

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Prácticas actuales del personal de salud y aplicabilidad del conjunto de herramientas CLEAR para abordar los determinantes sociales de la salud: un estudio descriptivo transversal en Pakistán

Existing practices of health workers and feasibility for implementation of the CLEAR Toolkit to address the Social Determinants of Health: A descriptive cross-sectional study in Pakistan

Syed Babar Ali. Department of Public Health, Institute of Social and Cultural Studies, University of the Punjab, Pakistan. Email: babarali20@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0006-6527-7475>

Javeria Saleem. Department of Public Health, Institute of Social and Cultural Studies, University of the Punjab, Pakistan. Email: javeria.hasan@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4295-7057>

Muhammad Ishaq. Department of Sociology, Institute of Social and Cultural Studies, University of the Punjab, Pakistan. Email: ishaq.iscs@pu.edu.pk, <https://orcid.org/0000-0001-5699-1737>

Sohail Mahmood Khan. QAHE Business School-Ulster University Partnership Program, United Kingdom. Email: s.khan@ulster.ac.uk, <https://orcid.org/0009-0000-2066-9279>

Recibido: 4 de diciembre de 2023.

Aceptado: 28 de junio de 2024.

Conflictos de intereses: ninguno.

Resumen

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones bajo las que las personas nacen, se desarrollan, viven y trabajan. Estas condiciones se crean mediante la distribución de la riqueza, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. Los DSS suelen ser responsables de las desigualdades sanitarias y de las variaciones desequilibradas y evitables del estado de salud que se observan dentro de los países y entre ellos. Este estudio se enfoca en explorar las prácticas actuales del personal sanitario para abordar los DSS y la viabilidad de aplicar un conjunto de herramientas de *Community Links Evidence to Action Research* (Evidencia a la Acción: Estudios dentro de la Comunidad Profesional, CLEAR) diseñadas para facilitar las decisiones clínicas, que apoyan a médicos, enfermeros y demás personal sanitario afín en abordar las causas sociales de la mala salud en la práctica clínica.

Palabras clave: Determinantes sociales de la salud, conjunto de herramientas CLEAR, profesionales de la salud

Abstract

The social determinants of health (SDH) are the conditions in which people are born, develop, live, and work. These conditions are made by disseminating wealth, power and resources at universal, nationwide and local levels. SDH are commonly accountable for health inequalities, and the imbalanced and preventable variances in health status observed within and among countries. The study focuses on exploring existing practices of healthcare workers in addressing SDH, and feasibility for implementing a Community Links Evidence to Action Research (CLEAR) toolkit designed to assist clinical decisions, which helps doctors, nurses, and other allied health personnel tackle the social causes of poor health in clinical practice.

Key Words: Social determinants of health, CLEAR toolkit, health care workers



Introducción

La salud es "un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"[1]. Según la definición de la OMS, el bienestar mental y social son los principales componentes de la salud; sin bienestar mental y social, no se puede estar sano. "Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, se desarrollan, viven y trabajan"[2]. Estas condiciones se crean mediante la distribución de la riqueza, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local[3,4]. Los DSS suelen ser responsables de las desigualdades sanitarias y de las variaciones desequilibradas y evitables del estado de salud que se observan dentro de cada país y entre ellos[5]. El estudio se centra en la aplicación del conjunto de herramientas *CLEAR*, que es una herramienta de apoyo para la toma de decisiones clínicas, que ayuda a médicos, enfermeros y demás personal sanitario a abordar las causas sociales de la mala salud en la práctica clínica [4,5].

La comprensión de los DSS ha cobrado impulso en las últimas décadas, arrojando luz sobre la compleja interacción de diversos factores que afectan a la salud[6,7,8]. Una de las obras inspiradoras que llamó la atención sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud es el informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, titulado "Cerrar la brecha en una generación: La equidad sanitaria mediante la acción sobre los determinantes sociales de la salud". Este informe hace hincapié en abordar las desigualdades sociales y económicas para lograr la equidad sanitaria. Subraya que para mejorar los resultados sanitarios es preciso abordar las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen[8].

Diversos trabajos de investigación e informes han explorado las intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud. El informe "*Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*"¹ subraya además la necesidad de actuar para abordar los determinantes sociales y crear una sociedad más justa para mejorar los resultados sanitarios[9]. Además, el marco conceptual propuesto por Solar e Irwin en su documento "A

Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health"² orienta sobre cómo plantear intervenciones y políticas para abordar eficazmente los determinantes sociales[10].

Numerosos estudios han explorado la asociación entre los determinantes sociales y su expresión sobre la realidad de la salud, demostrando cómo las disparidades en las condiciones sociales pueden conducir a situaciones de salud desiguales[11,12]. Por lo tanto, los esfuerzos para abordar los determinantes sociales de la salud han dado lugar a diversas intervenciones y políticas destinadas a reducir las disparidades sociales para promover la equidad sanitaria[10,13].

En conclusión, los determinantes sociales de la salud se han convertido en un campo de investigación crucial que arroja luz sobre la interacción de factores no médicos que influyen significativamente sobre los niveles de salud. Comprender y abordar estos determinantes es vital para promover la salud igualitaria y reducir disparidades en la salud de las poblaciones. La presente investigación desde la perspectiva de los DSS ha demostrado la viabilidad de implementar sistemas de evaluación para identificar las necesidades sociales de los pacientes, lo que se traduce en una mayor facilidad para la práctica de los proveedores; sin embargo, varias lagunas en la literatura justifican una mayor investigación. Por lo tanto, este estudio exploró las prácticas existentes de los trabajadores sanitarios para abordar los determinantes sociales en Pakistán. Además, este estudio examinó la eficacia del conjunto de herramientas *CLEAR*, en un hospital universitario de atención terciaria en Mardan, Khyber Pakhtunkhwa, Pakistán.

Metodologías

El estudio se llevó a cabo en el Complejo Hospital - Instituto de Educación Médica (MTI-MMC), un hospital universitario de Mardan con 500 camas. Se empleó un enfoque descriptivo transversal. La encuesta consistió en cuestionarios estructurados administrados a trabajadores del sector salud por entrevistadores formados para recabar información y datos que indagaran y abordaran sobre el enfoque de los DSS en sus prácticas clínicas rutinarias. La encuesta también recogió las opiniones de estos trabajadores sobre el uso del

¹Sociedad Justa, Vidas Saludables

²Un Marco Conceptual para Políticas Dirigidas a los Determinantes Sociales de Salud

conjunto de herramientas *CLEAR* en su práctica clínica. Este estudio contó con la aprobación ética de la Junta de Revisión Institucional (IRB) del MTI-MMC y de la Universidad del Punjab, incluyó a médicos y enfermeras que participaban directamente en la atención a los pacientes. Se incluyó en el estudio a un total de 115 profesionales de la salud, que resulta representativo para el tamaño de esta población en el hospital MMC. Actualmente, hay 487 trabajadores de la salud en el Hospital MMC (250 médicos y 237 enfermeras). Sobre la base de esta población total, el tamaño de la muestra fue de 115 encuestados para obtener un margen de error del 8% con un nivel de confianza del 95%. La fórmula utilizada para calcular el tamaño de la muestra se indica a continuación.

$$n = \frac{\frac{z^2 p(1-p)}{e^2}}{1 + \frac{z^2 p(1-p)}{e^2 N}}$$

Donde z es el valor de la puntuación z en el IC del 95% (1.96), p es la proporción de la población (0.5), e es el margen de error (0.08), N es el tamaño de la población (487), y n es el tamaño de la muestra que se calcula como 115. Se utilizó una técnica de muestreo por conglomerados de una etapa para inscribir a los profesionales sanitarios en el estudio. Se obtuvo el consentimiento de cada participante antes de la entrevista.

Los datos se analizaron con el programa

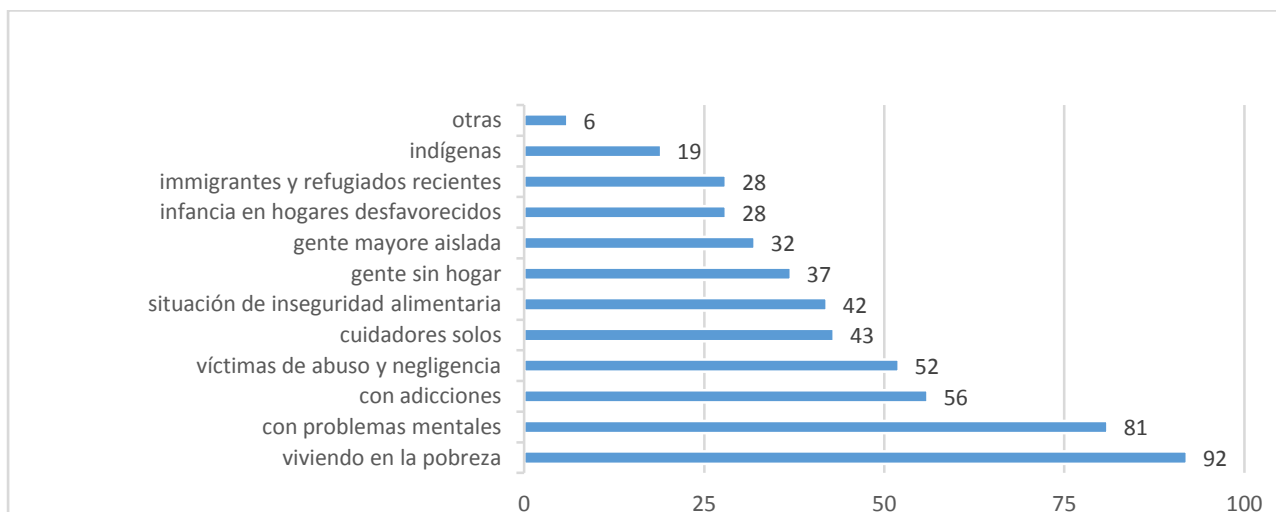
informático SPersonal de saludS, versión 23. Se calcularon frecuencias y porcentajes para variables cualitativas como el sexo, la educación y la duración de la experiencia. Como variables cuantitativas se utilizaron la media y la desviación estándar (DE). La distribución de las variables cuantitativas se comprobó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Asociación bivariada entre los Personal de salud que tienen formas específicas de preguntar sobre la vulnerabilidad del paciente y quién ayuda a sus pacientes a abordar los DSS. Se consideró un intervalo de confianza del 95% cuando el valor P era < 0.05 .

Resultados

De los 115 trabajadores de la salud que participaron en la encuesta, la tasa de respuesta varió en función de las preguntas. La edad media de los participantes fue de 27.625 ± 6.18 años. Del total de participantes, la mayoría eran varones (72/115, 62%), médicos (61/115, 52.2%) seguidos de enfermeros (38/115, 32%) y 104 (90.4%) tenían ≤ 5 años de experiencia.

Cuando se preguntó a los especialistas en salud sobre su implicación en la atención a pacientes con uno o más determinantes sociales de la salud (DSS), éstos identificaron la pobreza (80%), la salud mental (70%), el abuso de sustancias (49%) y las víctimas de malos tratos y abandono (45%). La figura 1 muestra los DSS identificados.

Figura: 1 Personal de salud que ha atendido alguna vez a pacientes vulnerables en la práctica clínica



También se pidió a los profesionales sanitarios que describieran a un paciente vulnerable al que hubieran atendido. Estos pacientes solían presentar múltiples vulnerabilidades superpuestas, como desempleo, problemas económicos, problemas legales, dificultades para el cuidado de los hijos, adicciones, problemas de salud mental, relaciones abusivas y experiencias de discriminación. Los detalles de estos pacientes se presentan en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Pacientes vulnerables atendidos por médicos de familia y residentes

- Chica soltera con problemas de salud mental debido al acoso físico de sus compañeros varones
- Una pareja pobre infectada me fue remitida para tratamiento; aunque la pareja podría haberse involucrado con la reproducción asistida, la pareja optó por adoptar un bebé.
- Paciente con gastos sanitarios inasequibles debido a la pobreza, procedimientos caros e y pruebas no realizadas para su enfermedad compleja.
- Un varón ingresó con antecedentes de hipertensión y SOB, fue diagnosticado hace cuatro años, pero no tomaba medicamentos por falta de poder adquisitivo y, además, era indigente.
- A una mujer con depresión debido a las restricciones familiares a su formación, no se le permitieron más estudios.
- Un paciente varón tenía problemas sociales (sin trabajo) y estaba deprimido, lo que se traducía en un mal estado de salud.
- Una niña incurrió en sobredosis de antidepresivos por problemas domésticos y sociales complejos
- Un adulto mayor con discapacidad me contó mientras le tomaba el historial que había estado aislado y desatendido, debido a lo cual sus problemas de salud empeoraron.
- Mujer de 50 años con múltiples problemas de salud, es viuda con tres hijos y depende de su hermano.
- Paciente maltratada que intenta suicidarse comiendo pastillas de trigo

El personal sanitario pregunta y actúa sobre los determinantes sociales

La mayoría de las y los encuestados está de acuerdo en que es función del personal de salud abordar los problemas sociales

subyacentes de sus pacientes (n=75/115, 67.6%). Casi el mismo porcentaje (n=71/115, 61.7%) reportó haber desarrollado formas específicas de preguntar a sus pacientes sobre temas potencialmente delicados (Cuadro 2), como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la violencia familiar y otras condiciones sociales que pueden provocar o agravar problemas de salud.

Cuadro 2. Ejemplos de cómo el personal sanitario pregunta a los pacientes sobre los determinantes sociales de la salud

- ¿Trabaja usted o su marido?
- ¿Es su salario suficiente para cubrir sus necesidades y las de tu familia?
- ¿Cuántos miembros dependientes tiene su familia?
- ¿Cuáles son sus hábitos alimentarios?
- ¿Come fruta, carne y leche a diario?
- ¿Puede tomar este medicamento durante un mes por 1000 rupias?
- ¿Te apoya tu marido o tu familia?
- ¿Se sientan todos los miembros de la familia juntos a comer o cenar?

Un hallazgo significativo de este estudio, como se muestra en la Tabla 3, es que los trabajadores sanitarios que emplean enfoques específicos para indagar sobre los determinantes sociales de la mala salud informan de una mayor probabilidad de ayudar con éxito a sus pacientes a abordar estas cuestiones.

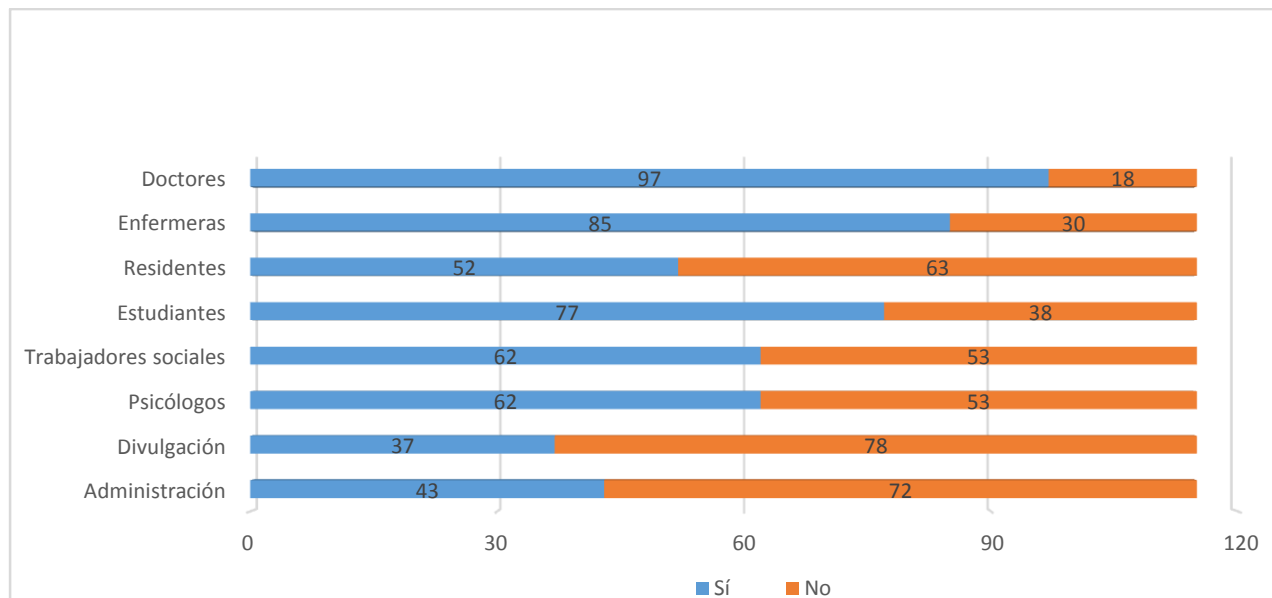
La mayoría de los profesionales sanitarios de este estudio (n=75/115) coincidieron en que es parte de su función abordar los determinantes sociales de la salud. Reconocieron la importancia de abordar estos factores sociales para mejorar los resultados sanitarios. Además, la mayoría de los profesionales sanitarios (n=82/115) manifestaron su interés por recibir un curso o formación sobre cómo abordar eficazmente los determinantes sociales de la salud. Esto pone de manifiesto su voluntad de mejorar sus conocimientos y habilidades para servir mejor a sus pacientes y comunidades.

Cuadro 3. Asociación bivariada entre el personal de salud que tiene formas específicas de preguntar por la vulnerabilidad del paciente y el que atiende a población vulnerable

¿Tiene formas específicas de preguntar a los pacientes sobre temas potencialmente delicados como la pobreza, el racismo estructural, la inseguridad alimentaria, la violencia familiar, etc.?	Al atender a pacientes vulnerables o marginados, ¿hubo algo que dijera o hiciera que considerara especialmente útil para estos pacientes?			Total	Valor P	
	Sí	No	Inseguro			
		51	10	8	69	.011
		12	10	8	30	
	10	2	4	16		
Total	73	22	20	115		

- a. Dos celdas (22.2%) tenían un recuento esperado inferior a 5. El recuento mínimo esperado es de 2.48.
- b. La estadística estandarizada es 2,171
- c. El valor p de la prueba exacta de Fisher es inferior a 0.05.

Figura 2. Primera impresión del personal sanitario sobre el conjunto de herramientas CLEAR



Impresión del personal sanitario sobre el conjunto de herramientas CLEAR

Al observar las respuestas de los profesionales sanitarios, la mayoría de los encuestados tenían una percepción positiva del conjunto de herramientas CLEAR. Determinaron que el conjunto de herramientas CLEAR está redactado con claridad (92%, n=115), es fácil de entender (83.8%, n=115) y es pertinente para su trabajo (90.3%, n=115), como se muestra en la Figura 2. Además, los encuestados coincidieron en que la aplicación del conjunto de herramientas CLEAR

tiene el potencial de abordar eficazmente los factores sociales que afectan a los resultados sanitarios de los pacientes. También expresaron que el conjunto de herramientas puede ayudar a abordar las causas sociales de la mala salud (88.6%, N=115), y muchos coincidieron en que cambiarían su forma de ejercer. Además, el conjunto de herramientas les inspiró para emprender acciones sociales de mayor envergadura relacionadas con los determinantes sociales de la salud.

La mayoría de los encuestados estaba de acuerdo en que el conjunto de herramientas CLEAR se

distribuyera a diversos profesionales y estudiantes sanitarios. Los destinatarios más comunes del juego de herramientas fueron los médicos (97, 83.3%) y las enfermeras (85, 73.9%), mientras que los menos comunes fueron los trabajadores de divulgación (37, 32%), como se ilustra en la Figura 3.

Debate

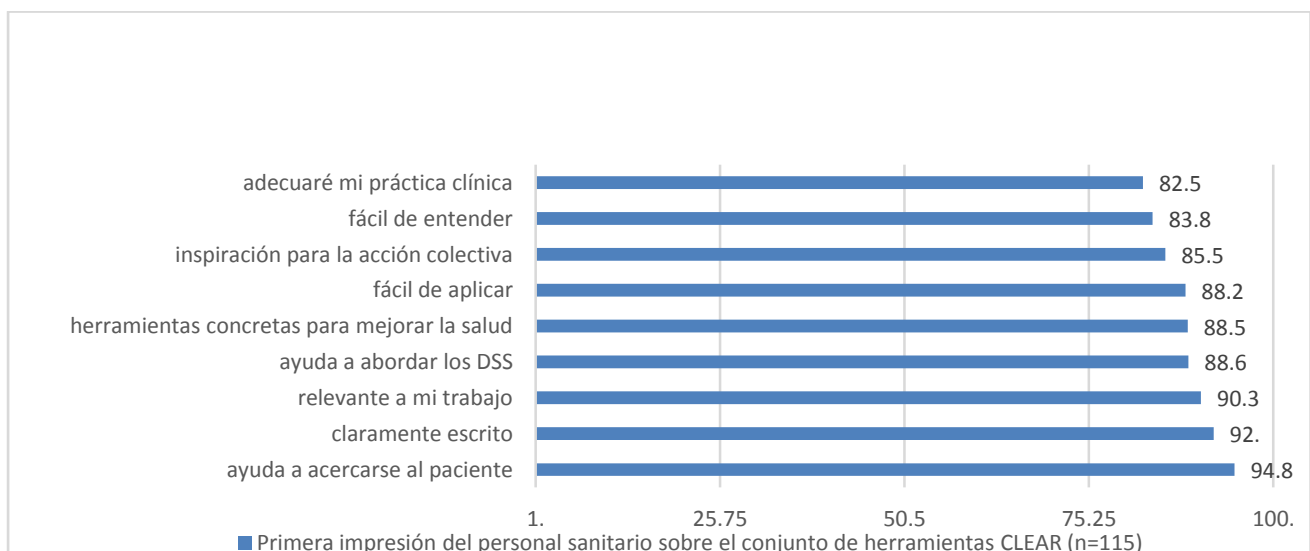
Los hallazgos iniciales de este estudio especifican que los trabajadores sanitarios de primera línea consideran a varios grupos de pacientes como socialmente más vulnerables que otros, incluidos los pacientes en pobreza, con problemas de salud mental, en abuso de sustancias y quienes fueron víctimas de abuso, aislamiento y negligencia como DSS. Las investigaciones disponibles validan la identificación de categorías similares de poblaciones socialmente vulnerables [3,14,15].

Considerar las vulnerabilidades sociales de los pacientes para optimizar su estado de salud es de gran importancia, ya que las investigaciones indican que la susceptibilidad y la exposición a diversas vulnerabilidades, como la violencia doméstica y el maltrato, afectan significativamente el bienestar mental de las personas, lo que corrobora y refuerza los resultados revelados por el presente estudio[16,17]. Paralelamente, de

estudios anteriores también se desprende que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental, social y espiritual (OMS, 1948), en el que todas las dimensiones de la salud están interrelacionadas. Portanto, debe prestarse máxima atención a la resolución de los DSS.

Cuando se preguntó a los trabajadores de la salud sobre su responsabilidad a la hora de abordar los problemas sociales de sus pacientes, la mayoría de los trabajadores sanitarios estuvieron de acuerdo en que es su función y responsabilidad social abordar y responder adecuadamente a los DSS relacionados con sus pacientes (65.2%). Los estudios realizados anteriormente también señalan que los profesionales sanitarios consideran que preguntar y actuar en relación con los DSS es responsabilidad de los profesionales sanitarios[4,5,17]. La literatura sugiere que los esfuerzos adicionales de los trabajadores sanitarios para ir más allá del tratamiento médico y proporcionar apoyo integral a los pacientes para abordar su salud física y su bienestar emocional, financiero y social aportan resultados positivos[18]. Destaca el papel esencial que desempeñan los trabajadores sanitarios en el fomento de una cultura de atención y empatía mediante la asistencia a los pacientes a través del apoyo organizativo.

Figura 3. ¿Quién debe recibir el kit de herramientas CLEAR?



Estudios anteriores han demostrado que los trabajadores sanitarios que se comprometen activamente a ayudar a sus pacientes vulnerables han empleado diversos enfoques [3,19,20]. Abordar estas barreras socioculturales requiere un enfoque multifacético que implica una prestación de asistencia sanitaria culturalmente sensible, la participación de la comunidad, educación y cambios en las políticas públicas. Los sistemas sanitarios deben esforzarse por comprender y respetar diversas perspectivas culturales, adaptar las intervenciones al contexto cultural y promover la equidad sanitaria para todos los pacientes. Esto podría implicar la formación de los profesionales sanitarios en competencias culturales, la prestación de servicios de interpretación, la creación de materiales educativos culturalmente pertinentes y la colaboración con los líderes de las comunidades para fomentar la confianza y la cooperación.

Además, otro hallazgo significativo de este estudio (con un valor P inferior a 0.05) fue que el personal de salud que emplea enfoques específicos para indagar sobre los determinantes sociales de la mala salud, informa de una mayor probabilidad de ayudar con éxito a sus pacientes al abordar estas cuestiones. Estos resultados concuerdan con investigaciones anteriores que han puesto de relieve tendencias similares. Estudios anteriores han demostrado que los profesionales de la salud que participan activamente en la asistencia a sus pacientes vulnerables han empleado diversos enfoques[3,4,19,21] Cada vez son más frecuentes los esfuerzos dirigidos a abordar los determinantes socioeconómicos de la salud, tanto en el marco del sistema sanitario como fuera de él [22].

La introducción de este conjunto de herramientas fue un paso valioso para ayudar a los trabajadores de la salud a iniciar conversaciones sobre cuestiones sociales y a identificar derivaciones adecuadas para canalizar apoyos. Sin embargo, es fundamental contar con un sólido apoyo organizativo para garantizar la aplicación satisfactoria de un enfoque basado en los determinantes sociales en la práctica clínica. Es necesario adaptar el conjunto de herramientas a diferentes entornos, y las ideas locales de los formadores del personal sanitario y los organizadores de grupos comunitarios pueden

informar este proceso. Esta adaptación ayudará a establecer vías de derivación eficaces y a reforzar las conexiones con la comunidad, mejorando en última instancia el apoyo al paciente. Se han realizado pocos estudios sobre los resultados del aprendizaje del conjunto de herramientas *CLEAR*, que demuestran que el uso del conjunto de herramientas *CLEAR* resultó beneficioso para abordar los problemas sociales de los pacientes pertenecientes a entornos socioeconómicos bajos y fácil de entender y transmitir a otros compañeros y colegas[3].

En consonancia con los resultados del presente estudio, estudios anteriores también indican que, para abordar los problemas socioeconómicos de las comunidades, es necesario rehabilitar a esos enfermos para que se conviertan en miembros productivos de la sociedad y contribuyan al desarrollo del país. Además, las iniciativas de concientización pública pueden mejorar la sensibilización y la calidad de la asistencia. Las organizaciones sanitarias suelen utilizar campañas de concientización para impulsar la identificación y el diagnóstico de enfermedades[23,24].

En general, el estudio destaca la importancia de abordar los determinantes sociales en la atención sanitaria y la necesidad de apoyo y recursos continuos para ayudar a los trabajadores sanitarios en este importante aspecto de su práctica.

Conclusión

Los determinantes sociales, como condiciones de vida, factores ambientales y elecciones de estilo de vida desempeñan un papel crucial a la hora de determinar el estado de salud de una persona. Al reconocer estos factores y ofrecer orientación e intervenciones adecuadas, los profesionales de la salud pueden ayudar a las personas a tomar decisiones más saludables y prevenir la aparición de enfermedades crónicas. Al comprender los factores sociales más relevantes que influyen sobre la salud, los profesionales sanitarios pueden colaborar con las comunidades locales, los responsables políticos y otras partes interesadas para abogar por políticas e iniciativas que aborden los determinantes sociales y mejoren las condiciones de salud de todos los pakistaníes. Este

enfoque colaborativo puede conducir a cambios sostenibles en las condiciones sociales y ambientales que tengan un impacto positivo a largo plazo en la salud. En conclusión, la formación del personal de salud en relación con los DSS en el contexto de Pakistán conlleva una serie de beneficios importantes. Al abordar las disparidades sanitarias, promover la atención preventiva, colaborar con las comunidades y prestar una atención holística centrada en el paciente, el profesionales pueden mejorar la salud y el bienestar general de las personas y comunidades de Pakistán.

Limitaciones y recomendaciones

El estudio se llevó a cabo en un hospital con una muestra de tamaño reducido debido a la escasez de recursos. Al explorar el componente existente, este estudio no aportó las perspectivas de los pacientes. Es necesario fomentar la incorporación del enfoque de los DSS en la atención clínica rutinaria, incluyendo el empleo de ayudas para la toma de decisiones clínicas como un componente integral de una estrategia multifacética para promover cambios de comportamiento entre los trabajadores de la salud y mejorar las condiciones sociales y de salud entre los pacientes vulnerables.

La formación del personal sanitario en materia de DSS y su importancia para mejorar la s condiciones de salud y sociales de la comunidad en general debería ser parte integral del sistema sanitario, ya que contribuiría a abordar las desigualdades sanitarias más generales. La formación en alfabetización sanitaria en los planes de estudios de medicina y enfermería de pregrado y posgrado debería introducirse para divulgarse formación médica y fomentar el desarrollo de conocimientos y habilidades en las comunidades.

Deben realizarse más estudios que utilicen el conjunto de herramientas *CLEAR* en entornos clínicos, ya que son esenciales para evaluar su impacto en la atención y los resultados de los pacientes, puesto que este estudio sólo evalúa los resultados de las intervenciones.

Conflicto de intereses

Todos los procedimientos de investigación y la elaboración de informes se han llevado a cabo con total independencia e imparcialidad. Los autores

afirman que no existe ningún conflicto de intereses que pueda influir en el diseño, la realización o la interpretación de los resultados del estudio. El estudio se ha realizado con recursos propios, por lo que no se ha recibido financiación de ninguna fuente.

Referencias

1. Schramme T. Health as complete well-being: The WHO definition and beyond. *Public Health Ethics*. 2023 1;16(3):210-218. <https://doi.org/10.1093/phe/phad017>
2. Wilkinson RG, Marmot MG, World Health Organization. Centre for Urban Health. The solid facts : social determinants of health. Centre for Urban Health, World Health Organization; 1998. <https://iris.who.int/handle/10665/108082>
3. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. 2007;(2).
4. Naz A, Rosenberg E, Andersson N, Labonté R, Andermann A. Health workers who ask about social determinants of health are more likely to report helping patients: mixed-methods study. *Canadian Family Physician*. 2016 Nov 1;62(11):e684-93. <https://www.cfp.ca/content/62/11/e684.short>
5. Andermann A. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *Cmaj*. 2016;188(17-18):E474-83. DOI: [10.1503/cmaj.160177](https://doi.org/10.1503/cmaj.160177)
6. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
7. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*. 2014;129(SUPPL. 2):19-31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>
8. WHO Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. World Health Organization; 2008.
9. Marmot M. Fair-Society-Healthy-Lives-Full-Marmot Report. *Fair Soc Heal lives*. 2013;1-74.
10. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for

- action on the social determinants of health. WHO Document Production Services; 2010. <http://hdl.handle.net/1903/23135>
11. Adler NE, Rehkopf DH. US disparities in health: descriptions, causes, and mechanisms. *Annu. Rev. Public Health.* 2008 Apr 21;29(1):235-52. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090852>
12. Krieger N. Embodiment: A conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59(5):350-5. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>
13. Marmot M. Health equity in England: The Marmot review 10 years on. *BMJ.* 2020;368:1-4. <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.m693>
14. Bhutta ZA, Hafeez A, Rizvi A, Ali N, Khan A, Ahmad F, Bhutta S, Hazir T, Zaidi A, Jafarey SN. Reproductive, maternal, newborn, and child health in Pakistan: challenges and opportunities. *Lancet.* 2013;381(9884):2207-18. doi: [10.1016/S0140-6736\(12\)61999-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61999-0)
15. Barros R, Fox L, Mendonça R. Female-headed households, poverty, and the welfare of children in Urban Brazil. *Econ Dev Cult Change.* 1997;45(2):231-57.
16. Lloyd M. Domestic violence and education: Examining the impact of domestic violence on young children, children, and young people and the potential role of schools. *Frontiers in psychology.* 2018 Nov 13;9:2094. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02094>
17. Radell ML, Abo Hamza EG, Daghustani WH, Perveen A, Moustafa AA. The impact of different types of abuse on depression. *Depression research and treatment.* 2021;2021(1):6654503. <https://doi.org/10.1155/2021/6654503>
18. Cullen D, Woodford A, Fein J. Food for thought: a randomized trial of food insecurity screening in the emergency department. *Academic pediatrics.* 2019 Aug 1;19(6):646-51. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.11.014>
19. Willems SJ, Swinnen W, De Maeseneer JM. The GP's perception of poverty: A qualitative study. *Fam Pract.* 2005;22(2):177-83. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh724>
20. Cantor T, Anderman A. CLEAR Toolkit advanced pilot study: helping health workers address the social causes of poor health. *Can Fam physician.* 2017;63(2):S61. <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01409855/full>
21. Andermann A. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: A framework for health professionals. *Cmaj.* 2016;188(17-18):E474-83. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160177>
22. Artiga S, Hinton E. Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity. Kaiser Family Foundation. 2018;10.
23. Seymour J. The Impact of Public Health Awareness Campaigns on the Awareness and Quality of Palliative Care. *J Palliat Med.* 2018;21(S1):S-30. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.039>
24. Jacobsen GD, Jacobsen KH. Health awareness campaigns and diagnosis rates: Evidence from National Breast Cancer Awareness Month. *J Health Econ.* 2011;30(1):55-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.11.005>



Social Medicine
Health For All

ISSN: 1557-7112