



# Impacto de los determinantes sociales en los resultados en salud en cáncer de pulmón

# Índice de contenido

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| <b>Abreviaturas</b>                  | <b>4</b>  |
| <b>1. Justificación y contexto</b>   | <b>5</b>  |
| <b>2. Objetivos</b>                  | <b>6</b>  |
| 2.1 Objetivos generales del proyecto | 6         |
| <b>3. Metodología</b>                | <b>7</b>  |
| 3.1 Participantes                    | 7         |
| 3.2 Fases del proyecto               | 8         |
| 3.2.1 Revisión de la literatura      | 8         |
| <b>4. Resultados</b>                 | <b>9</b>  |
| 4.1 Revisión de la literatura        | 9         |
| <b>5. Conclusiones</b>               | <b>12</b> |
| <b>6. Anexos</b>                     | <b>13</b> |
| <b>7. Referencias</b>                | <b>32</b> |

# Abreviaturas

**CADTH:** *Canadian Agency for Drugs & Technologies in Health*

**CCAA:** Comunidades autónomas

**CDM:** Modelos comunes de datos

**CP:** Cáncer de pulmón

**DSS:** Determinantes sociales

**EUnetHTA:** *European Network for Health Technology Assessment*

**HTA:** Evaluaciones de tecnologías sanitarias (de su abreviatura en inglés)

**IPT:** Informes de posicionamiento terapéutico

**ISPOR:** *The International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*

**NICE:** *The National Institute for Health and Care Excellence*

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**Osteba:** Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Servicio Vasco de Salud

**PREMs:** Medidas de experiencias reportadas por el paciente (de su abreviatura en inglés)

**PROMs:** Medidas de resultados reportados por el paciente (de su abreviatura en inglés)

**PROs:** Resultados reportados por el paciente (de su abreviatura en inglés)

**RWD:** *Real World Data*

**SMC:** *Scottish Medicines Consortium*

**SNS:** Sistema Nacional de Salud

**TICs:** Tecnologías de la información y comunicación

**UE:** Unión Europea



## 1. Justificación y contexto

**Los resultados en salud dependen tanto de determinantes genéticos y biológicos como de determinantes sociales**, como son los factores políticos, económicos, institucionales y ambientales que configuran las condiciones de la vida diaria. Las oportunidades y elecciones que realizamos a diario están condicionadas por nuestra **situación socioeconómica, nivel de educación, lugar de residencia y vivienda, situación y entorno laboral, red de relaciones sociales y familiares, así como por la accesibilidad que tenemos a los servicios sanitarios**<sup>1</sup>.

Los determinantes sociales de la salud han sido definidos como las **condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, juegan y envejecen, así como sus determinantes biológicos**<sup>14</sup> y pueden ser de tipo económico, educativo, sanitario, social y comunitario o del entorno<sup>2</sup>. Se han realizado algunas aproximaciones a la hora de dar un peso específico a aquellos factores que determinan en mayor medida nuestra salud, representando el **estilo de vida un 43%, seguido de la herencia genética 27%, el medio ambiente o entorno en que se vive 19% y el sistema sanitario 11%**<sup>15</sup>. Adicionalmente, **la respuesta a los medicamentos se ve afectada por la variación genética, por los factores ambientales** (exposición a la radiación y a algunas sustancias químicas), los factores de **estilo de vida** (fumar, beber y hacer ejercicio) y los **factores fisiológicos** (edad, sexo, función renal y hepática y embarazo)<sup>16</sup>. Asimismo, existen **diferencias interindividuales en la biotransformación de fármacos debidas a factores intrínsecos (genética, edad, sexo...) y a factores extrínsecos (dieta, exposición a sustancias químicas, microbioma)**<sup>17</sup>.

**Ante una mayor desventaja social en cualquiera de los determinantes sociales, se encuentran peores resultados en salud**, consecuencia que se ve acrecentada cuando se ven afectadas varias áreas de desigualdad<sup>18</sup>. En este sentido, el concepto de equidad sanitaria tiene especial relevancia, ya que se centra en la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables entre, por ejemplo, sexo, género, etnia, presencia o no de discapacidad y orientación sexual<sup>14</sup>.



En el caso del cáncer, los determinantes sociales relevantes que deben analizarse son los que impactan en la **incidencia, prevención, diagnóstico, tratamiento, supervivencia, calidad de vida y mortalidad**<sup>2</sup>. Existen **factores sociales, ambientales y conductuales** que son **factores de riesgo para el desarrollo del cáncer**, como son la alimentación, la actividad física, el consumo de alcohol o tabaco, la exposición al humo, etc. y **los determinantes sociales hacen que todos no nos exponamos a estos factores de la misma forma**. Un factor determinante de desigualdades en salud en cáncer es el **acceso inadecuado y/o insuficiente a los servicios sanitarios básicos**, tanto para la prevención, diagnóstico en etapas tempranas y tratamiento<sup>19</sup>.

Se estima que **hasta el 75% de los casos de cáncer pueden ser atribuibles a los determinantes sociales**<sup>2,3</sup>. Otros estudios han demostrado que los determinantes sociales contribuyen al riesgo individual de cáncer, afectan a la prevención temprana del cáncer e influyen en la probabilidad de supervivencia<sup>4-8</sup>.

Los cánceres de páncreas, esófago, hígado y pulmón son los tipos de cáncer con las tasas de supervivencia más baja, pues no alcanzan el 20% de supervivencia media a cinco años, y afectan tanto a hombres como a mujeres. En concreto **el cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer y tiene una incidencia de las más altas**<sup>9-13</sup>.

**Debido a la alta mortalidad e incidencia del cáncer de pulmón, se hace necesaria una mayor investigación para seguir avanzando en su supervivencia. Teniendo en cuenta la influencia de los determinantes sociales en la salud de la población y en concreto en los pacientes con cáncer, el presente proyecto se ha diseñado con el propósito final de contribuir a la incorporación de los determinantes sociales en la evaluación de resultados en salud en cáncer de pulmón.**

## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivos generales del proyecto

- Determinar el impacto de los determinantes sociales en los resultados en salud en cáncer de pulmón.
- Identificar los determinantes sociales que tienen impacto en los resultados en salud en cáncer de pulmón.

## 3. Metodología

### 3.1 Participantes

Se constituyó un grupo de trabajo formado por **10 participantes incluyendo profesionales sanitarios, gestores, y representantes de pacientes** (Tabla 1).

Las principales funciones del comité científico fueron proporcionar asesoramiento durante todas las fases del proyecto desde su perspectiva, participar en las sesiones de trabajo y validar los documentos generados durante todo el proyecto.

Tabla 1: Integrantes del comité científico

| Integrante            | Cargo   |
|-----------------------|---|
| Candela Calle         | Directora general Fundació Sant Francesc d'Asís. Vocal Junta Directiva SEDISA   |
| M.ª Josep Carreras    | Jefa de la sección de Farmacia Oncohematológica del Hospital Universitario Vall d'Hebron  |
| Bernard Gaspar        | Representante pacientes Asociación Española de Afectados de Cáncer de Pulmón (AEACaP)   |
| Rocio Hernández       | Directora Gerente del Distrito Sanitario de Atención Primaria Aljarafe - Sevilla Norte  |
| Inmaculada Mediavilla | Coordinadora de la Dirección técnica de procesos y calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. SERMAS   |
| Ana Molina            | Coordinadora del Área Cáncer y Salud Pública de la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO)                                     |
| Vicente Olmo          | Jefe de Servicio de Farmacia Gerencia AP Gran Canaria (SFAP). Exdirector general de farmacia Servicio Canario de salud  |
| Mariano Provencio     | Jefe de Oncología Médica del Hospital Puerta de Hierro de Madrid  |
| Jose Luis Trillo      | Responsable Servicio de Farmacia de Área de Salud del Departamento Clínico Malvarrosa de Valencia. Exdirector Farmacia y Productos Sanitarios Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana |
| Bernardo Valdivieso   | Director de Calidad y Planificación del Departamento de Salud La Fe   |

## 3.2 Fases del proyecto



### 3.2.1 Revisión de la literatura

El objetivo de la revisión fue **identificar los determinantes sociales con impacto en los resultados en salud en cáncer de pulmón, así como realizar un mapeo de la situación actual de políticas e iniciativas de instituciones u organismos relevantes para el sistema sanitario que incorporaran los determinantes sociales.**

El comité científico revisó los primeros hallazgos de la revisión de la literatura con el objetivo de preseleccionar los aspectos relevantes a investigar y validar la estrategia de búsqueda. Una vez validada, se realizó la revisión narrativa de la literatura estructurada en dos pilares diferenciados cuya metodología se detalla a continuación.

#### Determinantes sociales con impacto en resultados en salud en cáncer de pulmón

Para identificar los determinantes sociales con impacto en los resultados en salud en cáncer de pulmón, se seleccionaron **estudios observacionales que estimaran la relación entre los determinantes sociales y los resultados en salud en cáncer de pulmón, en los que esta asociación fuera estadísticamente significativa.** Además, se analizaron revisiones narrativas y sistemáticas para identificar estudios adicionales no identificados con la estrategia de búsqueda inicial.

La búsqueda se realizó en la base de datos MedLine/Pubmed empleando términos de búsqueda relacionados con la patología y con los determinantes sociales, con los operadores booleanos “OR” y “AND” (Anexo 1).

#### Políticas sanitarias o iniciativas que incorporan los determinantes sociales

Para realizar el **mapeo de la situación actual de políticas e iniciativas de instituciones u organismos relevantes para el sistema sanitario que incorporaran los determinantes sociales,** se realizó una revisión que incluía:

- Planes y estrategias de salud, informes y observatorios a nivel nacional y regional (CCAA).
- Guías e informes de evaluación de las principales agencias evaluadoras europeas (NICE, IQWiG etc.) y canadiense.
- Informes de las principales sociedades científicas nacionales (SEOM, SEPAR, SECA, SEFH, AECC, SEMFYC, SEMERGEN).

La búsqueda se realizó en la base de datos internacional MedLine/Pubmed empleando términos de búsqueda relacionados con inequidades sanitarias y con tecnologías o políticas sanitarias, con los operadores booleanos “OR” y “AND” (Anexo 1). Además, se realizó búsqueda de literatura gris consultando Google Académico y páginas web de Ministerio de Sanidad, Servicios de Salud de cada comunidad autónoma o las páginas web de las principales agencias de evaluación de tecnologías sanitarias.

## 4. Resultados

### 4.1 Revisión de la literatura

#### Determinantes sociales con impacto en resultados en salud en cáncer de pulmón

La revisión narrativa de la literatura permitió identificar 21 estudios observacionales<sup>12,13,20-38</sup> que establecían una relación entre un determinante social y uno o varios resultados en salud, siendo esta, estadísticamente significativa.

Los determinantes sociales identificados que guardaban relación con algún resultado en salud fueron: **estado civil, nivel educativo, lugar de residencia, estatus socioeconómico, tabaquismo, exposición a carcinógenos y toxinas ambientales, raza/etnia, sexo/género, edad, otras condiciones médicas o comorbilidades.** Por otra parte, los resultados en salud en cáncer de pulmón analizados en los estudios se centraron en: **supervivencia de cáncer de pulmón, desarrollo de metástasis óseas, supervivencia a 5 años, supervivencia a 2 años y mortalidad** (Las definiciones están detalladas en el Anexo 2).

La **relación entre los determinantes sociales y los resultados en salud en cáncer de pulmón** se resume a continuación y en la Tabla 2.

- Estado civil: el hecho de no tener pareja o vivir solo (soltero o viudo) se ha asociado a una menor supervivencia, mayor mortalidad y mayor desarrollo de metástasis óseas.
- Nivel de estudios: un nivel de estudios elevado se ha relacionado con una mayor supervivencia mientras que un nivel educativo bajo con una mayor mortalidad.
- Lugar de residencia: los barrios más desfavorecidos, no metropolitanos, se han asociado a una mayor mortalidad.
- Estatus socioeconómico: las personas más desfavorecidas con renta familiar más baja se han asociado a una peor supervivencia global, supervivencia a 2 y 5 años, así como, una mayor mortalidad, mientras que aquellas personas con ingresos superiores se han asociado a una mayor supervivencia.
- Tabaquismo: el tabaquismo se ha relacionado con una menor supervivencia.
- Exposición a carcinógenos y toxinas ambientales: la exposición a carcinógenos se ha asociado a una mayor mortalidad.
- Raza/etnia: la raza asia-pacífico ha mostrado una mayor supervivencia, los grupos étnicos minoritarios se han asociado a una mayor mortalidad y la raza blanca se ha relacionado con una menor mortalidad.
- Sexo/género: el sexo masculino se ha relacionado con una menor supervivencia a 5 años y un mayor desarrollo de metástasis óseas mientras que el femenino se ha asociado a una mayor supervivencia.
- Edad: una mayor edad se ha vinculada a una mayor mortalidad, mientras que el desarrollo de metástasis óseas se ha relacionado con una edad más joven.
- Otras condiciones médicas o comorbilidades: un índice de comorbilidad más alto se ha asociado a una menor supervivencia.

El detalle completo de los estudios se encuentra en el Anexo 3.

Tabla 2. Resumen estudios que vinculan determinantes sociales y resultados en salud en CP

| Determinante social                       | Supervivencia de cáncer de pulmón  | Desarrollo de metástasis óseas                | Supervivencia a 5 años                                     | Supervivencia a 2 años  | Mortalidad   |
|---|--|---|--|---|--|
| <b>Estado civil</b>                       | Viudos<br>↓ supervivencia <sup>12</sup>  | Soltero<br>↑ metástasis óseas <sup>13</sup>   | Casado<br>↑ supervivencia <sup>12</sup>                    |   | Soltero<br>↑ mortalidad <sup>22</sup>  |
| <b>Nivel educativo</b>                    | Nivel de estudios elevado<br>↑ supervivencia <sup>20</sup>   |   |  |   | Nivel educativo bajo<br>↑ mortalidad <sup>21,22,23</sup>   |
| <b>Lugar de residencia</b>                |  |   |  |   | Barrios más desfavorecidos<br>áreas no metropolitanas<br>↑ mortalidad <sup>24,25</sup>                   |
| <b>Estatus socioeconómico</b>             | Ingresos superiores<br>↑ supervivencia <sup>20</sup><br>socioeconómicamente desfavorecidos<br>↓ supervivencia <sup>24,28,29,30,23,31</sup> |   | Renta familiar media baja<br>↓ supervivencia <sup>12</sup> | Socioeconómico más desfavorecido<br>↓ supervivencia <sup>26</sup> | Desventaja socioeconómica/<br>estatus socioeconómico pobre<br>↑ mortalidad <sup>25,27,22</sup>           |
| <b>Tabaquismo</b>                         | Tabaquismo<br>↓ supervivencia <sup>32</sup>  |   | Tabaquismo<br>↓ supervivencia <sup>33</sup>                |   |  |
| <b>Carcinógenos y toxinas ambientales</b> |  |   |  |   | Exposición<br>↑ mortalidad <sup>34</sup>   |
| <b>Raza/etnia</b>                         | Raza Asia-Pacífico<br>↑ supervivencia <sup>13,20,36</sup>  |   |  |   | Raza blanca<br>↓ mortalidad <sup>35</sup><br>raza/grupo étnico minoritario<br>↑ mortalidad <sup>22</sup> |
| <b>Sexo/Género</b>                        | Femenino ↑ supervivencia <sup>13,20,32,37</sup>  | Masculino<br>↑ metástasis óseas <sup>13</sup> | Varones ↓ supervivencia <sup>12,37</sup>                   |   | Sexo asocia a mortalidad <sup>30</sup>   |
| <b>Edad</b>                               |  | Joven<br>↑ metástasis óseas <sup>13</sup>     |  |   | Edad asocia a mortalidad <sup>30</sup>   |
| <b>Otras condiciones médicas</b>          | Índice comorbilidad más alto<br>↓ supervivencia <sup>38</sup>  |   |  |   |  |

## Políticas sanitarias o iniciativas que incorporan los determinantes sociales

En la revisión enfocada a mapear la situación actual de la incorporación de los determinantes sociales, se identificaron:

- 31 publicaciones<sup>39-69</sup> en la búsqueda en bases de datos, que incluían principalmente modelos y marcos de actuación conceptuales (detalle en Anexo 4)
- 116 informes de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias<sup>70-72</sup>, como NICE (detalle en Anexo 5), CADTH (Anexo 6) y SMC (Anexo 7).
- 26 planes<sup>73-82</sup> o estrategias de salud<sup>83-91</sup>, observatorios<sup>92-96</sup> u otros informes nacionales y regionales<sup>39,97,98</sup> que incluían información sobre determinantes sociales (detalle en Anexo 8).

Figura 2. Resumen de conclusiones de la revisión sobre políticas sanitarias e iniciativas





## 5. Conclusiones

En cáncer de pulmón, existe evidencia que relaciona los **determinantes sociales estado civil, nivel educativo, lugar de residencia, estatus socioeconómico, tabaquismo, exposición a carcinógenos y toxinas ambientales, raza/etnia, sexo/género, edad y la presencia de otras condiciones médicas o comorbilidades con los resultados en salud**, incluyendo **supervivencia y tasa de mortalidad**. Todos ellos tienen una **elevada importancia** para incorporarlos en la evaluación de resultados en salud en la práctica clínica; Sin embargo, en cuanto a **factibilidad**, existen diferencias entre ellos en función de la **disponibilidad de la información** necesaria para utilizarlos. En concreto, **los determinantes sociales con mayor veracidad y facilidad y menor variabilidad serían el estado civil, lugar de residencia, sexo/ género, edad y la presencia de otras condiciones médicas o comorbilidades**.

### Autores:

**Jordi Cohen**  
Senior Associate del Center for Research  
in Healthcare Innovation Management (CRHIM)

**Jaume Ribera**  
Director del IESE-CRHIM

**Isabel Cabezas**  
HEOR Consultant en Outcomes'10

**Susana Aceituno**  
Associate Director en Outcomes'10

## 6. Anexos

### Anexo 1

#### Estrategia de búsqueda de la revisión de la literatura

##### Determinantes sociales con impacto en resultados en salud en cáncer de pulmón

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Cáncer de pulmón</b>       | <b>(Lung Neoplasms[Majr] OR "lung cancer"[tiab])</b>  |
| <b>Determinantes sociales</b> | (Social Determinants of Health[Majr] OR Healthcare Disparities[Majr] OR Socioeconomic Factors[Majr] OR Health Services Accessibility / economics[Majr] OR Risk Factors[Majr] OR "health inequalities"[tiab] OR "inequity"[tiab] OR "socio-economic"[tiab] OR Healthcare Disparities / economics[Majr] OR "disparities"[tiab]) |

Filtros aplicados: exclusión de ensayos clínicos, 10 años, Humanos, inglés y español.  
Se priorizaron estudios españoles y europeos con abstract disponible.

##### Evaluación de tecnologías sanitarias e inequidades por determinantes sociales

|   |   |
|---|---|
| <b>Inequidades sanitarias</b>             | <b>(Equity[tiab] OR Health disparity[tiab] OR Inequities[tiab] OR Ethics[tiab] OR Ethical Analysis / methods* [Majr] OR Health Status Disparities* [tiab] OR Health Status Disparities*[tiab] OR Checklist*[Majr] )</b> |
| <b>Tecnologías o políticas sanitarias</b> | (Health technology assessment[tiab] OR Agency approaches[tiab] OR Technology Assessment, Biomedical*[tiab])   |

Filtros aplicados: 5 años, Humanos, inglés y español.  
Se priorizaron estudios españoles y europeos con abstract disponible.

## Anexo 2

### Descripción de determinantes sociales y resultados en salud en cáncer de pulmón en la bibliografía revisada

| Determinante social           | Definición   |
|-------------------------------|--|
| <b>Estado civil</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Casado, divorciado, soltero y viudo<sup>12</sup></li> <li>Casado o no casado<sup>13</sup></li> </ul>  |
| <b>Nivel educativo</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de adultos sin título de secundaria en la región residencial<sup>20</sup></li> <li>Educación básica, secundaria y terciaria<sup>21</sup></li> <li>Número de años de educación asistida y completada, que luego se dicotomizó en educación baja (&lt;12 años) y educación alta (≥12 años)<sup>22</sup></li> <li>Porcentaje de adultos que no terminaron la escuela secundaria<sup>23</sup></li> </ul>   |
| <b>Lugar de residencia</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Urbano, metropolitano y rural<sup>20</sup></li> <li>Código postal<sup>24,25</sup></li> </ul>  |
| <b>Estatus socioeconómico</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Menos de 38.000 dólares, de 38.000 a 47.999 dólares, de 48.000 a 62.999 dólares y de 63.000 dólares o más<sup>20</sup></li> <li>Estado de los ingresos, la riqueza, la educación, ocupación y condiciones de vida tanto de los individuos como de su vecindario o red social<sup>25</sup></li> <li>Tipo de seguro (Privado, Medicare, Indigente)<sup>30</sup></li> <li>Mediana de los ingresos familiares<sup>12</sup></li> <li>Coefficiente de ingresos de pobreza, que es la relación entre el punto medio de la categoría de ingresos familiares observados y el umbral de pobreza oficial.<sup>22</sup></li> <li>Índice de privación de la zona (ADI; quintiles), una medida integral validada de la situación socioeconómica del vecindario. La situación socioeconómica individual se evaluó mediante la doble elegibilidad de Medicare y Medicaid (sí o no), un indicador fiable de los bajos ingresos de los pacientes<sup>24</sup></li> <li>El Índice de Privación Múltiple (IMD). Las zonas se clasifican de la menos a la más desfavorecida, según siete dimensiones diferentes de privación, entre las que se incluyen: ingresos, empleo, salud y discapacidad, educación, delincuencia, obstáculos a la vivienda y los servicios, y entorno vital<sup>26</sup></li> <li>Índice Swiss-SEP: en función de la renta media, la educación y la ocupación de los cabezas de familia y el hacinamiento en los hogares<sup>27</sup></li> <li>Correlación de los códigos postales de los pacientes con los datos de las zonas censales<sup>29</sup></li> <li>Cruzando la residencia principal del individuo en el momento del diagnóstico, incluyendo el código postal y el estado, con los datos del censo de 2000 para determinar la zona censal del individuo<sup>31</sup></li> <li>No especificado<sup>23,28</sup></li> </ul> |

| Determinante social                            | Definición  |
|--|---|
| <b>Tabaquismo</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de tabaco, tabaquismo pasivo<sup>32</sup></li> <li>Estado del tabaquismo<sup>33</sup></li> </ul>   |
| <b>Carcinógenos y toxinas ambientales</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Los datos del tipo de industria y la ubicación se obtuvieron del Registro Europeo de Emisiones Contaminantes (EPER) (Decisión 2000/479/CE).<sup>34</sup></li> </ul>  |
| <b>Raza/etnia</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Blancos, negros, asiáticos o isleños del pacífico, indígenas/nativos de Alaska<sup>13</sup></li> <li>Blanco, afroamericano, asiático, nativo americano, hispano<sup>20</sup></li> </ul>  |
| <b>Sexo/Género</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Varón o mujer</li> <li>Masculino o femenino</li> </ul>   |
| <b>Edad</b>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>No aplica</li> </ul>   |
| <b>Índice de Comorbilidad de Charlson-Deyo</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>El CCI incorpora 19 enfermedades crónicas ponderadas según su asociación con la mortalidad.38 infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad vascular periférica, enfermedad cerebrovascular, demencia, EPOC, enfermedad tejido conectivo, hepatopatía leve, ulcus péptico, DM sin afectación orgánica, DM con afectación orgánica, hemiplejía, IRC, tumor sin metástasis, leucemia, linfoma, enfermedad hepática moderada a severa, tumor sólido con metástasis, VIH, ninguna</li> </ul> |

| Resultado en salud          | Definición   |
|-----------------------------|--|
| <b>Supervivencia global</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>El tiempo transcurrido desde el diagnóstico del cáncer hasta la muerte por cualquier causa o el final del estudio. En comparación con los barrios más ricos (quintil 1 del IDA), vivir en los barrios más desfavorecidos (quintil 5 del IDA) se asoció a un mayor riesgo de mortalidad general. El resultado primario fue la mortalidad global y el secundario la mortalidad específica por cáncer. Razones de riesgo (HR) para las asociaciones de IDA y doble elegibilidad con la mortalidad general y específica por cáncer<sup>24</sup></li> <li>Supervivencia a 5 años tasa de mortalidad: tasas de mortalidad para una población determinada, y se construye a partir del número de muertes y de los recuentos de población.<sup>33</sup> La supervivencia neta a 5 años estimada con las tablas de vida ajustadas al tabaquismo fue sistemáticamente superior a la supervivencia estimada con las tablas de vida no ajustadas: un 7% más alta para el cáncer de laringe y un 1,5% más alta para el cáncer de pulmón</li> <li>El número de meses entre el procedimiento quirúrgico más definitivo en el sitio primario y el último contacto o la fecha de la muerte<sup>23</sup></li> </ul>   |
| <b>Supervivencia</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>La supervivencia del cáncer de pulmón se calculó desde la fecha del diagnóstico hasta la fecha de la muerte<sup>32</sup></li> <li>El criterio de valoración principal del estudio fue la supervivencia específica al cáncer, para su análisis, se consideraron eventos las muertes por adenocarcinoma de pulmón, mientras que se censuraron los supervivientes o las muertes atribuidas a otras causas<sup>12</sup></li> <li>Supervivencia global: El punto final del seguimiento es la muerte o el último seguimiento (fecha del último contacto)<sup>20</sup></li> <li>Nuestro criterio de valoración principal fue la supervivencia global. La supervivencia se calculó desde la fecha del diagnóstico hasta la fecha de la muerte<sup>36</sup></li> <li>Supervivencia: Se utilizó la variable “clasificación de muerte por causa específica del SEER” como resultado<sup>28</sup></li> <li>Supervivencia: Los datos de supervivencia de todas las variables, excepto la del tipo de pago (seguro), se generaron mediante tablas de vida y el método KaplanMeier<sup>29</sup></li> <li>La supervivencia global se calculó desde la fecha del diagnóstico hasta la fecha de la muerte<sup>30</sup></li> <li>Supervivencia global y desarrollo de metástasis óseas<sup>13</sup></li> </ul> |

| Resultado en salud                    | Definición   |
|---------------------------------------|--|
| <b>Mortalidad</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Los datos de mortalidad se clasificaron según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión (CIE-10). Los códigos de la CIE-10 utilizados para las causas subyacentes de muerte fueron C00-C97 para todos los cánceres, C34 para el cáncer de pulmón y bronquios, C18-C20 y C26.0 para el cáncer de colon y recto, C61 para el cáncer de próstata y C50 para el cáncer de mama femenino<sup>22</sup></li> <li>El número de muertes por cada tipo de cáncer y el número de personas-año se resumieron para los años 1971-79, 1980-89 y 1990-2002. La clasificación de las causas de muerte siguió la lista corta europea, utilizando la novena o décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)<sup>21</sup></li> <li>Las estimaciones de la esperanza de vida se obtuvieron para doce períodos de 3 años períodos de tres años, 1969-1971, 1972-1974, ... 2002-2004, y un período de cinco años, 2005-2009. Se utilizaron estos periodos de tiempo debido a la disponibilidad y a las restricciones confidenciales de los datos de mortalidad a nivel de condado<sup>25</sup></li> <li>La población de estudio estaba formada por todos los residentes en el País Vasco (2 082 587 según el censo de 2001), y se incluyeron todas las muertes (146 195) ocurridas durante el periodo 1996-2003. Datos de mortalidad de la Estadística de Defunciones del País Vasco realizada por el Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT). Se estudió la mortalidad por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (IDC-10: C33)<sup>34</sup></li> <li>Las medidas de resultado incluyeron la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón de 2003 a 2007 en cada condado para la población general, y la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón estratificada por raza en el condado, obtenida a partir de las estimaciones del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias mediante cálculos ajustados por edad para la población estándar de 2000 realizados a través de SEER-Stat<sup>35</sup></li> <li>Mortalidad: Examinamos la asociación del índice con la mortalidad en los 4,31 millones de individuos mayores de 30 años incluidos en el SNC. El SNC es un estudio longitudinal nacional de mortalidad en Suiza basado en la vinculación determinista y probabilística de los datos del censo con los registros de mortalidad<sup>27</sup></li> </ul> |
| <b>No se especifica la definición</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Supervivencia global y desarrollo de metástasis óseas<sup>13</sup></li> <li>Riesgo de mortalidad y supervivencia a 5 años<sup>37</sup></li> <li>Supervivencia a 2 años después del diagnóstico<sup>26</sup></li> <li>Supervivencia global<sup>38</sup></li> <li>Supervivencia<sup>31</sup></li> </ul>   |

En las referencias revisadas la supervivencia se calculó desde la fecha del diagnóstico hasta la fecha de la muerte, mientras que los datos de mortalidad provienen de datos censales.

## Anexo 3

### Estudios observacionales que relacionan determinantes sociales y resultados en salud en cáncer de pulmón

| Determinante social                                | Resultado en salud                | Dato  | Población                               | Diseño                            | Referencia                                   |
|--|-----------------------------------|---|---|-----------------------------------|--|
| Edad, Sexo/Género, Estado civil                    | Desarrollo de metástasis óseas    | Edad (joven), sexo (masculino), estado civil (soltero) se asociaron positivamente con el desarrollo de metástasis óseas   | Cohorte 125.652 EEUU CP                 | Estudio de cohortes retrospectivo | Xu et al., 2022 <sup>13</sup>                |
| Raza/etnia, Estatus socioeconómico                 | Supervivencia de cáncer de pulmón | Los pacientes afroamericanos (HR, 0,92; IC del 95%, 0,89-0,95; P < 0,001) y asiáticos (HR, 0,83; IC del 95%, 0,77-0,91; P < 0,001) mostraron una menor probabilidad de morir que los pacientes blancos. El sexo femenino (HR, 0,84; IC del 95%, 0,83-0,85; P < 0,001), los ingresos medios anuales superiores o iguales a 63.000 dólares (HR, 0,94; IC del 95%, 0,90-0,98; P < 0,001) y el nivel de estudios elevado (HR, 0,94; IC del 95%, 0,9-10,98; P = 0,002) se asociaron a una mayor supervivencia. | Cohorte 72 409 EEUU CP                  | Estudio de cohortes               | Zhou et al., 2021 <sup>20</sup>              |
| Estatus socioeconómico (renta familiar media baja) | Supervivencia a 5 años            | Pacientes con renta familiar media baja presentaban la menor supervivencia (CSS 25.9%)  | Cohorte EEUU 61.928 CP                  | Estudio de cohortes retrospectivo | Wu et al., 2022 <sup>12</sup>                |
| Estado civil (casado)                              | Supervivencia a 5 años            | La supervivencia estaba fuertemente asociada con el estado civil (P<.001, Fig. 1), y los pacientes casados tenían la mayor supervivencia (CSS más alto (28.3%))   | Cohorte EEUU 61.928 CP                  | Estudio de cohortes retrospectivo | Wu et al., 2022 <sup>12</sup>                |
| Sexo/Género  | Supervivencia a 5 años            | Hombres presentaban la menor supervivencia (CSS 23.8% y 31.1% en hombres y mujeres respectivamente)   | Cohorte EEUU 61.928 CP                  | Estudio de cohortes retrospectivo | Wu et al., 2022 <sup>12</sup>                |
| Sexo/Género  | Supervivencia a 5 años            | Varones peor supervivencia a 5 años (varones 50%; IC95%, 0,38,0,6 vs mujeres 70%; IC95%, 0,62,0,76)   | Cohorte 12.000 personas EEUU (1.216 CP) | Estudio de cohortes retrospectivo | Rodriguez Alvarez et al., 2022 <sup>37</sup> |

| Determinante social   | Resultado en salud                | Dato   | Población   | Diseño                            | Referencia                              |
|---|-----------------------------------|--|---|-----------------------------------|---|
| Lugar de residencia; Estatus socioeconómico                       | Mortalidad global                 | En comparación con los barrios más acomodados, vivir en los barrios más desfavorecidos se asoció con un mayor riesgo de mortalidad general (pulmón: HR, 1,21; IC del 95%, 1,14-1,28). La desventaja socioeconómica individual se asoció con un mayor riesgo de mortalidad global (pulmón: HR, 1,14; IC del 95%, 1,09-1,20) | Cohorte 96.978 personas EEUU (16.684 CP)  | Estudio de cohortes prospectivo   | Cheng et al., 2021 <sup>24</sup>        |
| Estatus socioeconómico  | Supervivencia a 2 años            | El grupo socioeconómico más desfavorecido con una probabilidad significativamente menor de estar vivos después de 2 años (OR=0,77, IC del 95%: 0,66 a 0,88, p<0,001)   | Cohorte 22.967 Inglaterra pacientes con cáncer de pulmón  | Estudio de cohortes retrospectivo | Forrest et al., 2015 <sup>26</sup>      |
| Nivel educativo   | Mortalidad por cáncer de pulmón   | OR para la educación básica fueron, para hombres y mujeres, respectivamente, 1,37 y 1,12 en la década de 1970 y 2,02 y 2,17 en la década de 1990 (vs educación secundaria o terciaria)   | Número personas año poblacional Noruega   | Estudio de cohortes retrospectivo | Elstad et al., 2012 <sup>21</sup>       |
| Otras condiciones médicas (índice comorbilidad)                   | Supervivencia de cáncer de pulmón | Los pacientes con CCI (índice comorbilidad) más alto tuvieron peores resultados clínicos; la mediana de la supervivencia global de los pacientes con CCI de 0 o CCI de 1-2 fue casi el doble que la de los pacientes con CCI de 5  | 454 pacientes con cáncer de pulmón EEUU   | Estudio de cohortes retrospectivo | Ahn et al., 2013 <sup>38</sup>          |
| Tabaquismo  | Supervivencia a 5 años            | La supervivencia neta a 5 años estimada con tablas de vida ajustadas al tabaquismo fue superior a la estimada con tablas de vida no ajustadas: un 1,5% más alta para el cáncer de pulmón   | Tablas de vida ajustadas al tabaquismo Cancer Research UK Cancer Survival Group, 2009 Reino unido | Estudio de cohortes retrospectivo | Ellis et al., 2014 <sup>33</sup>        |
| Estatus socioeconómico; Nivel educativo; Raza/etnia; Estado civil | Mortalidad por cáncer de pulmón   | La exposición a un número creciente de factores de riesgo social (determinantes sociales) aumentaba el riesgo de muerte  | 8.745 adultos EEUU  | Estudio transversal estratificado | Caleyachetty et al., 2015 <sup>22</sup> |
| Carcinógenos y toxinas ambientales                                | Mortalidad por cáncer de pulmón   | En las mujeres, el riesgo asociado a la proximidad a las industrias de procesamiento de metales crece a medida que aumenta la privación de la zona (desfavorecidas económicamente) en el caso de la mortalidad total y por cáncer de pulmón.   | Número personas censadas País Vasco (España)  | Estudio transversal               | Cambra et al., 2013 <sup>34</sup>       |
| Lugar de residencia (pueblos pequeños vs ciudades)                | Mortalidad por cáncer de pulmón   | Entre 1990 y 2009, el riesgo relativo de mortalidad en las áreas no metropolitanas aumentó de 1,01 a 1,17 para el cáncer de pulmón   | Número personas año poblacional EEUU  | Estudio de cohortes retrospectivo | Singh et al., 2014 <sup>25</sup>        |

| Determinante social  | Resultado en salud                | Dato  | Población   | Diseño                            | Referencia                              |
|--|-----------------------------------|---|---|-----------------------------------|---|
| Estatus socioeconómico                                       | Mortalidad por cáncer de pulmón   | El índice Swiss-SEP se asoció con la mortalidad por todas las causas y por causas específicas (entre ellas cáncer de pulmón)  | Número personas censadas Suiza  | Estudio transversal               | Panczak et al., 2012 <sup>27</sup>      |
| Estatus socioeconómico                                       | Mortalidad                        | Existen disparidades socioeconómicas en la supervivencia por causas específicas   | Cohorte 7.309 EEUU CP   | Estudio de cohortes prospectivo   | Cheung et al., 2014 <sup>28</sup>       |
| Estatus socioeconómico                                       | Supervivencia de cáncer de pulmón | Hubo una menor tasa de supervivencia asociada a tener el estatus socioeconómico más pobre   | Cohorte 4.860 pacientes EEUU CP   | Estudio de cohortes retrospectivo | Caposole et al., 2014 <sup>29</sup>     |
| Raza/etnia   | Mortalidad por cáncer de pulmón   | A mayor cantidad de recursos de atención primaria se asoció una reducción de la mortalidad por cáncer de pulmón de 4,1 por 100.000 en raza blanca   | Múltiples fuentes poblacionales, 296.314.208 adultos EEUU                   | Estudio de cohortes retrospectivo | Backhus et al., 2013 <sup>35</sup>      |
| Edad, género, Estatus socioeconómico                         | Supervivencia de cáncer de pulmón | En el caso del CPNM en estadio I-II, la supervivencia global se asoció con la edad, y el sexo. Los pacientes socioeconómicamente desfavorecidos con CPNM en estadio I-II tienen una supervivencia inferior independientemente del tratamiento | 450 pacientes EEUU CP   | Estudio retrospectivo             | Yorio et al., 2012 <sup>30</sup>        |
| Estatus socioeconómico                                       | Supervivencia de cáncer de pulmón | Los pacientes que vivían en áreas con altos niveles de pobreza, bajos ingresos medios y bajos niveles de educación tuvieron una peor mortalidad   | 4820 pacientes EEUU CP y datos censo  | Estudio de cohortes retrospectivo | Erhunmwunsee et al., 2012 <sup>31</sup> |
| Estatus socioeconómico (ingresos más bajos, menos educación) | Supervivencia de cáncer de pulmón | Factores socioeconómicos predijeron una peor supervivencia global   | 92.929 pacientes EEUU sometidos a resección quirúrgica por cáncer de pulmón | Estudio de cohortes retrospectivo | Khullar et al., 2015 <sup>23</sup>      |

## Anexo 4

### Marcos o modelos de actuación que consideran determinantes sociales

| Organismo | Framework   | Dominio relacionado con equidad / determinante social | Descripción del dominio según el organismo  |
|-----------|---|---|---|
| OMS       | WHO-INTEGRATE framework <sup>64,67</sup>  | “Implicaciones sociales”                              | Las intervenciones sanitarias no tienen lugar de forma aislada y pueden mejorar o inhibir objetivos sociales, medioambientales o económicos más amplios a corto o largo plazo   |
|           |   | “Equidad sanitaria, igualdad y no discriminación”     | Individuos o grupos de población no deben ser discriminados por razón de su sexo, edad, etnia, cultura o lengua, orientación sexual o identidad de género, condición de discapacidad, educación situación socioeconómica, lugar de residencia o cualquier otra característica |
| ISPOR     | The Value Flower and Elements of Value <sup>54</sup>  | “Equidad”   | Incluye consideración de resultados iguales entre grupos ricos y pobres, o entre grupos sanos o entre grupos sanos y enfermos   |
| EUnetHTA  | EUnetHTA - HTA Core Model <sup>44,99</sup>  | “Análisis ético”                                      | El valor moral que la sociedad atribuye a las consecuencias de la aplicación de una tecnología se ve afectado por las diferencias sociopolíticas, culturales, jurídicas, religiosas y económicas  |
|           |   | “Pacientes y aspectos sociales”                       | Agrupaciones específicas de pacientes o individuos que pueden ser de interés específico en una evaluación de una tecnología, como personas mayores, personas que viven en comunidades remotas, personas con problemas de aprendizaje, minorías étnicas, inmigrantes, etc      |
| NICE      | Social value judgements <sup>70</sup> . NICE health technology evaluations: The manual <sup>100</sup> | “Principio 7”   | Grupo particular de personas dentro de la población: Raza, discapacidad, edad, sexo/género y orientación sexual, condiciones asociadas al estigma, condiciones dependientes del comportamiento, situación socioeconómica  |
|           |   | “Recomendaciones del Comité”                          | Decisiones basadas en índice efectividad-incremental. Sin embargo, sus conclusiones generales también se ven afectadas por consideraciones sociales más amplias   |
| OSTEBA    | Análisis de dominios “no core” en los informes de HTA <sup>39</sup>                                   | “Dominio social”                                      | Determinantes sociales sobre la salud y su impacto: La tecnología podría tener influencia sobre las características sociodemográficas y su implicación en la salud  |

## Anexo 5

### Evaluaciones de tecnologías sanitarias NICE en las que se hace referencia a los determinantes sociales

| Fármaco e indicación   | Argumentación incluida en el informe de evaluación de tecnología sanitaria <sup>101-105</sup>   |
|--|---|
| Pembrolizumab, carboplatino y paclitaxel para el cáncer de pulmón escamoso no microcítico no tratado   | En la consulta, la empresa destacó que las personas con CPNM escamoso podrían tener peores resultados debido a las comorbilidades relacionadas con el tabaquismo. Sugirió que es probable que esto tenga un impacto en las personas de los <b>grupos socioeconómicos</b> más bajos, ya que las tasas de <b>tabaquismo</b> son más altas en estas poblaciones  |
| Venetoclax a dosis bajas de citarabina para la leucemia mieloide aguda no tratada cuando la quimioterapia intensiva no es adecuada   | Un miembro del comité destacó que el venetoclax podría proporcionar una opción de tratamiento eficaz para las <b>personas mayores</b> que no se han beneficiado de otros avances recientes en el tratamiento, y que cualquier persona que <b>no pueda viajar fácilmente a un hospital</b> importante podría beneficiarse especialmente de poder tomar venetoclax en casa  |
| Venetoclax para el tratamiento de la leucemia linfocítica crónica  | Una parte interesada destacó que la LLC es una enfermedad que afecta principalmente a las <b>personas mayores</b>   |
| Etilo de icosapento y tratamiento con estatinas para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares en personas con triglicéridos elevados  | Una organización de pacientes y un experto clínico plantearon varias cuestiones potenciales de igualdad. Señalaron que las personas con antecedentes familiares <b>negros, asiáticos y de minorías étnicas</b> son más propensas a tener triglicéridos elevados. La organización de pacientes La organización de pacientes también comentó que las personas que viven en las <b>zonas más desfavorecidas</b> de Inglaterra tienen casi 4 veces más probabilidades de morir prematuramente de enfermedades cardiovasculares que los que viven en las zonas menos desfavorecidas. También explicó que, en comparación con la población general, las personas con <b>enfermedades mentales graves</b> tienen más probabilidades de desarrollar y morir de enfermedades prevenibles, incluidas las cardiovasculares. Asimismo, señaló que las personas con <b>discapacidades de aprendizaje</b> tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. El experto clínico señaló que algunas <b>religiones</b> imponen restricciones a los productos de pescado |
| TriageHF Plus para la monitorización a distancia de personas con dispositivos electrónicos implantables cardíacos en riesgo de insuficiencia cardíaca o de empeoramiento de la misma | La insuficiencia cardíaca es más frecuente en las <b>personas mayores</b> , por lo que éstas tienen más probabilidades de utilizar esta tecnología. La edad es una característica protegida por la Ley de Igualdad de 2010. TriageHF Plus sólo puede utilizarse con dispositivos de terapia de resincronización cardíaca y desfibriladores desfibrilador cardioversor implantable de Medtronic con capacidad OptiVol  |

## Anexo 6

### Evaluaciones de tecnologías sanitarias CADTH en las que se hace referencia a los determinantes sociales

| Fármaco e indicación   | Argumentación incluida en el informe de evaluación de tecnología sanitaria <sup>106,107</sup>   |
|--|---|
| Terapia de protones (Proton Beam Therapy) para tratamiento del cáncer en niños y adultos         | Si aceptamos que un centro de PBT en Canadá aumentará la demanda de PBT, y que estará probablemente más disponible para aquellos que tengan los recursos sociales y financieros necesarios para viajar, entonces nos enfrentamos a una circunstancia en la que los escasos recursos sanitarios podrían desviarse a tratamientos que sólo pueden utilizar los más privilegiados, lo que podría dar lugar a un problema de equidad dentro del tratamiento del cáncer. Por lo tanto, será necesario tener en cuenta los beneficios para la salud de la población creados por la PBT y considerar si los recursos dedicados a la PBT podrían distribuirse para lograr beneficios similares, pero más equitativos (por ejemplo, <b>programas que trabajen para permitir el acceso a la PBT a todos los canadienses, independientemente de su estatus socioeconómico, edad, raza y ubicación geográfica</b> )   |
| Herramientas de detección prequirúrgica y factores de riesgo para el dolor crónico posquirúrgico | Las poblaciones que sufren desigualdades sociales y discriminación son de considerable importancia en la política canadiense y en la toma de decisiones en materia de atención sanitaria. Estas poblaciones pueden incluir a los pueblos indígenas, a las personas con desventajas económicas (por ejemplo, las que experimentan pobreza y/o vivienda no estable, ingresos bajos), a las comunidades étnicas y/o inmigrantes, a las que padecen condiciones de salud estigmatizadas (por ejemplo, VIH, enfermedades mentales graves, adicción) y/o condiciones de salud crónicas, y a las mujeres u otras identidades de género (es decir, identidades distintas a la de los hombres cisgénero). La percepción y el desarrollo del dolor están relacionados con factores biológicos, pero también están sustancialmente influenciados por factores psicológicos, sociales y culturales. Esto requiere un enfoque adaptado a la prevención, el tratamiento y el diagnóstico del dolor para satisfacer mejor las necesidades de las personas que pueden desarrollar dolor crónico o de las personas con dolor crónico. En concreto, un enfoque adaptado que integre las necesidades sociales y culturales es especialmente importante para quienes sufren desventajas sistémicas y desigualdades sanitarias”<br><br>“En conjunto, se necesita más investigación para obtener pruebas más relevantes e informativas para facilitar la toma de decisiones y la elaboración de políticas en relación con los factores de riesgo y las herramientas de cribado prequirúrgico o evaluaciones relacionadas con el CPSP” |

## Anexo 7

### Evaluaciones de tecnologías sanitarias SMC en las que se hace referencia a los determinantes sociales

| Fármaco e indicación  | Argumentación incluida en el informe de evaluación de tecnología sanitaria <sup>1</sup>  |
|---|--|
| Enzalutamida para el tratamiento de hombres adultos con cáncer de próstata metastásico sensible a las hormonas en combinación con la terapia de privación de andrógenos | Los expertos clínicos consultados por el SMC consideran que la enzalutamida-ADT en el tratamiento del mHPSC es un avance terapéutico, ya que proporciona una opción terapéutica adicional, que puede ser particularmente útil para los pacientes que no pueden tomar las opciones de tratamiento alternativas, docetaxel-ADT o abiraterona-ADT, <b>debido a la edad</b> o a condiciones que contraindican su uso. Consideran que la enzalutamida-ADT se utilizaría en la práctica como alternativa a éstas |

## Anexo 8

### Iniciativas nacionales y comunidades autónomas que incluyen determinantes sociales

| Plan de salud<br>73-82 | Observatorio<br>92-96 | Estrategia de salud<br>83-91 | Otros documentos<br>39,97,98 | Abordaje de los determinantes sociales   |
|------------------------|-----------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| X                      |                       |                              |                              | Mejora del conocimiento y actuaciones relativas a los determinantes sociales en salud  |
| X                      |                       |                              |                              | Vigilancia de los determinantes sociales   |
| X                      |                       |                              |                              | Empoderamiento del paciente, dándoles formación para identificar los determinantes sociales y mejorar su estado de salud   |
|                        | X                     |                              |                              | Monitorizar y visualizar la equidad y los determinantes sociales   |
|                        | X                     |                              |                              | Informe desigualdades en salud   |
|                        | X                     |                              |                              | Grupo de investigación sobre los determinantes sociales en Atención Primaria   |
|                        | X                     |                              |                              | Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico  |
|                        |                       | X                            |                              | Órgano permanente de recogida y análisis de la información disponible de los determinantes de salud de las mujeres aragonesas  |
|                        |                       | X                            |                              | La Estrategia se encadena directamente con los determinantes sociales ya que plantea un trabajo conjunto entre distintas disciplinas (sanidad, bienestar social, trabajo, educación...) para abordar y mejorar de forma holística la salud de la población |
|                        |                       | X                            |                              | Estrategia en cáncer del SNS. Se requiere un abordaje de los determinantes sociales de la salud  |
|                        |                       |                              | X                            | Boletín de salud poblacional del departamento de salud del País Vasco que contiene información sobre Determinantes Sociales  |
|                        |                       |                              | X                            | Atlas de los Determinantes Sociales de la Salud en España 2019   |
|                        |                       |                              | X                            | Análisis de dominios “no core” en los informes de HTA  |

## Plan de salud



## Estrategia de salud



## Observatorios



## Otros documentos



# 7. Referencias

1. Observatorio del Cáncer. Impacto del cáncer en España: Una aproximación a la inequidad y los determinantes sociales Febrero 2022. [https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Impacto%20del%20cancer%202022\\_.pdf](https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Impacto%20del%20cancer%202022_.pdf) Accedido Julio 2022.
2. Yu Z, Yang X, Guo Y, Bian J, Wu Y. Assessing the Documentation of Social Determinants of Health for Lung Cancer Patients in Clinical Narratives. *Front Public Health*. 2022;10:778463.
3. Akushevich I, Kravchenko J, Akushevich L, Ukraintseva S, Arbeev K, Yashin A. Cancer Risk and Behavioral Factors, Comorbidities, and Functional Status in the US Elderly Population. *ISRN Oncol*. 2011;2011:415790.
4. Hiatt RA, Breen N. The social determinants of cancer: a challenge for transdisciplinary science. *Am J Prev Med*. 2008;35(2 Suppl):S141-150.
5. Matthews AK, Breen E, Kittiteerasack P. Social Determinants of LGBT Cancer Health Inequities. *Semin Oncol Nurs*. 2018;34(1):12-20.
6. Gerend MA, Pai M. Social determinants of Black-White disparities in breast cancer mortality: a review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2008;17(11):2913-2923.
7. Pilleron S, Gower H, Janssen-Heijnen M, et al. Patterns of age disparities in colon and lung cancer survival: a systematic narrative literature review. *BMJ Open*. 2021;11(3):e044239.
8. Ryan BM. Lung cancer health disparities. *Carcinogenesis*. 2018;39(6):741-751.
9. Fuentes N, Silva Rodriguez M, Silveyra P. Role of sex hormones in lung cancer. *Exp Biol Med (Maywood)*. 2021;246(19):2098-2110.
10. Malhotra J, Malvezzi M, Negri E, La Vecchia C, Boffetta P. Risk factors for lung cancer worldwide. *Eur Respir J*. 2016;48(3):889-902.
11. Mederos N, Friedlaender A, Peters S, Addeo A. Gender-specific aspects of epidemiology, molecular genetics and outcome: lung cancer. *ESMO Open*. 2020;5(Suppl 4):e000796.
12. Wu Y, Zhu PZ, Chen YQ, Chen J, Xu L, Zhang H. Relationship between marital status and survival in patients with lung adenocarcinoma: A SEER-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(1):e28492.
13. Xu G, Cui P, Zhang C, et al. Racial disparities in bone metastasis patterns and targeted screening and treatment strategies in newly diagnosed lung cancer patients. *Ethn Health*. 2022;27(2):329-342.
14. World Health Organization. Health Systems. Equity <https://www.who.int/health-topics/health-equity>. Accedido Julio, 2022.
15. Rodés, J., Piqué, J. M., & Trilla, A. (2007). Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA. Fundacion BBVA Accessed.
16. Franczyk B, Rysz J, Gluba-Brzózka A. Pharmacogenetics of Drugs Used in the Treatment of Cancers. *Genes (Basel)*. 2022;13(2).
17. Lin YS, Thummel KE, Thompson BD, Totah RA, Cho CW. Sources of Interindividual Variability. *Methods Mol Biol*. 2021;2342:481-550.
18. Ruiz Álvarez M, Aginagalde Llorente AH, Del Llano Señarís JE. [Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.]. *Rev Esp Salud Publica*. 2022;96.
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015. [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Politicas\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf) Accedido Septiembre 2022. Accessed.
20. Zhou K, Shi H, Chen R, et al. Association of Race, Socioeconomic Factors, and Treatment Characteristics With Overall Survival in Patients With Limited-Stage Small Cell Lung Cancer. *JAMA Netw Open*. 2021;4(1):e2032276.
21. Elstad JI, Torstensrud R, Lyngstad TH, Kravdal O. Trends in educational inequalities in mortality, seven types of cancers, Norway 1971-2002. *Eur J Public Health*. 2012;22(6):771-776.
22. Caleyachetty R, Tehranifar P, Genkinger JM, Echouffo-Tcheugui JB, Muennig P. Cumulative social risk exposure and risk of cancer mortality in adulthood. *BMC Cancer*. 2015;15:945.
23. Khullar OV, Gillespie T, Nickleach DC, et al. Socioeconomic risk factors for long-term mortality after pulmonary resection for lung cancer: an analysis of more than 90,000 patients from the National Cancer Data Base. *J Am Coll Surg*. 2015;220(2):156-168.e154.
24. Cheng E, Soulos PR, Irwin ML, et al. Neighborhood and Individual Socioeconomic Disadvantage and Survival Among Patients With Nonmetastatic Common Cancers. *JAMA Netw Open*. 2021;4(12):e2139593.
25. Singh GK, Siahpush M. Widening rural-urban disparities in life expectancy, U.S., 1969-2009. *Am J Prev Med*. 2014;46(2):e19-29.
26. Forrest LF, Adams J, Rubin G, White M. The role of receipt and timeliness of treatment in socioeconomic inequalities in lung cancer survival: population-based, data-linkage study. *Thorax*. 2015;70(2):138-145.
27. Panczak R, Galobardes B, Voorpostel M, Spoerri A, Zwahlen M, Egger M. A Swiss neighbourhood index of socioeconomic position: development and association with mortality. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(12):1129-1136.
28. Cheung MR. Under-use of radiotherapy in stage III bronchioalveolar lung cancer and socio-economic disparities in cause specific survival: a population study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(9):4091-4094.
29. Caposole MZ, Miller K, Kim JN, Steward NA, Bauer TL. Elimination of socioeconomic and racial disparities related to lung cancer: closing the gap at a high volume community cancer center. *Surg Oncol*. 2014;23(2):46-52.
30. Yorio JT, Yan J, Xie Y, Gerber DE. Socioeconomic disparities in lung cancer treatment and outcomes persist within a single academic medical center. *Clin Lung Cancer*. 2012;13(6):448-457.
31. Erhunmwunsee L, Joshi MB, Conlon DH, Harpole DH, Jr. Neighborhood-level socioeconomic determinants impact outcomes in nonsmall cell lung cancer patients in the Southeastern United States. *Cancer*. 2012;118(20):5117-5123.
32. Yu XQ, Yap ML, Cheng ES, et al. Evaluating Prognostic Factors for Sex Differences in Lung Cancer Survival: Findings From a Large Australian Cohort. *J Thorac Oncol*. 2022;17(5):688-699.
33. Ellis L, Coleman MP, Rachet B. The impact of life tables adjusted for smoking on the socio-economic difference in net survival for laryngeal and lung cancer. *Br J Cancer*. 2014;111(1):195-202.
34. Cambra K, Martínez-Rueda T, Alonso-Fustel E, et al. Association of proximity to polluting industries, deprivation and mortality in small areas of the Basque Country (Spain). *Eur J Public Health*. 2013;23(1):171-176.

35. Backhus LM, Hayanga AJ, Au D, Zeliadt SB. The effect of provider density on lung cancer survival among blacks and whites in the United States. *J Thorac Oncol.* 2013;8(5):549-553.
36. Saeed AM, Toonkel R, Glassberg MK, et al. The influence of Hispanic ethnicity on nonsmall cell lung cancer histology and patient survival: an analysis of the Survival, Epidemiology, and End Results database. *Cancer.* 2012;118(18):4495-4501.
37. Rodriguez Alvarez AA, Yuming S, Kothari J, et al. Sex disparities in lung cancer survival rates based on screening status. *Lung Cancer.* 2022;171:115-120.
38. Ahn DH, Mehta N, Yorio JT, Xie Y, Yan J, Gerber DE. Influence of medical comorbidities on the presentation and outcomes of stage I-III non-small-cell lung cancer. *Clin Lung Cancer.* 2013;14(6):644-650.
39. Bayón Yusta JC, Gutiérrez Iglesias A, Galnares-Cordero L, Gutiérrez-Ibarluzea I. Proyecto metodológico. Síntesis de información relevante de apoyo a los MCDA (análisis de decisión multicriterio) para la toma de decisiones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2019. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.
40. CADTH Optimal Use Reports. In: *Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy for Major Depressive Disorder and Anxiety Disorders: Patients' Perspectives and Experiences, Implementation, and Ethical Issues.* Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health Copyright © 2019 Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.; 2019.
41. Baker R, Mason H, McHugh N, Donaldson C. Public values and plurality in health priority setting: What to do when people disagree and why we should care about reasons as well as choices. *Soc Sci Med.* 2021;277:113892.
42. Benkhalti M, Espinoza M, Cookson R, Welch V, Tugwell P, Dagenais P. Development of a checklist to guide equity considerations in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care.* 2021;37:e17.
43. Denburg AE, Giacomini M, Ungar W, Abelson J. Ethical and Social Values for Paediatric Health Technology Assessment and Drug Policy. *Int J Health Policy Manag.* 2022;11(3):374-382.
44. Ekmekci PE, Güner MD. Evaluation of Ethical Analyses in Seven Reports from the European Network for Health Technology Assessment. *Int J Technol Assess Health Care.* 2019;35(4):273-279.
45. Frutos Pérez-Surio A, Gimeno-Gracia M, Alcácer López MA, Sagredo Samanes MA, Pardo Jario MDP, Salvador Gómez MDT. Systematic review for the development of a pharmaceutical and medical products prioritization framework. *J Pharm Policy Pract.* 2019;12:21.
46. Gagnon H, Legault GA, Bellemare CA, et al. How does HTA addresses current social expectations? An international survey. *Int J Technol Assess Health Care.* 2020;37:e9.
47. García-León FJ. [Ethics in health technology assessment. Review]. *J Healthc Qual Res.* 2019;34(1):20-28.
48. Ghijben P, Gu Y, Lancsar E, Zavarsek S. Revealed and Stated Preferences of Decision Makers for Priority Setting in Health Technology Assessment: A Systematic Review. *Pharmacoeconomics.* 2018;36(3):323-340.
49. Grad R, Thombs BD, Tonelli M, et al. Recommendations on hepatitis C screening for adults. *Cmaj.* 2017;189(16):E594-e604.
50. Hoch JS, Trenaman L, Hearney SM, Dewa CS. How Economic Decision Modeling Can Facilitate Health Equity. *AMA J Ethics.* 2021;23(8):E624-630.
51. Hofmann B, Bond K, Sandman L. Evaluating facts and facting evaluations: On the fact-value relationship in HTA. *J Eval Clin Pract.* 2018;24(5):957-965.
52. Howdon DDH, Lomas JRS, Paulden M. Implications of Nonmarginal Budgetary Impacts in Health Technology Assessment: A Conceptual Model. *Value Health.* 2019;22(8):891-897.
53. Kan K, Jörg F, Lokkerbol J, et al. More than cost-effectiveness? Applying a second-stage filter to improve policy decision making. *Health Expect.* 2021;24(4):1413-1423.
54. Lakdawalla DN, Doshi JA, Garrison LP, Jr., Phelps CE, Basu A, Danzon PM. Defining Elements of Value in Health Care-A Health Economics Approach: An ISPOR Special Task Force Report [3]. *Value Health.* 2018;21(2):131-139.
55. Legault GA, Gagnon H, Parent M, et al. Integration of ethical considerations into HTA reports: an analysis of integration levels using a systematic review. *Int J Technol Assess Health Care.* 2021;37(1):e61.
56. Morgan RL, Kelley L, Guyatt GH, Johnson A, Lavis JN. Decision-making frameworks and considerations for informing coverage decisions for healthcare interventions: a critical interpretive synthesis. *J Clin Epidemiol.* 2018;94:143-150.
57. O'Flaherty M, Lloyd-Williams F, Capewell S, et al. Modelling tool to support decision-making in the NHS Health Check programme: workshops, systematic review and co-production with users. *Health Technol Assess.* 2021;25(35):1-234.
58. O'Keefe-Markman C, Lea KD, McCabe C, Hyshka E, Bubela T. Social values for health technology assessment in Canada: a scoping review of hepatitis C screening, diagnosis and treatment. *BMC Public Health.* 2020;20(1):89.
59. Otto I, Kahrass H, Mertz M. "Same same but different"? On the questionable but crucial differentiation between ethical and social aspects in health technology assessment. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2021;164:1-10.
60. Paulden M, McCabe C. Modifying NICE's Approach to Equity Weighting. *Pharmacoeconomics.* 2021;39(2):147-160.
61. Phelps CE, Lakdawalla DN, Basu A, Drummond MF, Towse A, Danzon PM. Approaches to Aggregation and Decision Making-A Health Economics Approach: An ISPOR Special Task Force Report [5]. *Value Health.* 2018;21(2):146-154.
62. Raspe H, Friedrich DR, Harney A, Huster S, Schoene-Seifert B. [Medical Methods: What Makes them Necessary? Part I: Medical Methods, medical Necessity and its Main Criteria]. *Gesundheitswesen.* 2019;81(11):933-944.
63. Rawson NS, Adams J. Do reimbursement recommendation processes used by government drug plans in Canada adhere to good governance principles? *Clinicoecon Outcomes Res.* 2017;9:721-730.
64. Rehfuss EA, Stratil JM, Scheel IB, Portela A, Norris SL, Baltussen R. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Glob Health.* 2019;4(Suppl 1):e000844.
65. Ruggeri M, Drago C, Cadeddu C, Armuzzi A, Leone S, Marchetti M. The Determinants of Out-of-Pocket Expenditure in IBD Italian Patients. Results from the AMICI Survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(21).
66. Skedgel C, Henderson N, Towse A, Mott D, Green C. Considering Severity in Health Technology Assessment: Can We Do Better? *Value Health.* 2022.
67. Stratil JM, Baltussen R, Scheel I, Nacken A, Rehfuss EA. Development of the WHO-INTEGRATE evidence-to-decision framework: an overview of systematic reviews of decision criteria for health decision-making. *Cost Eff Resour Alloc.* 2020;18:8.
68. Walter E. Introduction and Overview. *Recent Results Cancer Res.* 2019;213:1-5.
69. Yuasa A, Yonemoto N, Demiya S, Foellscher C, Ikeda S. Investigation of Factors Considered by Health Technology Assessment Agencies in Eight Countries. *Pharmacoecon Open.* 2021;5(1):57-69.

70. NICE The National Institute for Health and Care Excellence <https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases>. Published 2021. Accessed Julio, 2022.
71. CADTH Canada's drug and health technology agency <https://www.cadth.ca/>. Published 2021. Accessed Agosto, 2022.
72. Scottish Medicines Consortium (SMC) <https://www.scottishmedicines.org.uk/medicines-advice/>. Published 2022. Accessed Agosto, 2022.
73. Asistenciales CdSdGAdCSCdISDGDp. PLAN DE SALUD MENTAL DE CANARIAS 2019-2023. In:2019.
74. León JdCy. IV Plan de Salud de Castilla y León Perspectiva 2020. In. Ernesto Mitre ed: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. 2016; 2016.
75. Sanidad CLMCd. PLAN DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA. 2021.
76. Salut GdCDd. Pla de salut de Catalunya 2021-2025. In: Salut Dd, ed. Direcció General de Planificació en Salut ed2021.
77. Pública GVCdSUIs. IV Plan De Salud De La Comunitat Valenciana (2016-2020). In:2016.
78. 2030 DdSGdA. Plan de Salud d Aragón. In:2018.
79. Salud GdNDd. Plan de Salud Pública 2016 - 2020. In: Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN); 2016.
80. Salud AdICAdPVDD. Políticas de Salud para Euskadi 2013 - 2020. In: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2014.
81. Saúde CAdCySGd. Estrategia Sergas 2020. In: Xunta de Galicia; 2016.
82. Dirección General de Planificación FyCSyS. Estrategia de Salud Comunitaria de Extremadura. In: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales 2022.
83. Familias ACdSy. Plan estratégico de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía In:2019:123.
84. Aragón Gd. Consejo Asesor de Atención a la Salud de la Mujer. <https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/participacion/participacion-en-salud/consejo-asesor-de-atencion-a-la-salud-de-la-mujer>. Published 2021. Accessed Septiembre, 2021.
85. Govern illes balears direcció general de participació tyv. La Estrategia Social de Promoción de la Salud de las Illes Balears 2016-2026. [https://www.caib.es/sites/plansiprogrames/es/n/la\\_estrategia\\_social\\_de\\_promocion\\_de\\_la\\_salud\\_de\\_las\\_illes\\_balears\\_2016-2026/](https://www.caib.es/sites/plansiprogrames/es/n/la_estrategia_social_de_promocion_de_la_salud_de_las_illes_balears_2016-2026/). Published 2016. Accessed Septiembre, 2021.
86. Pública GVCdSUyS. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunitat Valenciana 2017-2021. <https://www.san.gva.es/es/web/igualdad/estrategia-de-salut-sexual-i-reproductiva>. Published 2021. Accessed Septiembre, 2021.
87. Socials DdSiDdD. Atenció integrada social i sanitària. <https://salutweb.gencat.cat/ca/site/aiss/inici/>. Published 2021. Accessed Septiembre, 2021.
88. Salud SMd. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2016-2019>. Published 2021. Accessed Septiembre, 2021.
89. Salud. XdGCdS-SGd. Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad. In. Santiago de Compostela2018.
90. Salud CIdSNd. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. In:2021.
91. Salud CIdSNd. Estrategia en cáncer del sistema nacional de salud. In:2021.
92. Sanidad DGdSPGdPdACd. Observatorio de Salud en Asturias. In:2021.
93. Cantabria CdSdGd. Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC) Fundación Marques de Valdecilla (FMV). <https://fmvaldecilla.es/unidad/observatorio-de-salud-publica-de-cantabria/>. Published 2021. Accessed Septiembre, 2021.
94. Valenciana DGdSPG. Observatorio Valenciano de Salud. <https://www.sp.san.gva.es/sscc/opciones4.jsp?CodPunto=3707&Opcion=SANMSOVS1&MenuSup=SANMS&Nivel=2>. Published 2021. Accessed Septiembre, 2021.
95. Navarra Gd. Observatorio de salud comunitaria de navarra. [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Observatorio+de+Salud+Comunitaria+de+Navarra/](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Observatorio+de+Salud+Comunitaria+de+Navarra/). Published 2021. Accessed Septiembre, 2021.
96. UPV/EHU GdIdl. Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico (Opik) <https://www.ehu.es/es/web/opik/aurkezpena#:~:text=Opik%20se%20dedica%20fundamentalmente%20a,la%20mejora%20de%20la%20salud>. Published 2021. Accessed Septiembre, 2021.
97. Consejería de Salud y Familias A. Estrategia para la seguridad del paciente. In. Sevilla2019:123.
98. Vasco DdSdG. Salud poblacional - osagin. <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/salud-poblacional/inicio/>. Published 2021. Accessed Septiembre, 2021.
99. European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) <https://www.eunetha.eu/hta-core-model/> Published 2022. Accessed Julio, 2022.
100. NICE. The National Institute for Health and Care Excellence [www.nice.org.uk/process/pmg36](http://www.nice.org.uk/process/pmg36). [www.nice.org.uk/process/pmg36](http://www.nice.org.uk/process/pmg36). Published 2022. Accessed Julio, 2022.
101. NICE. The National Institute for Health and Care Excellence <https://www.nice.org.uk/guidance/ta770>. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta770>. Published 2022. Accessed Julio, 2022.
102. NICE. The National Institute for Health and Care Excellence <https://www.nice.org.uk/guidance/ta787>. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta787> Published 2022. Accessed Julio, 2022.
103. NICE. The National Institute for Health and Care Excellence <https://www.nice.org.uk/guidance/ta796>. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta796>. Published 2022. Accessed Julio, 2022.
104. NICE. The National Institute for Health and Care Excellence <https://www.nice.org.uk/guidance/ta805>. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta805>. Published 2022. Accessed Julio, 2022.
105. NICE. The National Institute for Health and Care Excellence <https://www.nice.org.uk/advice/mib298>. <https://www.nice.org.uk/advice/mib298>. Published 2022. Accessed Septiembre, 2022.
106. CADTH. Proton Beam Therapy for the Treatment of Cancer in Children and Adults: A Health Technology Assessment. 2017(145):210.
107. Hui D, Loshak H. Pre-Surgical Screening Tools and Risk Factors for Chronic Post-Surgical Pain. 2022;2(5):63.



