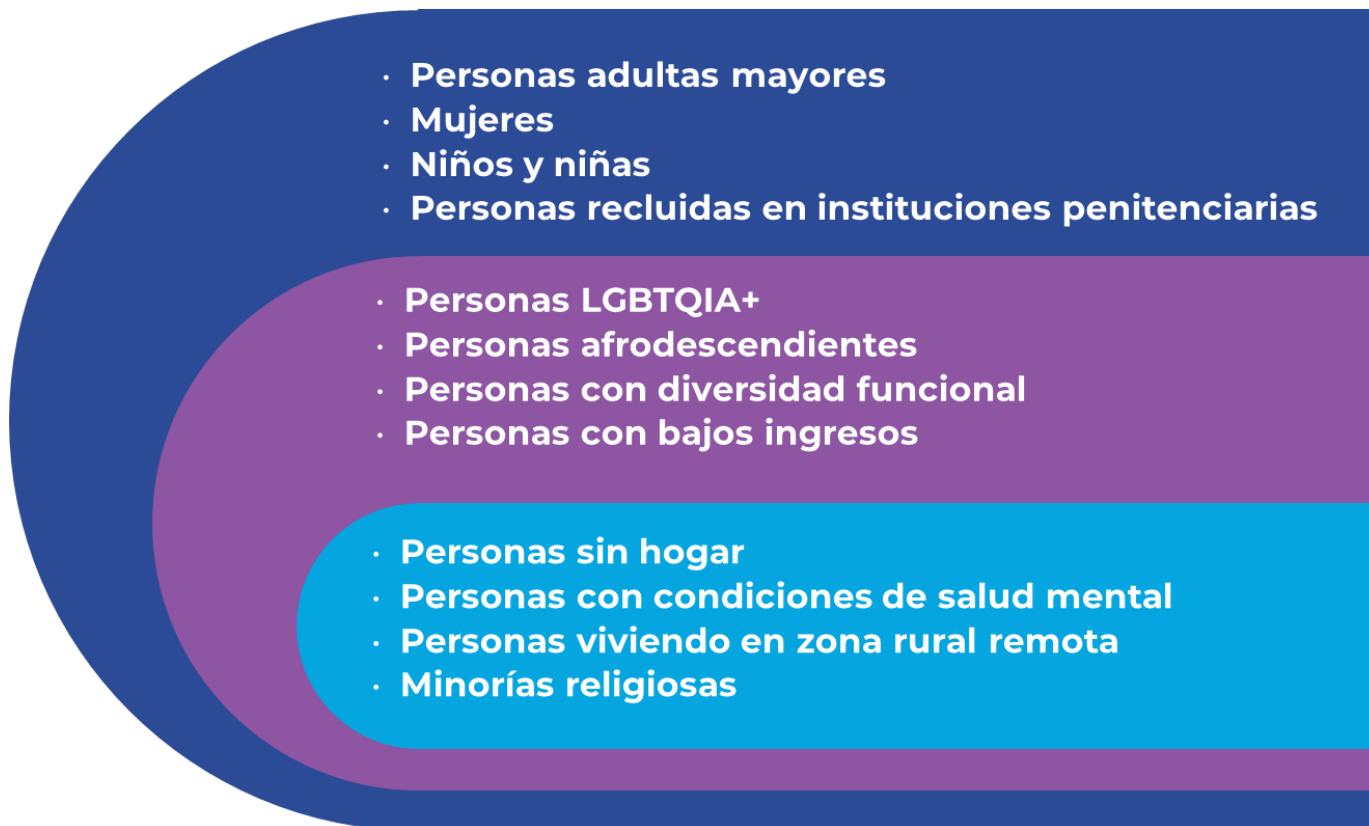
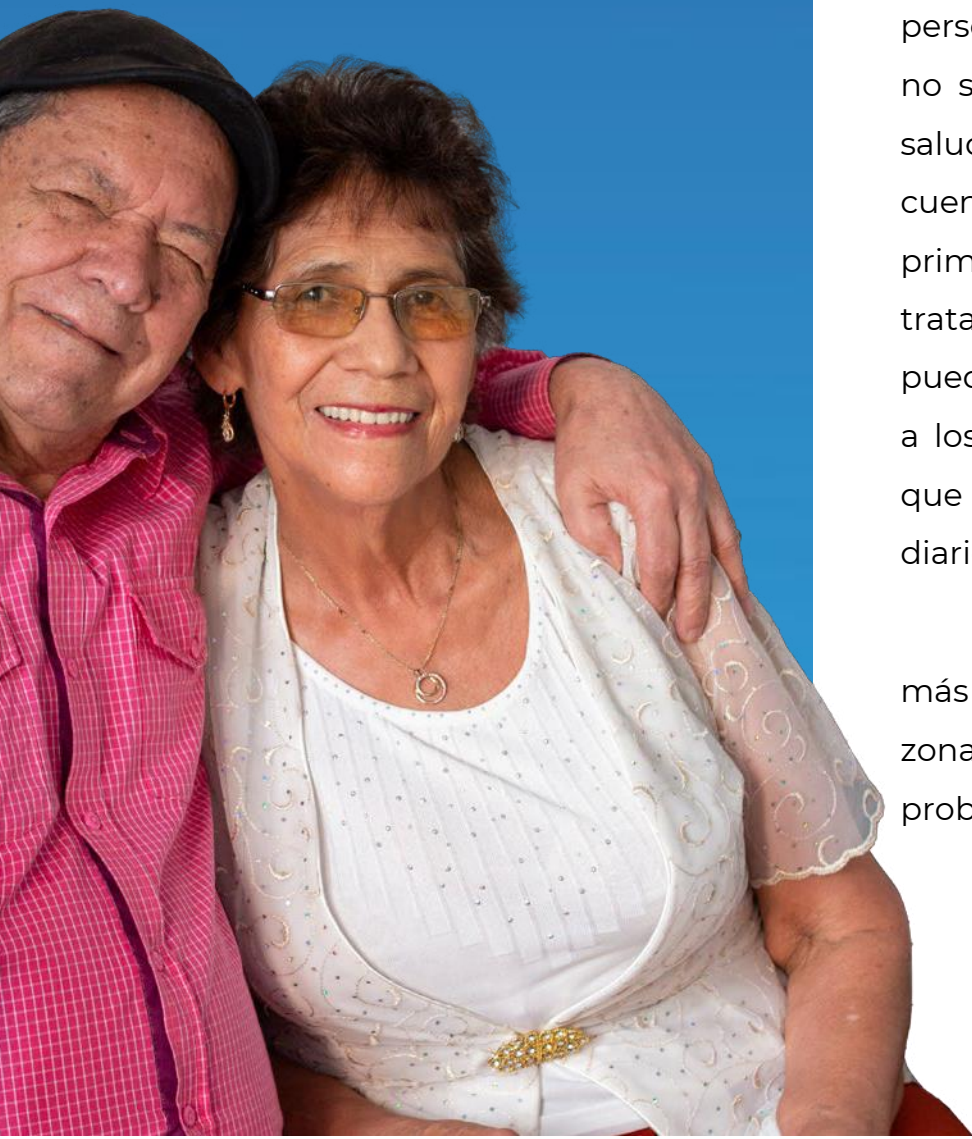


Figura desarrollada por los autores de la guía, basado en la literatura revisada.

A continuación, se resaltan algunas de las características para poder comprender los factores de vulnerabilidad de varias de estas poblaciones, a modo de ejemplo.

Personas Adultas Mayores



Una de las poblaciones en estado de vulnerabilidad son los adultos mayores (65 años o más). Algunas de las barreras a las que se enfrentan estas personas son: reducción de ingresos económicos y aumento en gastos en los servicios esenciales y de salud, desarrollo de condiciones médicas, limitaciones de movilidad y desplazamiento, y estigmas relacionados a la edad.

Respecto al acceso a los servicios de salud, la Organización Panamericana de la Salud (2011) indicó que muchas personas que viven en los lugares donde no se brinda un acceso a servicios de salud gratuitos o a bajo costo, no cuentan con una atención de salud primaria, o incluso no acuden a recibir tratamientos necesarios porque no pueden costearlos. Por lo que, el acceso a los servicios de salud es una barrera que los adultos mayores enfrentan a diario.

La accesibilidad se complica aún más cuando dicha población reside en zonas rurales, donde confrontan problemas de movilidad y

transportación, así lo establece (CEPAL, 2018): “Los adultos mayores que tienen problemas de movilidad y residen en zonas rurales donde no cuenta con una buena infraestructura de transporte, tampoco pueden acceder a servicios de salud debido a la injusta y limitada distribución de los recursos de salud en estas zonas y las distancias que deben transitar para acceder a ellos”.

También es una de las poblaciones en estado de vulnerabilidad ante eventos naturales y emergencias de salud pública. Antes de la pandemia de COVID-19, los adultos mayores sufrieron los efectos del Huracán María, al igual que otras poblaciones como: las personas pobres, los niños, personas con condiciones de salud críticas, y población en zona rural (Segarra, 2018). Segarra (2018) resalta en el Informe de Desarrollo Humano de Puerto Rico que: “Para el 2012, el porcentaje de personas con 65 años o más bajo el nivel de pobreza era 40.9%, un poco menor que para toda la población (44.7%)”. Este dato pone en perspectiva las dificultades y limitaciones que enfrenta la población adulta mayor en recuperarse del paso de un fenómeno natural.

Por otro lado, la población adulta mayor de América Latina y el Caribe ha sido una en mayor riesgo de contagio y mortalidad por COVID-19 (CEPAL, 2020). Según la Organización Mundial de la Salud “las personas mayores que viven en centros de atención de largo plazo, como hogares para adultos mayores y centros de rehabilitación, son particularmente vulnerables a las infecciones y los efectos adversos del COVID-19 (OMS, 2020e, p. 12)”.



En Puerto Rico, la población de adultos mayores va en aumento de forma desproporcional, en comparación con la población de 0 a 14 años. Según La Oficina del Censo de Estados Unidos, para el año 2019, el número de personas de 60 años o más, aumentó a 888,786, en comparación con el 2010, donde había 760,075 personas mayores de 60 años (según se citó en Díaz-García et al., 2021). Cabe mencionar que hay sectores de la población de adultos mayores que se mantienen productivos y aportando a la economía del país. Sin embargo, un 39% de la población se encuentra bajo el nivel de pobreza (U.S. Census Bureau, 2019).

Respecto al tema de salud mental, para el año 2019-2020 los programas de ASSMCA atendieron adultos mayores de 65 años o más durante el periodo de pandemia del COVID-19. Los datos que brindaron permitieron tener una idea de las características sociales y demográficas de la población adulta mayor residente en Puerto Rico que necesitó de estos servicios y los desórdenes mentales que atendieron.



Figura 3:

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN INFORMACIÓN RECOPIADA POR ASSMCA.

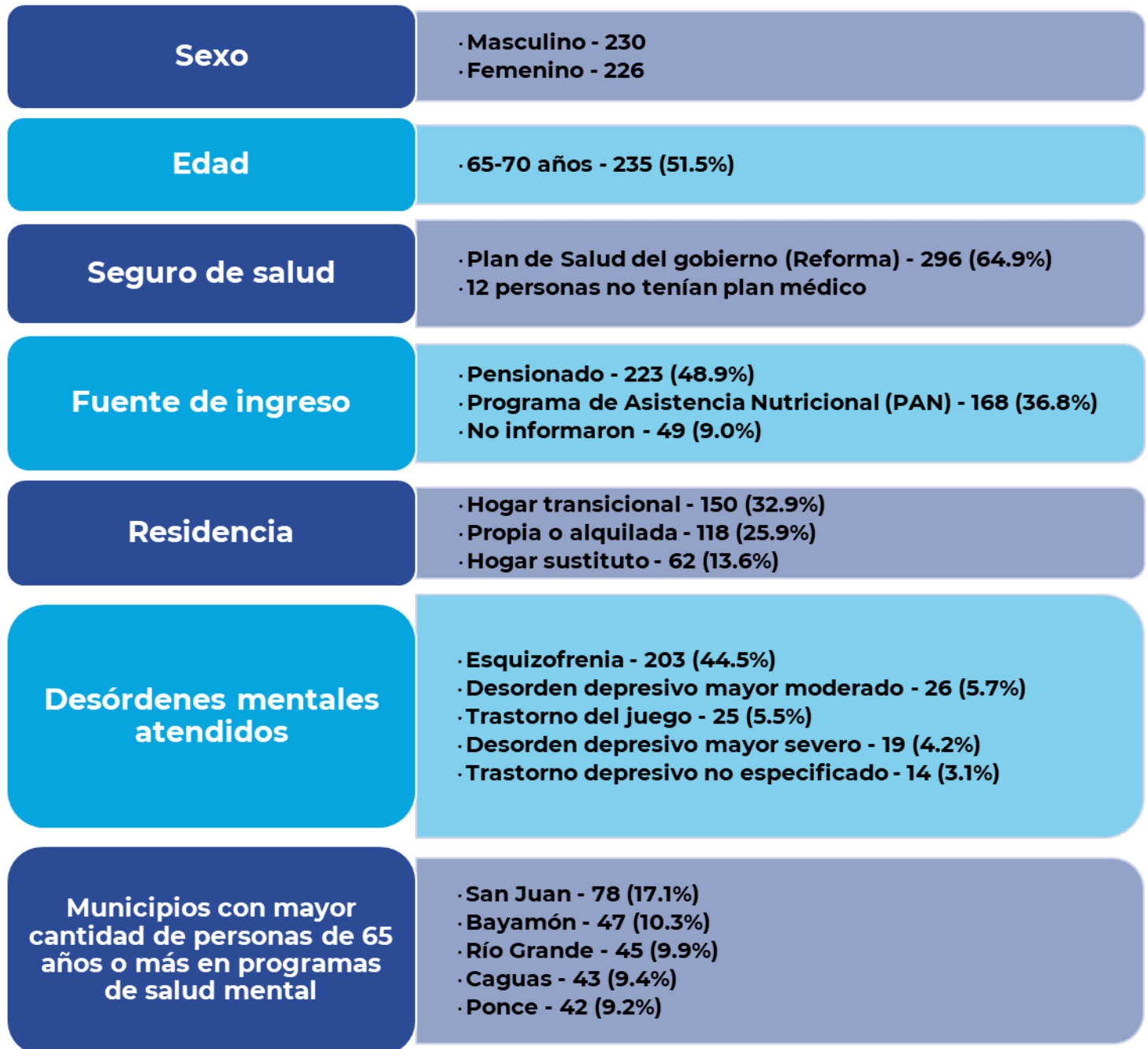
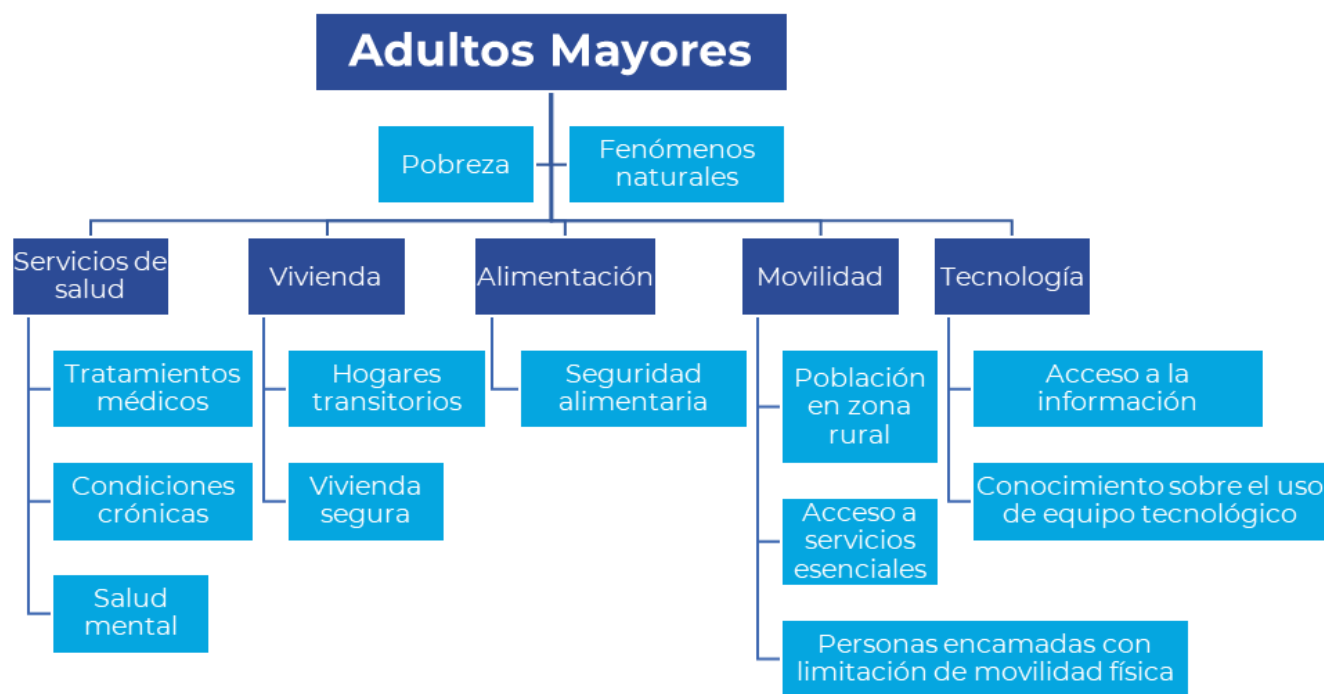


Figura desarrollada por los autores con la información obtenida del reporte de *Diagnósticos principales y características socio-demográficas en los adultos mayores de 65 años atendidos en los programas de salud mental de ASSMCA durante el año fiscal 2019-2020.*

El conocimiento de los diferentes factores que inciden o afectan a la población adulta mayor, es importante para ayudar a comprender las necesidades particulares. Reconociendo que dentro del grupo poblacional de adultos mayores hay sectores que se encuentran en disparidad social, económica y geográfica, se desarrolló un mapa de característica de vulnerabilidad de la población adulta mayor 65+ para resumir lo discutido anteriormente.

Figura 4:

FLUJOGRAMA DE CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE 65+.



Mapa de conceptos desarrollado por los autores basado en la revisión de literatura.

La niñez



La niñez es otro sector de la población que se encuentra en situación de vulnerabilidad por diversos factores sociales. Debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran, depende en gran medida de sus tutores o encargados para poder satisfacer las necesidades de vivienda, alimentación, educación, transportación, seguridad, salud, y recreación. Quiere decir que el tipo de desarrollo que tenga la niñez está condicionado al ambiente social que le rodea.

El acceso a los recursos depende de la capacidad económica de sus encargados o tutores. En Puerto Rico, tres cuartas partes de los niños que viven en la pobreza viven en hogares monoparentales (con un solo padre/madre) (Informe del Instituto del Desarrollo de la Juventud, 2020). Se reconoce, que gran parte de los hogares monoparentales son encabezados por mujeres, lo que implica menos ingresos en comparación con las parejas o matrimonios compuesto por padre y madre. En su mayoría la composición familiar puertorriqueña es de una mujer y sus hijos, o abuelos, madre y sus hijos, alejándose del modelo tradicional familiar compuesto de madre, padre e hijos.



El bienestar físico y emocional de la niñez se ve afectado por las distintas situaciones de vida. La exposición a situaciones estresantes puede afectar el aprendizaje y desempeño académico en el menor, ya que la preocupación puede generar que no se pueda concentrar, recordar, enfocar sus pensamientos y puede llegar a manifestarse en actos de violencia (Informe del Instituto de Desarrollo de la Juventud, 2020). Si el menor vive en situación de pobreza, por lo general, tiene menos recursos para amortiguar el impacto negativo de las experiencias traumáticas (Brooks-Gunn et al. 1995; Harvard 2011 citado por el Informe del Instituto del Desarrollo de la Juventud 2020). Algunos ejemplos de situaciones estresantes que puede enfrentar la niñez son no tener dinero para comprar alimentos, materiales escolares, para poder participar de actividades recreativas, o comprar ropa. Otras situaciones estresantes pueden ser la pérdida de un ser querido o

mascota, cambio de la educación presencial a virtual, negligencia educativa, maltrato físico o emocional, abuso sexual, pérdida del hogar y pertenencias por fenómenos naturales, entre otros.

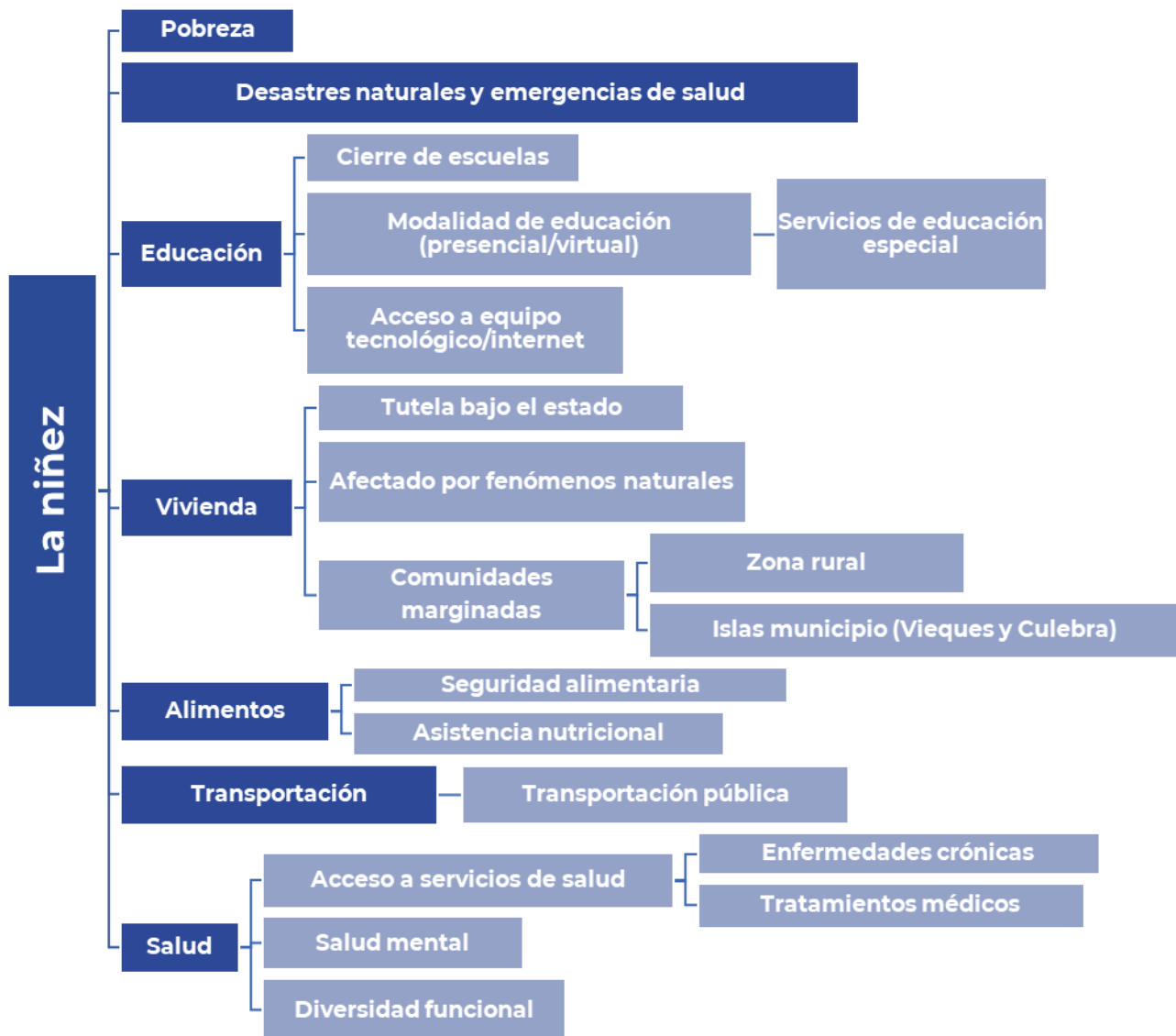
Por otro lado, respecto a la educación de los niños, según una investigación del Centro de Periodismo Investigativo, hubo 13,000 estudiantes que no se pudieron conectar a las clases virtuales del segundo semestre del año escolar 2019-2020 y un 10% de los estudiantes fracasaron el semestre escolar (Encarnación, 2021). A su vez, las pruebas estandarizadas META evidenciaron un aumento en el rezago (atraso) educativo en las materias básicas: español, inglés y matemáticas desde 2017 al 2019 (Encarnación, 2021). A esto se le añade, que entre el 2018 y 2020 la matrícula escolar se redujo un 15% y se estima que del 2021 hasta el 2026 haya un 20% de reducción de matrícula escolar. Esto se relaciona con la deserción escolar que continúa en aumento. Las razones para la

deserción escolar pueden ser variadas, sin embargo, la escuela continúa siendo un espacio de desarrollo social y académico de la niñez donde no solo se brinda herramientas educativas, sino que también asegura que los y las estudiantes tengan dos comidas al día, reciban los servicios de educación especial, servicios sociales y recreativos.

Por tal razón es importante comprender las situaciones que afectan la salud de la niñez. En el siguiente mapa de conceptos se presentan algunos de los determinantes sociales en los que esta población se ve afectada.

Figura 5:

FLUJOGRAMA DE CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDAD DE LA NIÑEZ.



El flujoograma fue desarrollado por los autores de esta guía basado en la revisión de literatura.

Mujeres

Otro grupo que recae en posición de vulnerabilidad son las mujeres. Esto debido a las inequidades estructurales, sociales, económicas y políticas del país, que se pueden desglosar de la siguiente manera: madres solteras jefas de familia, afrodescendientes, indígenas, mujeres transexuales, con diagnósticos de salud mental, con diversidad funcional, cuidadoras, amas de casa, empleadas en el sector informal, trabajadoras sexuales, con problemática de uso y abuso de sustancias, y en situación de violencia de género, entre otras.

Por otra parte, según Vega et al. (2021), los hombres y las mujeres generalmente ocupan posiciones de desigualdad dentro de la jerarquía social. Esto se evidencia en el pago desigual a las mujeres cuando ocupan puestos de igual rango o posición que los hombres. También se refleja en los esfuerzos que las mujeres tienen que realizar en sus espacios de trabajo para el reconocimiento y validación de sus aportaciones.





A su vez, hay un sector poblacional de las mujeres que se ve en mayor grado de vulnerabilidad; las que viven en condición de pobreza y/o realizan trabajo doméstico sin paga. Estas condiciones impactan directamente el acceso a los recursos esenciales, en particular el acceso a los servicios de salud. Según la OPS (2018) citado por Vega et al. (2021), “la pobreza o el impacto del trabajo doméstico no remunerado constituye uno de los obstáculos más importantes a la atención de la salud en los países en vías de desarrollo, y hay pruebas de que las niñas y las mujeres se ven afectadas de manera desproporcional (p.14).” Estas limitaciones se reflejan en: compra de medicamentos, realizar visitas rutinarias con médicos especialistas, días de enfermedad dentro del espacio laboral, cuidado de familiares, entre otros. Lo cual lleva a que su salud vaya en deterioro.

Por otro lado, las mujeres se encuentran en mayor riesgo y vulnerabilidad ante las amenazas naturales, esto pone en peligro la seguridad y bienestar de su salud. De acuerdo con las documentaciones realizadas por la ONU Mujeres citado por Upegui et al. (2021), por lo general las mujeres, la mayoría de las veces, asumen la responsabilidad de resolver las necesidades de los desastres socio-naturales producto del cambio climático, lo que produce un efecto domino: aumento en la carga de trabajo no remunerado y el riesgo a morir en un desastre, el cual puede ser hasta 14 veces mayor que el de los hombres.

“Vega et al. (2021), los hombres y las mujeres generalmente ocupan posiciones de desigualdad dentro de la jerarquía social.”



Cabe mencionar que la pandemia también llevó a que madres a cargo de su hogar tuvieran que decidir entre trabajar o quedarse en su hogar para velar por la educación virtual de sus hijos. Además, se visibilizaron necesidades de acceso a equipo tecnológico e internet para poder trabajar y los menores pudieran acceder a las clases virtuales.

Los datos e información presentada brindan el contexto acerca de cómo las inequidades, estructuras sociales, políticas y económicas inciden en la calidad de vida de estas personas. Estas barreras o limitaciones hacen que dichas poblaciones no tengan las herramientas necesarias para enfrentar situaciones de peligro y recuperarse ante cualquier amenaza. Por lo que la comprensión, ayuda a que se puedan identificar las áreas estructurales que como sociedad son necesarias trabajar para la distribución equitativa de los recursos. También permite tener un conocimiento sobre las necesidades presentes de estas poblaciones y canalizar ayudas o recursos disponibles que necesiten.

Para reflexionar...

Poblaciones Vulneradas:

Luego de completar la lectura de la sección de Poblaciones Vulneradas, tome unos momentos para contestar las siguientes preguntas:

Numera 5 poblaciones en situación de vulnerabilidad e identifica las circunstancias que las posicionan en dicha situación.

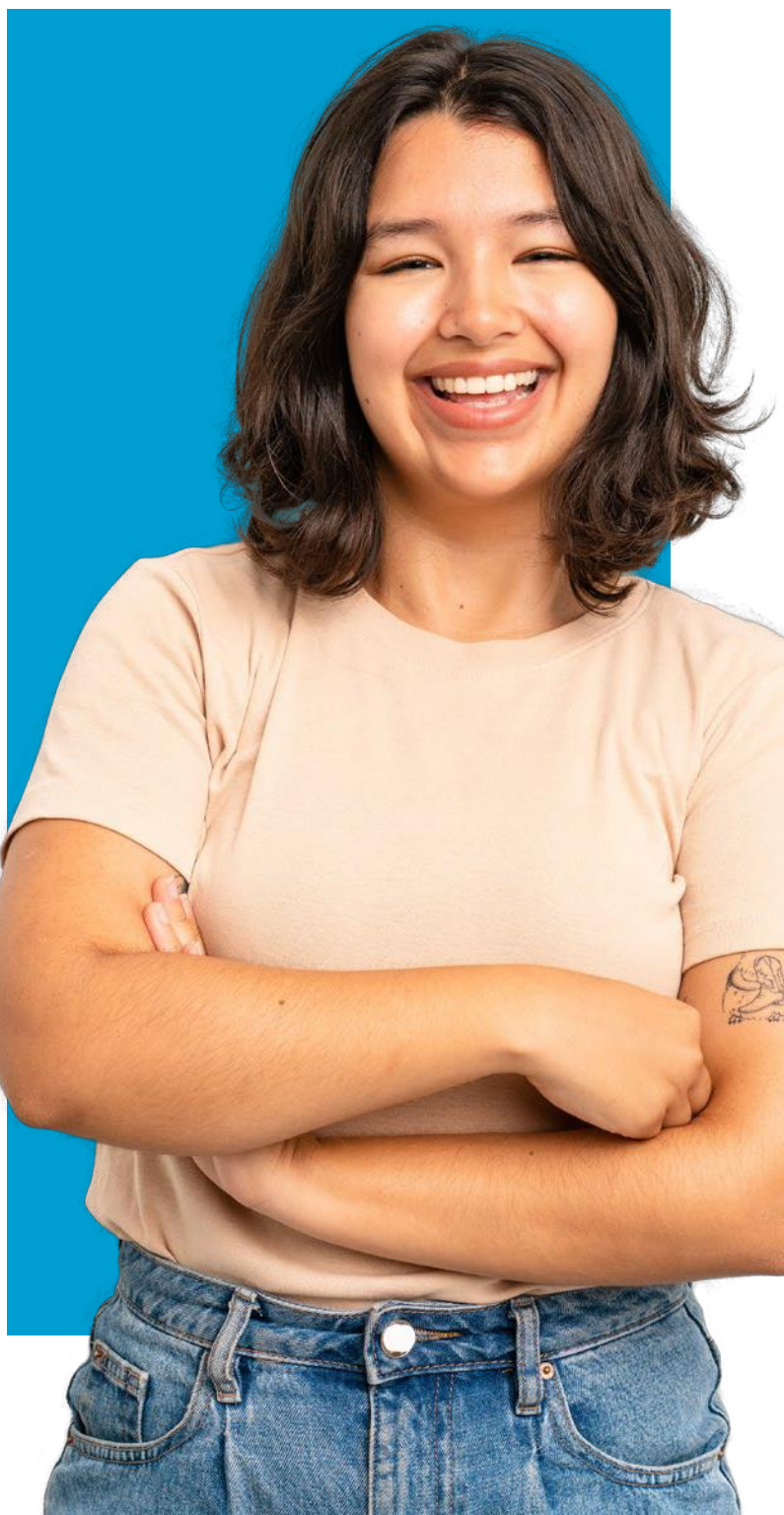


Competencia cultural

El concepto de competencia cultural es uno amplio por lo que es importante conocer otros conceptos que ayudan a comprender mejor lo que significa. En gran medida se debe a que la competencia cultural implica un proceso de aprendizaje, reflexión y autoevaluación para obtener un resultado. Para comprender lo que significa la competencia cultural es importante definir los siguientes conceptos:

Cultura: en un sentido amplio, puede ser entendida como el patrón integrado de conductas humanas (pensamientos, comunicación, prácticas, costumbres, creencias, valores, entre otros) de grupos específicos (Martínez et al. 2006).

Diversidad cultural: se refiere a la variedad de culturas que existen en la humanidad, las cuales se distinguen entre sí, a través de un conjunto de expresiones que le son propias. Además, la UNESCO establece que, a través de la diversidad cultural, la diferencia



adquiere una valoración positiva, y se opone a constituir sociedades homogéneas (Kansas University, 2014). Esto implica que dentro de cada cultura puede haber diferencias en tradiciones, comunicación, creencias, entre otras, que distinguen a los subgrupos. Por ejemplo, dentro de la cultura puertorriqueña hay diversidad que puede variar por regiones o municipios.

Conocimiento cultural: es el conocimiento que tiene una persona respecto a algunas características culturales, historia, valores, creencias y conducta de otro grupo cultural o étnico (Kansas University, 2014). En este sentido, es importante que, si se va a trabajar con alguna población particular, conozca su contexto y tome en cuenta sus características. Esto ayudará a brindar experiencias educativas y soluciones que sean viables para esa población.

Conciencia cultural: es reconocer que existen similitudes y diferencias en

situaciones entre varias culturas. Aunque la conciencia y la competencia cultural se mencionan comúnmente de manera intercambiable, la conciencia cultural indica específicamente el reconocimiento de la diversidad cultural entre los individuos (Hale, 2021).

Sensibilidad cultural: son las habilidades que permiten conocer y comprender a otras personas que provienen de diferentes antecedentes culturales (Kansas University, 2014). Es decir, saber que existen diferencias entre culturas, pero sin poner un valor a las diferencias (mejor o peor, correcto o equivocado).



El concepto de competencia cultural reúne todas las etapas anteriores, entiéndase: diversidad, conocimiento, conciencia y sensibilidad cultural. Una persona culturalmente competente tiene la capacidad de entender y respetar muchas conductas, actitudes y políticas diferentes, y trabajar de manera efectiva en entornos donde hay diversidad de culturas, para producir mejores resultados. Por tanto, la competencia cultural es el conjunto de conocimientos, actitudes y conductas, presentes en una persona, organismo o sistema que le capacitan para trabajar con eficacia en contextos interculturales (Martínez et al., 2006).



“La competencia cultural es el conjunto de conocimientos, actitudes y conductas, presentes en una persona, organismo o sistema que le capacitan para trabajar con eficacia en contextos interculturales”.

Según la institución de Kansas University (2014), la competencia cultural tiene cinco principios esenciales.

1. Valorar la diversidad

Significa aceptar y respetar las diferencias entre y dentro de las culturas. Un grupo puede compartir experiencias históricas y geográficas, pero sus individuos pueden compartir únicamente su apariencia, idioma o creencias espirituales.

2. Conducir una autoevaluación cultural

Cada organización tiene una cultura. Realizar encuestas y discusiones, puede permitir a sus miembros ser más conscientes de la forma de hacer las cosas, y puede ayudarla a adaptarse a otras culturas. Esta autoevaluación es un proceso continuo.

3. Comprender la dinámica de las diferencias

- La influencia de experiencias históricas culturales, puede explicar algunas de las actitudes actuales. Por ejemplo, las personas afroamericanas (y otros grupos) han sufrido la discriminación y un trato injusto por parte de las culturas dominantes. La desconfianza que han generado dichas experiencias puede transmitirse a las siguientes generaciones de estos grupos, pero ser ignorada dentro de la cultura dominante.

4. Institucionalizar el conocimiento cultural

- Las políticas deberían responder a la diversidad cultural. Los materiales de programas deberían reflejar imágenes positivas de todas las culturas.

5. Adaptarse a la diversidad

Cuando se reconocen, respetan y valoran todas las culturas, y se integran esos valores, se está avanzando hacia la competencia cultural.

Para reflexionar...

Competencia cultural:

Luego de completar la lectura de la sección de competencia cultural, tome unos momentos para contestar las siguientes preguntas:

¿Por qué es importante la competencia cultural en la prestación de servicios de salud?



Lenguaje inclusivo

Lenguaje masculinizado

El español, al igual que otros idiomas, es un lenguaje cuya gramática responde al género masculino. Es decir, que el plural de los colectivos se recoge en terminaciones masculinas. Por ejemplo, en un grupo de personas donde hay seis mujeres y solo un hombre, se refieren al grupo como “todos ellos” a pesar de que hay una mayoría de mujeres.

El lenguaje no está exento de la desigualdad que existe en la sociedad y el genérico masculino representa la inequidad histórica entre hombres y mujeres. A pesar de que a través de los años se ha implementado el doblaje de términos tal como “todas y todos” para referirse al colectivo, pero al plantear todo en términos dentro del binario de género (hombres-mujeres), puede que personas no se sientan representadas dentro de esas identidades de género dominantes. Estas personas podrían ser las personas no binarias (que no se identifiquen con el género masculino ni femenino), transgénero (personas que no se identifican con el sexo asignado al nacer) o intersexuales (personas que tienen características genitales, hormonales o a nivel de cromosomas tanto masculinas como femeninas). El lenguaje inclusivo de género continúa en desarrollo. (TKM, 2019).

“El lenguaje no está exento de la desigualdad que existe en la sociedad y el genérico masculino representa la inequidad histórica entre hombres y mujeres”.

El uso de la “e”

Actualmente se está proponiendo y practicando el uso de la “e” como término genérico. La “e” tiene tres funciones principales:

1. Representar y visibilizar la inclusión de la “a” y la “o”, así recogiendo los términos del masculino y femenino. Ejemplo: “amigas” y “amigos” podría ser sustituido por “amigues” así incluyendo tanto a las “amigas” como a los “amigos”.
2. Hacer referencia a una persona cuyo pronombre sea “elle”. Ejemplo: “Elle es confiable”.
3. Para referirse a personas cuyos pronombres se desconozcan. Ejemplo: “Elle no dejó su firma en la obra de arte”.



El lenguaje neutro

En el 2016 el Consejo Nacional de la Cultura y las Artes (CNCA) elaboró recomendaciones de lenguaje inclusivo sin género específicamente para las instituciones. Algunos ejemplos son:

Con género (masculinizado)	Sin género (neutro)
Los estudiantes	El estudiantado
Los presidentes	La presidencia
Los ciudadanos	La ciudadanía
Los puertorriqueños	La población puertorriqueña
La lucha de los estudiantes	La lucha estudiantil

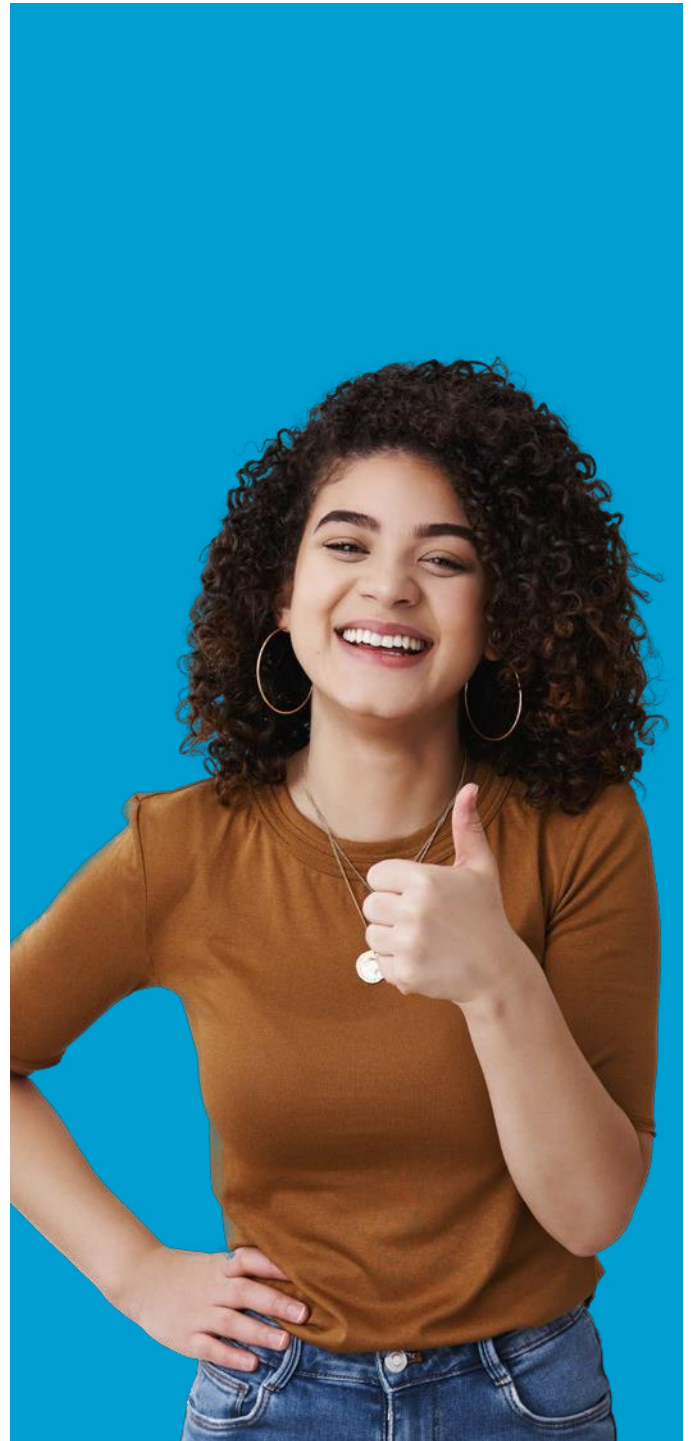
Lenguaje inclusivo antirracista

El racismo “es un sistema de ideas, prácticas y valores fundado en la falsa creencia de que una “raza” es superior a otras. El racismo justifica y sienta las bases para que unos grupos sean sistemáticamente privilegiados y otros rechazados utilizando como criterio principal marcadores de origen étnico y diferencias fenotípicas observables (tales como el color de la piel, la forma del pelo u otros rasgos físicos) que han sido racializados como indicadores de esta supuesta superioridad o inferioridad humana” (Godreau, I. et al. 2020). El racismo es



un tipo de discrimen, que al igual que los demás se puede reproducir a través del lenguaje. En español se suele comparar lo negro con lo inferior o con lo poco deseable.

Algunas frases racistas que se utilizan en Puerto Rico pueden ser: “Hay que mejorar la raza”. Esta premisa presume una superioridad de las características fenotípicas blancas sobre las más oscuras, ya que responde la búsqueda de blanquear la raza. Entiéndase, en Puerto Rico esta frase hace referencia a que las personas blancas deben evitar reproducirse con personas negras y las personas negras deben tratar de reproducirse con personas blancas para blanquear la raza, porque parte de la premisa racista de que la raza blanca, es superior o mejor que la negra.



Lenguaje inclusivo que no sea capacitista

El capacitismo es el prejuicio basado en la capacidad, en términos más específicos, es la suposición de que las personas sin discapacidades son la norma en la sociedad, y que las personas con discapacidades deben esforzarse por convertirse a esa norma (University of California, San Francisco, 2018).



Concepto capacitista	Concepto no capacitista
Persona sordomuda (para referirse a personas que únicamente no pueden escuchar)	Persona sorda, o sordo/sorda
Autista (la persona no es su condición)	Persona con autismo
Persona retrasada mentalmente (manera distinta de procesar la información)	Persona con neurodiversidad
Persona impedida (manera distinta de hacer las cosas, ej. el necesitar una silla de rueda)	Persona con diversidad funcional

Respecto al lenguaje inclusivo es importante recordar dos aspectos: el primero es que el lenguaje es una herramienta de comunicación que se utiliza cotidianamente y la cual está en constante cambio. Es por esto que, muchos conceptos se consideran que están dentro de la “norma” mientras otros pueden ser considerados como problemáticos. El segundo es que muchas veces lo que se aprende teóricamente o en la literatura respecto al lenguaje puede que no responda a la realidad contextual de alguna comunidad. Por tal razón, se debe mantener una relación constante y atenta con las distintas comunidades, para así utilizar el lenguaje más apropiado. Por ejemplo, si una persona se refiere a sí misma como autista, se debe respetar el término que se auto adjudica sin incurrir en una práctica de regaño o corrección. Por tanto, las personas profesionales de la salud deben estar constantemente aprendiendo y desaprendiendo para poder atender mejor a la diversidad poblacional con la que trabajan.

Para reflexionar...

Lenguaje inclusivo:

Luego de completar la lectura de la sección de lenguaje inclusivo, tome unos momentos para contestar las siguientes preguntas:

Piense cuál sería otra forma de decir o escribir las siguientes palabras de forma neutral, no racista o no capacitista:

- Los niños:
- Todos los estudiantes:
- Pelo malo:
- Persona impedida:



Conclusiones

A modo de resumen, existen dos categorías de determinantes sociales de la salud. La primera son los determinantes intermedios, a saber: la transportación y la vivienda, como unidades de análisis de los recursos materiales esenciales. La segunda categoría son los determinantes estructurales, tales como: género, raza/etnicidad, religión, posición socioeconómica y educación. Estos determinantes sociales representan algunos de los principales ejes de desigualdad social, debido a cómo se distribuyen las relaciones de poder. Sin embargo, es importante señalar que tanto los determinantes intermedios como los determinantes sociales estructurales están condicionados por el contexto socioeconómico y político de un país. En el caso de Puerto Rico, la existencia de las desigualdades sociales y de salud se origina en las formas de hacer gobierno, las políticas macroeconómicas y sociales implementadas (y no implementadas), el mercado de

trabajo, e incluso la cultura y valores sociales.



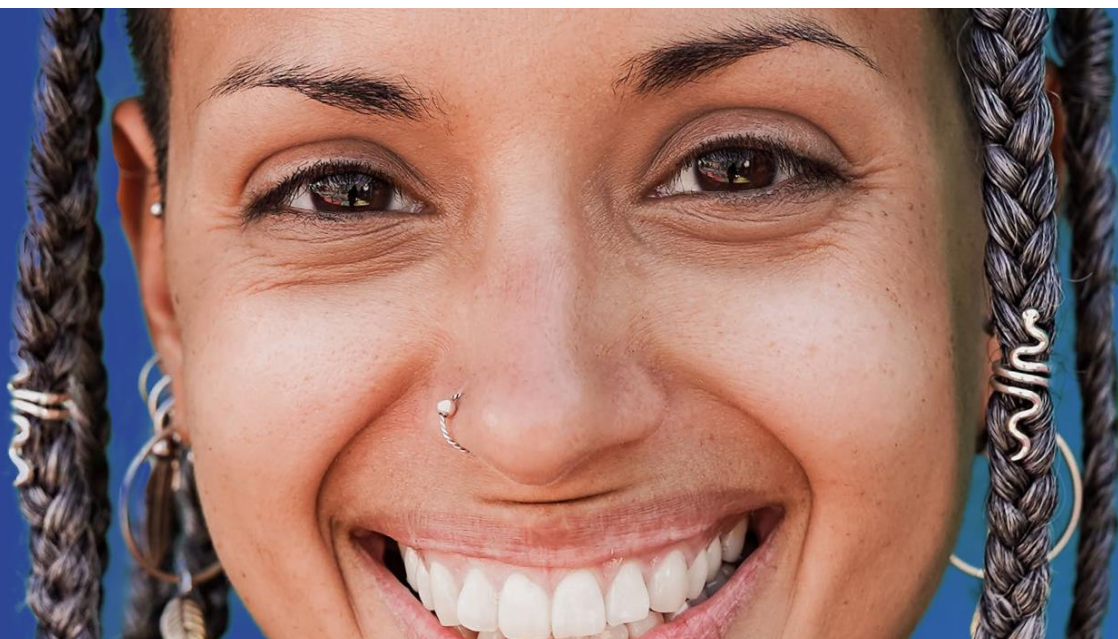
Por otra parte, la interseccionalidad, como metodología para abordar las disparidades en salud, es una herramienta adecuada para entender los distintos niveles de opresión y de vulnerabilidad que poseen algunos grupos sociales. La interseccionalidad también ayuda a entender cómo las identidades personales ejercen un rol importante en la definición de las condiciones de vida que tendrán las personas. El pensamiento interseccional se vincula con el análisis de los determinantes sociales de la salud, porque lo complementa y hace énfasis en las relaciones que existen entre los factores sociales, culturales, económicos, políticos y medioambientales en la producción de condiciones de vulnerabilidad.

Al enfocarse en las condiciones sociales e históricas que llevaron a un determinado grupo a estar en una posición poco favorable para su salud y crecimiento personal, se logra llegar a la raíz del problema social. De esta manera, se puede actuar de forma estratégica con un plan de mitigación ajustado y diseñado, para solucionar los problemas estructurales que perpetúan las desigualdades sociales de la salud. Por lo tanto, conocer las múltiples formas en las cuales las poblaciones pueden ser afectadas por situaciones de vulnerabilidad permitirá entender que la calidad de vida y el acceso a los servicios esenciales de la salud están condicionados a los determinantes sociales de la salud. Estas desigualdades se pueden manifestar de múltiples formas, dificultando las necesidades existentes y alejando a los grupos vulnerados de una vida saludable. Es importante que en el ejercicio diario y prácticas profesionales se tenga presente los determinantes sociales de la salud y la interseccionalidad de los grupos, para poder abogar y accionar en la reducción de las disparidades desde el lente de equidad en salud.

Luego de definir los conceptos, es relevante identificar y reconocer los determinantes sociales que inciden en la salud de las personas, sobre todo cuando se trata de grupos vulnerados. Por lo tanto, se espera que el lector de la presente guía tenga un panorama más amplio respecto a la importancia de utilizar el lente de equidad en la implementación y evaluación de sus iniciativas.

Al completar la lectura, se espera que la persona comprenda los conceptos de determinantes sociales, interseccionalidad y poblaciones vulneradas. El propósito principal es que la persona lectora pueda utilizar estos conceptos como marco de referencia para aplicar la equidad en salud en su vida diaria y/o planes de trabajo, como persona independiente o integrante de alguna organización. Para estos fines, puede hacer referencia a:

- Documento 2: Instrucciones para llevar a cabo una evaluación de documentos con lente de equidad en salud, que está basado en las instrucciones para la implementación de la hoja de evaluación de documentos bajo el lente de equidad.
- Documento 3: Hoja para la evaluación de documentos con lente de equidad en salud, que integra las premisas a evaluar para determinar si un documento toma en cuenta los determinantes sociales de la salud.
- Documento 4: Instrucciones para llevar a cabo una evaluación de materiales educativos bajo el lente de equidad y competencia cultural, donde se explica detalladamente los pasos para completar el documento 5.
- Documento 5: Evaluación de materiales educativos bajo el lente de equidad y competencia cultural, que está basado en la lista de cotejo para la revisión de materiales educativos.



Glosario

Alfabetización en salud	Conjunto de destrezas que las personas tienen para obtener, procesar y comprender la información básica de salud que necesitan para tomar decisiones adecuadas (ODPHP, 2010, 2022; Ratzan & Parker, 2000).
Comorbilidades	Es el padecimiento de dos o más enfermedades o condiciones en una misma persona. Estas pueden interactuar y agravar la salud del que las padece. (National Institutes of Health, s.f).
Competencia cultural	Es el conjunto de conocimientos, actitudes y conductas, presentes en una persona, organismo o sistema que le capacitan para trabajar con eficacia en contextos interculturales (Martínez et al., 2006).
Cultura	Patrón integrado de conductas humanas, pensamientos, comunicación, prácticas, costumbres, creencias, valores, etc. de grupos específicos (Martínez et al. 2006).
Desigualdades en salud	Se refiere de manera genérica a las diferencias en el acceso a recursos de salud de las personas o los grupos poblacionales (Arcaya et al 2015).
Determinantes sociales de la salud	Se refieren a “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución económica de la riqueza, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas públicas adoptadas por los gobiernos locales y nacionales (OMS, 2017).
Desastres naturales	La definición de desastre natural es cualquier fenómeno o evento catastrófico de gran intensidad, causado por la naturaleza y que ponen en peligro la vida de los seres vivos. (Responsabilidad Social Empresarial y Sustentabilidad, 2022).

Discapacidad (diversidad funcional)	Se refiere a personas que "funcionan" (se relacionan, realizan actividades, interactúan, actúan, etc.) de manera "diversa" (de otra manera, distinta, diferente, etc.)(Romañach & Lobato, 2005).
Enfermedades crónicas	Son afecciones o enfermedades de larga duración, es decir, por un período de tiempo mayor a los 3 meses y por lo general de progresión lenta (National Institute for Health, s.f).
Equidad en salud	Es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas (Organización Panamericana de la Salud, 2018).
Etnia	Constructo social-político que hace referencia a grupos de personas que comparten factores culturales tales como: origen, idioma, religión y tradiciones (Ford M. E. & Kelly P. A. (2005).
Género	Son los roles, las características y oportunidades impuestos en una sociedad y que se establecen como apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, niñas y las personas con identidades no binarias (OMS, 2018).
Identidad de género	Es la experiencia íntima y personal del individuo, que puede estar o no relacionada con el sexo asignado al nacer (Serón & Catalán, 2021). Es decir, cómo la persona se identifica a sí misma.
Interseccionalidad	La interseccionalidad es la interacción entre dos o más factores sociales que afectan a una persona. Elementos de la identidad como la etnia, el género, la raza, donde vive, o incluso la edad, son factores que al unirse pueden influir y afectar a una persona generando desigualdades (o ventajas) diversas (Bellagamba, 2022).
Comunidad LGBTQIA+	Conjunto de letras utilizadas para denominar de forma inclusiva a todos los individuos y a las comunidades que se identifican como lesbianas, gay, bisexuales, transgénero, Intersexual, asexual, queer y otros (Prosecretaría de DDHH- UNLP, s.f)
Población vulnerada	A partir de las reflexiones de Kottow (2012) y Dorati (2017), las poblaciones vulneradas se pueden entender como aquellas que

	ya han recibido daños (físicos, psicológicos y/o sociales; a sus estados de salud y bienestar como colectivo, incluyendo su integridad). Ejemplos: grupos minoritarios raciales y étnicos, personas que viven en comunidades rurales y aisladas, comunidad con diversidad funcional, comunidad LGBTTQIA+, niñez, minorías religiosas, personas afectadas por la pobreza, entre otros.
Pobreza	Es un fenómeno de muchas dimensiones que hace referencia a la falta de recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas del día a día, y a la privación de la participación social y del propio desarrollo humano (Manos Unidas, 2022).
Posición socioeconómica	Se refiere a los factores sociales y económicos que influyen en las posiciones que ocupan los individuos o grupos dentro de la estructura de una sociedad (Galobardes et al., 2006).
Raza	Concepto sociocultural y político que por mucho tiempo se consideró una categoría biológica, pero está más relacionada con identidad (Godreau, I. & Vargas-Ramos, C., 2009).
Religión	Conjunto de creencias, prácticas y normativas sociales, establecidas en una comunidad o grupo, que deben seguir en función de la diferencia entre lo sagrado y lo mundano (Durkheim, 1982).
Salud	La Organización Mundial de la Salud, la define como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades” (OMS, 1948).
Salud mental	Es el bienestar psicológico, emocional y social. La salud mental puede interferir en la manera en que una persona afronta el diario vivir, lo que piensa y siente (U.S. Department of Health & Human Services, 2021).
Servicios esenciales	Son servicios necesarios para mantener de manera eficaz el bienestar, la salud y la seguridad de las personas, según establecidos por el Estado (Chief Medical Health Officer of Alberta, 2020, como citado en Ogbogu y Hardcastle, 2021; PAHO, s.f.; Consejo General de Trabajo Social, 2020). Por ejemplo: servicios de vivienda, transportación, recreación y alimentación.

Sexo	Es una característica biológica, partiendo de la anatomía y fisiología de genitales, y que usualmente se asigna al nacer, es decir, hombre o mujer (Gómez Gómez, 2002; Hart et al., 2019; Castañeda & Díaz Bernal, 2020; Suen et al., 2020).
Sinhogarismo	Según, la Federación Europea de Asociaciones de Personas Sin Hogar (FEANTSA, 1995), son todas las personas que presentan dificultades para acceder o conservar una vivienda o alojamiento seguro y que cumpla con su situación personal (Sánchez, 2016).

Información de contacto:

Siomara Pérez Quintana, DrPH, MPH

Directora del Programa Equidad en Salud

Correo electrónico: siomara.perez@salud.pr.gov

Teléfono: 787-765-2929 ext. 9803

Referencias

Álvarez Díaz, J. A. (2019). Salud y religión: Un enfoque bioético. *Revista de Bioética*, 27(1).

Antoñanzas Serrano, A. & Gimeno Feliu, L. A. (2022). Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19: Una revisión narrativa. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(1).

Association for Woman Rights in Development. (2004). Interseccionalidad: Una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. *Derechos de las Mujeres y Cambio Económico*, 9.

Awad, A., Trenfield, S. J., Pollard, T. D., Ong, J. J., Elbadawi, M., McCoubrey, L. E., Goyanes, A., Gaisford, S., & Basit, A. W. (2021). Connected healthcare: Improving patient care using digital health technologies. *Advanced Drug Delivery Reviews*, 178.

Bellagamba, L. R. (2022). Qué es la interseccionalidad y por qué te importa saberlo. Banco Interamericano de Desarrollo.

Biblioteca Nacional de Medicina. (s.f.). Salud mental. *Medlineplus*.

Burgos Acosta, W. (s.f). 2019 Youth Risk Behavioral Survey Hallazgos Significativos. Programa de Salud Escolar. [PowerPoint].

Carayon, P., Hundt, A. S., & Hoonakker, P. (2019). Technology barriers and strategies in coordinating care for

chronically ill patients. *Applied Ergonomics*, 78.

Cardoso, M. R., Cousens, S. N., de Góes Siqueira, L. F., Alves, F. M., & D'Angelo, L.A. (2004). Crowding: Risk factor or protective factor for lower respiratory disease in young children? *BMC Public Health*, 4, 19.

Castañeda Abascal, I., & Díaz Bernal, Z. (2020). Desigualdad social y género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(4), e1991.

CDC (2020). *Estrategia de los CDC para la equidad en la salud con relación a la respuesta al COVID-19: Acelerar el progreso hacia la reducción de las disparidades relativas al COVID-19 y lograr la equidad en la salud*.

Centers for Disease Control and Prevention. (2022, 22 de febrero). *What Is Health Literacy?*

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). (2020, 16 de septiembre). *Inclusión de personas con discapacidades*.

Colegio de Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico. (2017). Guía sobre la diversidad funcional. *En Derechos*.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020, jul 30). *Salud y economía: Una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda*

hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2018, julio). *Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe: Deudas de igualdad.*

Comisión Institucional de Ética y Valores (2017). Valores institucionales (Plan Estratégico área técnico-administrativa 2017-2021).

Consejo General de Trabajo Social. (2020, 21 de marzo). ¿Qué significa servicios esenciales?

Consejo Nacional de la Cultura y las Artes. (2016). Guía de lenguaje inclusivo de género.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6).

Cutts, D. B., Meyers, A. F., Black, M. M., Casey, P. H., Chilton, M., Cook, J. T., Geppert, J., Ettinger de Cuba, S., Heeren, T., Coleman, S., Rose-Jacobs, R., & Frank, D. A. (2011). US Housing insecurity and the health of very young children. *American Journal of Public Health*, 101(8).

De Diego Cordero, R., & Guerrero Rodríguez, M. (2018). La influencia de la religiosidad en la salud: El caso de los hábitos saludables/no saludables. *Cultura de los Cuidados*, 22(52).

Departamento de Educación. (2021). *Reporte de deserción escolar - 2020-2021*. Gobierno de Puerto Rico.

Desmond, M., & Shollenberger, T. (2015). Forced displacement from rental

housing: Prevalence and neighborhood consequences. *Demography*, 52(5).

Díaz-García, R., Felici, M. R., Cases, A. & Ruiz-Serrano, K. (2021). Adulto mayor 2019. *División de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas, Secretaría de Promoción para la Salud del Departamento de Salud de Puerto Rico.*

Dorati, J. (2017). *Vulnerabilidad: consideraciones éticas desde una perspectiva crítica*. In VI Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata.

Durkheim, E. (1982). Definición del fenómeno religioso y de la religión. En *Las formas elementales de la vida religiosa* (1ra ed.). Akal.

Encarnación Martínez, M.J. (2021, 28 de octubre). Resultado sobre el rezago académico todavía no se usan para cambiar la realidad en el salón de clases. *Centro de Periodismo Investigativo*.

Enchautegui, E. M., Brayan, L. R. & Caridad, A. A. (2020, 15 de enero). Un futuro de pobreza infantil en Puerto Rico: Cuánto nos cuesta y qué podemos hacer. *San Juan: Instituto del Desarrollo de la Juventud*.

Enchautegui, E. M., Arroyo, C., Rosa, L. B. & Blakely, V. (2020, S.f.). Los efectos del COVID-19 en la seguridad económica de la niñez y familias de Puerto Rico: Vulnerabilidades, proyecciones y recomendaciones. *Instituto del Desarrollo de la Juventud*.

Engels, F. (2007[1884]) The origin of family, private property, and the state. En Freedman, E. B (ed.). *The Essential Feminist Reader*. The Modern Library.

Flanagin, A., Frey, T., Christiansen, S. L., & Bauchner, H. (2021). The reporting of race and ethnicity in medical and science journals: Comments invited. *JAMA*, 325(11).

Ford, M. E., & Kelly, P. A. (2005). Conceptualizing and categorizing race and ethnicity in health services research. *Health services research*, 40(5 Pt 2).

Foucault, Michel. (2000). Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones.

Alianza Editorial.

Fundación Santa Fe de Bogotá. (s.f.). *Enfermedades crónicas*.

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. (2006a). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1).

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. (2006b). Indicators of socioeconomic position (part 2). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2).

Galobardes, B., Lynch, J., & Smith, G. D. (2007). Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin*.

Ghasemi, E., Majdzadeh, R., Rajabi, F., Vedadhir, A., Negarandeh, R., Jamshidi, E., T. Takian, A., & Faraji, Z. (2021). "Applying Intersectionality in designing and implementing health interventions: a scoping review". *BMC public health*, 21(1).

Gil, I. (2018, 14 de noviembre). ¿Qué es la discapacidad? Evolución histórica y cultural. *Fundación Adecco*.

Godreau, I. P., & Vargas-Ramos, C. (2009). Which box am I?: Towards a culturally grounded, contextually meaningful method of racial and ethnic

categorization in Puerto Rico. *Cuadernos de Investigación* 8.

Gómez Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: Retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5).

González Valdés, T.L. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(2).

Gove, W. R., Hughes, M., & Galle, O. R. (1979). Overcrowding in the home: An empirical investigation of its possible pathological consequences. *American Sociological Review*, 44(1).

Guber, R. (2014). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI editores.

Gutiérrez, A. (2010). Movilidad, transporte y acceso: Una renovación aplicada al ordenamiento territorial. *Scripta Nova*, 14(331), 86.

Hart, C. G., Saperstein, A., Magliozzi, D., & Westbrook, L. (2019). Gender and health: Beyond binary categorical measurement. *Journal of Health and Social Behavior*, 60(1).

Health Resources & Services Administration. (2019). *Health literacy*.

Instituto de Estadísticas. (2019). *Conteo de Personas Sin Hogar. Resumen Ejecutivo*. Gobierno de Puerto Rico.

Healthy People 2030. (s.f. [a]). *Transportation*.

Healthy People 2030. (s.f. [b]). *Education access and quality*.

Healthy People 2030. (s.f. [c]). *Health literacy in Healthy People 2030*.

Instituto Nacional del Cáncer. (s.f). *Enfermedad crónica*.

Kottak, C. (2011). *Antropología Cultural* (14ta ed.). McGraw-Hill.

Kottow, M. (2012). Vulnerabilidad entre derechos humanos y bioética. Relaciones tormentosas, conflictos insolutos. *Derecho PUCP*, (69).

Kuwabara, A., Su, S., & Krauss, J. (2019). Utilizing digital health technologies for patient education in lifestyle medicine. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 14(2).

Lepore, S. J., Evans, G. W., & Palsane, M. N. (1991). Social hassles and psychological health in the context of chronic crowding. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(4).

Luyanda Villafañe, F. (2011, 24 de mayo). La necesidad del transporte colectivo y el desarrollo en Puerto Rico. Primer Simposio Formando Ciudades Habitables: El futuro del transporte colectivo en Puerto Rico. *Colegio de Ingenieros y Agrimensores de Puerto Rico*.

Manos Unidas. (2022). *¿Qué es la pobreza?*

Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365(9464).

Martínez Fuentes, A., & Fernández Díaz, I. (2006). ¿Es la raza un criterio útil en la práctica médica? *Revista Cubana de Medicina General Integral* 22(1).

Martínez, M.F., Martínez, J., &

Calzado, V. (2006). La competencia cultural como referente de la diversidad humana en la prestación de servicios y la intervención social. *Psychosocial Intervention*, 15(3).

Maqbool, Viveiros & Ault (2015). The impacts of affordable housing on health: A research summary. *Center for Housing Policy. Insights from Housing Policy Research*.

Mayo Clinic. (2021, 14 de diciembre). *Salud del adulto*.

Mayoral Cortés, J.M., Aragonés Sanz, N., Godoy, P., Sierra Moros, M.J., Cano Portero, R., González Moran, F., Pousa Ortega, A. (2016). Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. *Gaceta Sanitaria*, 30(2).

Mentes Puertorriqueñas en Acción (2021). Guía de lenguaje inclusivo y antirracista: Cómo implementar el lenguaje inclusivo y antirracista en dinámicas laborales.

Mirowsky, J. & Ross, C. (2003). *Education, Social Status, and Health*. Aldine de Gruyter.

Mosquera, I. (2019). Diversidad funcional y salud. OSEKI. *Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud*.

Mundo TKM (2018). ¿Qué es el LENGUAJE INCLUSIVO? - TKM Explica. [Video]

Murali, V., & Oyebode, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(3).

National Institutes of Health (s.f). *La comorbilidad*.

Noji, E.K. (ed.). (2000). Naturaleza de los desastres: Sus características generales y sus efectos en la salud pública (pp. 3-21). En *Impacto de los desastres en la salud pública*. Organización Panamericana de la Salud.

Observatorio de Equidad Género. (2020, 23 de noviembre). Puerto Rico: Femicidios enero - noviembre 2020. *Reporte Para La Relatora Especial De Naciones Unidas Sobre La Violencia Contra Las Mujeres*.

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). *National action plan to improve health literacy*. U.S. Department of Health and Human Services.

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2022). *Health literacy*. U.S. Department of Health and Human Services.

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (s. f. [a]) *Housing instability*. U.S. Department of Health and Human Services.

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (s. f. [b]). *Health literacy in Healthy People 2030*. U.S. Department of Health and Human Services.

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (s. f. [c]). *Health IT*. U.S. Department of Health and Human Services.

Oficina de Programas Federales y Planificación, Unidad de División y Estadísticas. (s.f.) *Diagnósticos principales y características socio -demográficas en los adultos mayores de 65 años atendidos*

en los programas de salud mental de la ASSMCA durante el año fiscal AF-2019-2020. Gobierno de Puerto Rico.

Ogbogu, U., & Hardcastle, L. (2021). Media representations of COVID-19 public health policies: assessing the portrayal of essential health services in Canadian print media. *BMC public health*, 21(1).

Oldenburg, B., Taylor, C. B., O'Neil, A., Cocker, F., & Cameron, L. D. (2015). Using new technologies to improve the prevention and management of chronic conditions in populations. *Annual Review of Public Health*, 36.

Organización Mundial de la Salud. (2017). Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*.

Organización Mundial de la Salud. (2018, 25 de septiembre). *Salud de la mujer*.

Organización Mundial de la Salud. (2021). Día mundial de la salud mental 2021 - Atención de salud mental para todos: Hagámosla realidad.

Organización Mundial de la Salud. (2021, 24 de noviembre). *Discapacidad y salud*.

Organización Mundial de la Salud (2018, 23 de agosto). *Género y salud*.

Organización Mundial de la Salud. (2018, 30 de marzo). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*.

Organización Panamericana de la Salud. (s.f). Equidad en Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Inequidades y barreras en los sistemas de salud.

Organización Panamericana de la Salud (2008). *La economía invisible y las desigualdades de género: La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2017, septiembre). *Salud en las Américas, edición del 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles de país*.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *La salud de la población afrodescendiente en América Latina*. OPS, Washington, D.C.

Osorio Guzmán, U. (2020). La salud pública, la sociología y la interseccionalidad, una alternativa analítica por explorar. *Revista de Salud Pública*, 24(1).

Pacheco, Z. (2017). A pie en el 100 x 35: Sistema de transportación como determinante social de la salud en la población infantil con enfermedades crónicas. *Revista Voces del Trabajo Social*, 5(1).

PAHO. (s.f). Mantenimiento de los servicios esenciales.

Perocco, F. (2017). Precarización del trabajo y nuevas desigualdades: El papel \ de la Inmigración. *Revista Interdisciplinar da Mobilidad Humana*, 25(49).

Proyecto del Senado 403. 24 de junio de 2021.

Ramírez Hita, S. (2006). Salud, etnicidad y religión: La salud de las poblaciones excluidas. *Quaderns de l'institut Català d'Antropologia*, (22).

Ratzan, S. C., & Parker, R. M. (2000). Health literacy. National library of medicine current bibliographies in medicine. Bethesda: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services.

Red State Data Center de Puerto Rico. (2018, 6 de diciembre). *Tres municipios tienen 70% o más de sus hogares con acceso a internet* [Comunicado de prensa].

Red State Data Center de Puerto Rico. (2022, 17 de marzo). *Baja levemente el porcentaje de familias en pobreza en Puerto Rico* [Comunicado de prensa].

Responsabilidad Social Empresarial y Sustentabilidad. (2022). Desastres naturales: Qué son, definición, tipos, características y prevención.

Ríos González, I. (2017, 31 de mayo). Impacto de la Reforma Laboral 2017 en las trabajadoras puertorriqueñas. En C. A. Santiago Rivera (Ed.), *Comentario a la Reforma Laboral 2017* (131-155). Río Piedras, PR: Centro de Estudios Económicos, Sociales, Jurídicos y del Trabajo.

Rodríguez Camacho, I. B., Rivera Bustelo, K., Colón González, K. (2021). *Guía del Informe para la Definición de Equidad en Salud para el Departamento de Salud de Puerto Rico*. [Manuscrito inédito]. Departamento de Ciencias Sociales, Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico - Recinto de Ciencias Médicas.

Roig, F, & Saigí, F. (2011). Barreras para la normalización de la telemedicina

en un sistema de salud basado en la concertación de servicios. *Gaceta Sanitaria*, 25(5).

Romañach, J., Lobato, M. (2015). *Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano*. Foro de Vida Independiente.

Rossel, C. (2021, 25 y 26 de agosto). *Herramientas de protección social para enfrentar los impactos de la pandemia de Covid-19 desde la experiencia de América Latina*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). [Documento de taller de trabajo].

Rubin, D. & Nicodimos, S. (2018). *A health literacy report: Analysis of 2016 BRFSS health literacy data*.

Ruiz Morilla, M. D., Sans, M., Casasa, A., & Giménez, N. (2017). Implementing technology in healthcare: Insights from physicians. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17(1).

Ruiz-Serrano, K., Felici, M., Díaz-García, R., & Cases, A. (2019). *Informe de enfermedades crónicas, 2016-2017*. División de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas, Secretaría de Promoción para la Salud del Departamento de Salud de Puerto Rico.

Scantlebury, A., Booth, A., & Hanley, B. (2017). Experiences, practices and barriers to accessing health information: A qualitative study. *International Journal of Medical Informatics*, 103.

Segarra Alméstica, E. (2018). María y la vulnerabilidad en Puerto Rico. *Revista de Administración Pública* 49.

Serón D., Tomás, & Catalán Á, Manuel. (2021). Identidad de Género y

Salud Mental. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 59(3).

Sieck, C. J., Sheon, A., Ancker, J. S., Castek, J., Callahan, B., & Siefer, A. (2021). Digital inclusion as a social determinant of health. *NPJ Digital Medicine*, 4(1).

Suen, L. W., Lunn, M. R., Katuzny, K., Finn, S., Duncan, L., Sevelius, J., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., Hunt, C., Weber, S., Bibbins-Domingo, K., & Obedin-Maliver, J. (2020). What sexual and gender minority people want researchers to know about sexual orientation and gender identity questions: A Qualitative Study. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7).

Torres-Parodi, C., & Bolis, M. (2007). Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(6).

Truth, S. (2007, [1851]). Two speeches (pp. 63-66). En Freedman, E. B (ed.). *The Essential Feminist Reader*. The Modern Library.

UNESCO (s.f.). Diversidad cultural.

UNESCO. (2020). *Global education monitoring report 2020: Inclusion and education: All means all*. Paris, UNESCO.

University of California, San Francisco. (2018). El capacitismo en los proveedores de servicios de salud.

Universidad de Kansas (2014). Formar organizaciones culturalmente competentes.

Upegui-Hernández, D., Lugo Nazario, I., Silva Martínez, E., Oliveras Del Río, J., y Martínez Medina, J. (2021). Cuando la tierra tembló: Violencias y resistencias

de las mujeres tras los terremotos del sur en Puerto Rico, 2019-2020. [Informe de Investigación]. *Observatorio de Equidad de Género de Puerto Rico*.

U.S. Census Bureau. (s.f. [a]). *ACS 5-Year estimates Puerto Rico public use microdate sample: 2020*.

U.S. Census Bureau. (s.f. [b]). *Quickfacts: Puerto Rico*.

U.S. Department of Health & Human Services (2021). *¿Qué es la salud mental?*

Vega Otero, L. M., Rivera Colón, E. A, Flores Rivera, J. L. (2021). *Guía del Informe para la definición de Determinantes Sociales de la Salud para el Departamento de Salud de Puerto Rico* [Manuscrito inédito]. Departamento de Ciencias Sociales, Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico - Recinto de Ciencias Médicas.

Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*.

Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (5-6).



Equidad en Salud

Documento 1: Guía de principios para entender la equidad en salud de poblaciones en situación de vulnerabilidad