Open Respiratory Archives 8 (2026) 100618

separ Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

Open Respiratory Archives

www.elsevier.es/ora



Comunicación breve

Conocimientos y actitudes sobre los determinantes sociales de la salud respiratoria en los miembros de la SEPAR



Joan B. Soriano[a,b,c,*], Carlos Almonacid[b,d], Isabel Urrutia-Landa[e], Miguel Perpiñá-Tordera[f] y por el Grupo Transversal Determinantes Sociales de la Salud Respiratoria, SEPAR

[a] *Servicio de Neumología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España*
[b] *Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid*
[c] *Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España*
[d] *Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España*
[e] *Servicio de Neumología, Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, BIOBIZKAIA, OSAKIDETZA, Galdakao, Bizkaia, España*
[f] *Hospital Universitario La Fe, Valencia, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 20 de enero de 2026
Aceptado el 13 de marzo de 2026
Available online 25 marzo 2026

Palabras clave:
Desigualdades
Determinantes sociales
Encuesta
Equidad
Salud respiratoria
SEPAR

RESUMEN

Se evaluaron el conocimiento y la percepción sobre los determinantes sociales de la salud respiratoria (DSSR) entre los socios de la SEPAR mediante encuesta *online* anónima. Respondieron 293 profesionales (4,8% de socios). Aunque el 98,6% reconoce que los DSSR afectan los resultados clínicos y más del 78% identifica a los pacientes afectados, el 74,7% nunca recibió formación específica. Los indicadores más usados fueron: condiciones de vivienda (77,1%), nivel educativo (70%) y barreras idiomáticas (62,5%). Solo el 3,4% emplea instrumentos estandarizados y el 12,3% dispone de tiempo suficiente en consulta. Obstáculos: baja prioridad institucional, ausencia de protocolos y falta de tiempo. Entre los socios que respondieron, se observa un alto nivel de concienciación sobre la relevancia de los DSSR. Sin embargo, la baja tasa de respuesta limita la generalización de los resultados al conjunto de la SEPAR. Hay una necesidad urgente de desarrollar estrategias formativas y protocolos específicos en DSSR, demanda respaldada por el 74% de los encuestados.

© 2026 Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

Knowledge and attitudes about social determinants of respiratory health in SEPAR members

Keywords:
Inequalities
Social determinants
Survey
Equity
Respiratory health
SEPAR

ABSTRACT

Knowledge and perceptions of social determinants of respiratory health (SDRH) were assessed among SEPAR members using an anonymous online survey. 293 professionals responded (4.8% of members). Although 98.6% recognized that SDRH affects clinical outcomes and more than 78% identified affected patients, 74.7% had never received specific training. The most frequently used indicators were: housing conditions (77.1%), educational level (70%), and language barriers (62.5%). Only 3.4% used standardized instruments, and 12.3% had sufficient time during consultations. Obstacles included low institutional priority, lack of protocols, and time constraints. Among the responding members, a high level of awareness regarding the relevance of SDRH was observed. However, the low response rate limits the generalizability of the results to the entire SEPAR membership. There is an urgent need to develop training strategies and specific protocols on SDRH, a demand supported by 74% of respondents.

© 2026 Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jbsoriano2@gmail.com (J.B. Soriano).

https://doi.org/10.1016/j.opresp.2026.100618
2659-6636/© 2026 Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

La salud respiratoria no se forja únicamente en los alvéolos o los bronquios, ni es el resultado exclusivo de factores biológicos o genéticos. Está profundamente arraigada en el contexto social, económico y ambiental en el que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Los determinantes sociales de salud ejercen una influencia poderosa y sistemática en la distribución, gravedad y pronóstico de las enfermedades, dando lugar a desigualdades sanitarias significativas pero evitables[1,2]. Cuando se aplican específicamente a la neumología y a la cirugía torácica, los determinantes sociales de la salud respiratoria (DSSR) se definen como las condiciones sociales, económicas, ambientales y laborales que influyen de forma decisiva en la exposición a contaminantes, el acceso a la atención sanitaria de calidad, la adopción de comportamientos saludables y, en última instancia, el riesgo de desarrollar y morir por afecciones respiratorias[3,4].

La evidencia científica es contundente en vincular los DSSR con la carga de enfermedad. Un bajo nivel socioeconómico, la pobreza energética, la exposición residencial a contaminación atmosférica, el hacinamiento, las barreras idiomáticas o culturales y la inseguridad laboral son factores que se asocian de manera independiente con una mayor prevalencia y peor control de afecciones como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el asma, las infecciones respiratorias y el cáncer de pulmón[5]. Estos determinantes operan a través de múltiples vías: limitando el acceso a diagnósticos tempranos y tratamientos óptimos, condicionando la adherencia terapéutica, incrementando la exposición a tóxicos como el humo del tabaco o la contaminación interior, y generando un estado de estrés crónico que puede afectar la función inmunológica[6].

A pesar de este sólido cuerpo de evidencia, la integración sistemática de la evaluación y la intervención sobre los DSSR en la práctica clínica diaria sigue siendo un desafío pendiente. Tradicionalmente, tanto en España como en el resto del mundo, el modelo de atención se ha centrado en el manejo biomédico de la enfermedad una vez instaurada, y en su tratamiento en su fase aguda, con menos énfasis en la identificación y mitigación proactiva de sus raíces sociales[7]. Comprender las brechas en el conocimiento, la percepción y las prácticas de los profesionales de la salud respiratoria respecto a los DSSR es, por tanto, un paso fundamental para diseñar estrategias efectivas que permitan transitar de un modelo curativo a uno más preventivo y equitativo, alineado con el principio de justicia en salud.

Nuestro objetivo fue evaluar el conocimiento y la percepción de los profesionales de la SEPAR sobre los DSSR y su identificación en la práctica clínica.

Material y métodos

Se diseño un cuestionario *ad hoc, online,* individual y anónimo, dividido en 4 partes con 20 preguntas en total, que requería como máximo 3 (tres) minutos para completarlo. La encuesta fue publicada el día 03/11/25, y se enviaron 2 recordatorios, los días 11/11/25 y 17/11/25. Asimismo, la convocatoria fue difundida en la publicación SEPAR NEWS N.º 881, correspondiente al 25/11/25. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y sin inferencias ni comparaciones buscando significaciones. Se cumplieron los mínimos de la metodología STROBE para estudios observacionales[8].

Resultados

Se obtuvo un total de 293 respuestas de entre los 6.115 socios de la SEPAR, resultando un porcentaje de participación del 4,8%. Por género respondieron el 36,2% varones y el 63,1% mujeres, y por grupos de edad el 1,3% hasta 25 años, el 14,7% de 26 a 35 años, el 25,3% de 36 a 45 años, el 28,3% de 46 a 55 años y el 30,4% más de 55 años, siendo representadas las 17 comunidades autónomas (tabla 1). La mayoría de respondientes (68,3%) tenían más de 15 años de experiencia profesional. Su lugar de trabajo era: el 81,6% hospital público, el 5,8% hospital privado, el 5,8% atención primaria y el 6,8% otros. El entorno de trabajo era 86,3% urbano. 11,3% semiurbano y 2,4% rural.

Como resultados, el 85,0% definirían «desigualdades en salud respiratoria», por el impacto de determinantes sociales (vivienda, empleo, educación, migración, . . .) en la salud respiratoria, seguidos del 75,4% por diferencias en enfermedades por nivel socioeconómico, el 74,1% por barreras en el acceso a diagnósticos / tratamientos, y el 63,8% en variabilidad geográfica (urbana / rural). Los factores considerados que influyen más en las DSSR fueron, ordenados desde el más relevante, el acceso desigual a servicios sanitarios, la pobreza / bajo nivel socioeconómico, la exposición laboral / ambiental (contaminación ambiental e interna, tabaco), el nivel educativo, y finalmente el origen étnico / migrante (fig. 1).

Tabla 1
Características sociodemográficas

	Porcentaje
Género	
Varones	36,2
Mujeres	63,1
No binario	0,7
Edad	
hasta 25 años	1,3
26 a 35 años	14,7
36 a 45 años	25,3
46 a 55 años	28,3
más de 55 años	30,4
Comunidad autónoma	
Andalucía	12,3
Aragón	2,7
Asturias (Principado de)	4,8
Baleares (Islas)	2,0
Canarias	5,5
Cantabria	2,7
Castilla y León	6,1
Castilla-La Mancha	2,7
Cataluña	19,8
Comunidad Valenciana	8,9
Extremadura	0,3
Galicia	3,8
La Rioja	0,3
Madrid (Comunidad de)	17,0
Murcia (Región de)	2,0
Navarra (Comunidad Foral de)	1,4
País Vasco (Euskadi)	6,8
Área profesional	
Neumología	63,1
Cirugía torácica	2,0
Enfermería respiratoria	14,3
Fisioterapia respiratoria	13,7
Otras	6,9
Años de experiencia profesional	
Menos de 5 años	0,4
5 a 15 años	25,3
Más de 15 años	68,3
Lugar de trabajo	
Hospital público	81,6
Hospital privado	5,8
Atención primaria	5,8
Otros.	6,8
Entorno de trabajo	
Urbano	86,3
Semiurbano	11,3
Rural	2,4

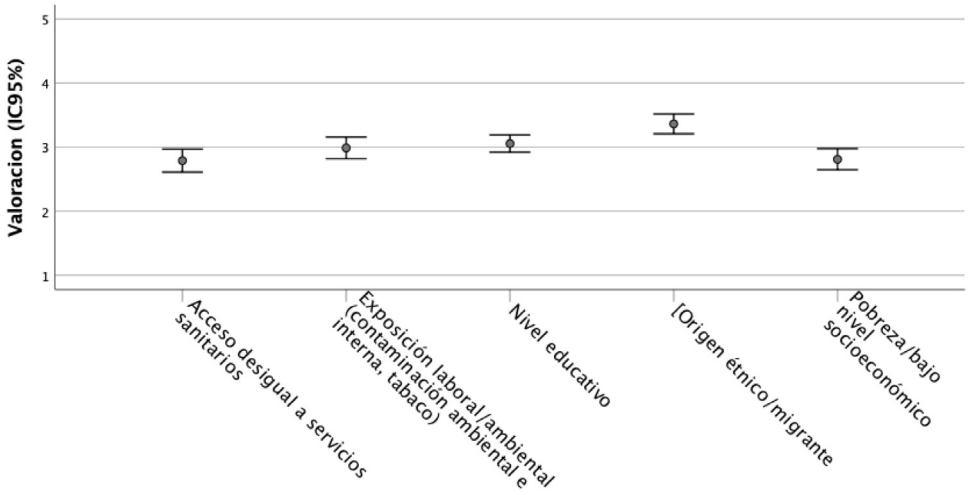

Figura 1. Factores que **más** influyen en las desigualdades en salud respiratoria en España (ordena del 1 [más relevante] al 5 [menos relevante]).

Aunque la mayoría de respondientes, el 28,0% frecuentemente (>50% casos) y el 50,5% ocasionalmente (20-50%), identifican en su consulta a los pacientes afectados por desigualdades sociales que impactan su salud respiratoria, y que el 98,6% considera que los DSSR afectan también a los resultados clínicos (p. ej., reingresos, adherencia al tratamiento), el 74,7% respondió que nunca ha recibido formación específica. Los 5 indicadores más utilizados para identificar DSSR son, secuencialmente: el 77,1% condiciones de vivienda (barrio, hacinamiento, humedades), 70,0% nivel educativo, 62,5% barreras idiomáticas / culturales, 60,8% dificultad para costear medicamentos / tratamientos y el 60,1% situación laboral / desempleo. Solamente un 3,4% utilizaba algún instrumento estandarizado para evaluar vulnerabilidad social y un 12,3% tenía tiempo suficiente en consulta para explorarlos. Las enfermedades consideradas más asociadas a DSSR fueron tuberculosis, EPOC, asma y cáncer de pulmón. Los obstáculos percibidos como más importantes para implementar acciones contra DSSR fueron, secuencialmente, baja prioridad institucional, ausencia de protocolos, falta de tiempo y dificultad para coordinar con trabajo social. Finalmente, un 70,6% de los encuestados sugerían a la SEPAR promocionar la formación específica para profesionales para reducir estas desigualdades y un 74% estaría interesado/a en participar en iniciativas de SEPAR sobre este tema.

Discusión

Esta encuesta confirma la relevancia de considerar los DSSR en la práctica clínica habitual, pese a que la mayoría de los participantes (3 de cada 4) nunca ha recibido formación específica sobre el tema, y el uso de instrumentos estandarizados para evaluar vulnerabilidad es testimonial. Se identifican como obstáculos principales la baja prioridad institucional, la ausencia de protocolos y la falta de tiempo. En definitiva, que la gran concienciación sobre los DSSR no se acompaña de formación, herramientas y tiempo para abordarlos en la práctica clínica.

Este estudio es el primero que se realiza en el ámbito de la neumología y cirugía torácica españolas sobre sus conocimientos y actitudes, con participación de todas las CC. AA. y con apoyo institucional de la SEPAR. Además, se siguió la metodología STROBE para estudios observacionales. Sin embargo, tiene una serie de limitaciones a considerar. La principal es sin duda el bajo porcentaje de respuesta. El estándar actual de respuesta mínima para encuestas online de sitúa alrededor del 20% de la muestra elegible. Sin embargo, pese a la brevedad del cuestionario y 2 recordatorios, solamente se obtuvo un 4,8% de respuesta, particularmente baja en la población más joven. Puede especularse sobre los motivos, que seguramente incluyen competencia con otras encuestas, cansancio o desapego.

Se suele afirmar que los equipos de atención primaria (personal médico y de enfermería) se encuentran en una posición privilegiada para detectar el impacto de los DSSR sobre los pacientes[9]. Pero otros especialistas no deben ni pueden obviar aquí su responsabilidad[10].

Como opciones de futuro, la historia clínica electrónica[11], y la implementación de herramientas de inteligencia artificial ya posibilitan incorporar de manera fácil y visual algunos de los principales DSSR, permitiendo una evaluación clínica más global.

Los resultados de esta encuesta, y su repetición posterior, han de ayudar a concienciar del gran impacto de los DSSR en la salud individual y poblacional[12], diseñar programas de formación de los profesionales y sus pacientes, y finalmente implementar estrategias para reducir desigualdades en salud respiratoria en nuestros pacientes.

Financiación

No disponible. Apoyo institucional y logístico de la SEPAR.

Contribuciones de los autores

Todos los autores contribuyeron por igual.

Consentimiento informado

No aplicable.

Declaración de IA

Se ha utilizado IA para realizar el abstract gráfico.

Conflictos de interés

Según los formularios ICMJE: JBS declara haber recibido subvenciones de compañías farmacéuticas de 2022 a 2026 de Chiesi, GSK, Linde y Novartis a través del Hospital Universitario de La Princesa. Participó en actividades de conferencias, comités asesores y consultorías de 2022 a 2026 patrocinadas por Air Liquide, Almirall, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, CHEST, Chiesi, CNPT, ERS, FTH, Gebro, Grifols, GSK, IHME, Laminar Pharma, Linde, Lipopharma, Menarini, Mundipharma, Novartis, OMS, Pfizer, ResApp, RiRL, ROVI, SEPAR, SAPIO, Seqirus, OMS EUR, Takeda y Zambon. Finalmente, JBS

declara no haber recibido nunca, directa ni indirectamente, financiación alguna de fabricantes de tabaco o sus filiales. CA, IU y MP declaran no tener conflictos de interés en relación con este envío.

Agradecimientos

Agradecemos a Gabriel Giuliano, Secretaría de la SEPAR, por su ayuda en el envío de los cuestionarios a los miembros de la SEPAR.

Bibliografía

1. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P, Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet. 2012;380:1011–29, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8.
2. Perpiñá-Tordera M, Almonacid C, Social Determinants of Respiratory Health Working Group SEPAR. Social Determinants of Respiratory Health: Opening the Door. Arch Bronconeumol. 2024;60:675–7, http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2024.07.022.
3. Ly L, Pascoe A, Philip J, Hudson P, Smallwood N. Social determinants of advanced chronic respiratory interventions: A scoping review. Eur Respir Rev. 2023;32:230068, http://dx.doi.org/10.1183/16000617.0068-2023.
4. Pleasants RA, Riley IL, Mannino DM. Defining and targeting health disparities in chronic obstructive pulmonary disease. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2016;11:2475–96, http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S79077, eCollection 2016.
5. GBD Chronic Respiratory Disease Collaborators. Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. 2017. Lancet Respir Med. 2020;8:585–96, http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30105-3.
6. Almonacid C, Soriano JB, Fontán MG, González López-Valcárcel B, Hernández C, Manzanera R, et al. Equity in Respiratory Health: Actionable Recommendations for Spain. Open Respir Arch. 2025;7:100487, http://dx.doi.org/10.1016/j.opresp.2025.100487, eCollection 2025.
7. Gottlieb L, Tobey R, Cantor J, Hessler D, Adler NE. Integrating Social And Medical Data To Improve Population Health: Opportunities And Barriers. Health Aff (Millwood). 2016;35:2116–23, http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0723.
8. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. Lancet. 2007;370:1453–7, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X.
9. Owotomo O, Riekert KA, Rand CS, Eakin MN. Individual and system-level determinants of caregivers' quality of life among inner-city preschool children with asthma. J Asthma. 2025;62:1061–9, http://dx.doi.org/10.1080/02770903.2025.2458516.
10. López Luque M, Chuecos Molina M, Ortega Cuelva G, Vázquez López MJ, Orfila Pernas F, Granel Giménez N, et al. Effectiveness of a Structured Self-Management Intervention to Improve Quality of Life in Individuals With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (AMPOC Study). Open Respir Arch. 2025;7:100426, http://dx.doi.org/10.1016/j.opresp.2025.100426, eCollection 2025.
11. Rodriguez DG, Yuan Q, Bakare T, Lee S, Taylor RA. Factors associated with acute unscheduled care visits for asthma in the all of US dataset. Am J Emerg Med. 2025;98:276–82, http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2025.09.002.
12. Soriano JB, Jenkins C. How should good lung health be defined at the population and individual levels? Eur Respir J. 2023;62:2301166, http://dx.doi.org/10.1183/13993003.01166-2023.