

Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España

Comisionado por:

Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior

Ministerio de Sanidad y Política Social



Abril 2009

Este documento ha servido de apoyo para la elaboración del documento final de la Comisión: "Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España." (Mayo 2010)

CONTENIDOS.

Capítulo 1. LAS DESIGUALDADES EN SALUD, MARCO CONCEPTUAL, Y PRINCIPIOS PARA LAS POLÍTICAS	3
Capítulo 2. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA	21
Capítulo 3. LAS POLÍTICAS PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN EUROPA	65
Capítulo 4. LAS DESIGUALDADES EN LOS PLANES DE SALUD EN ESPAÑA. ¿LO MISMO PERO MÁS?	99

CAPÍTULO 1

LAS DESIGUALDADES EN SALUD, MARCO CONCEPTUAL, Y PRINCIPIOS PARA LAS POLÍTICAS

Carne Borrell¹²³ y Lucía Artazcoz¹²

¹ Agència de Salut Pública de Barcelona

² CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

³ Universitat Pompeu Fabra

Este capítulo se basa en el siguiente trabajo:

Borrell C, Artazcoz L. Políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2008;22(5):465-73.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
1. CONCEPTO DE DESIGUALDAD EN SALUD	6
2. MODELO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD	6
3. LAS POLÍTICAS PARA DISMINUIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD	8
BIBLIOGRAFÍA	12

Resumen

Este capítulo repasa el modelo sobre los determinantes sociales de las desigualdades en salud y revisa las políticas para disminuir las desigualdades sociales en salud. El modelo descrito sobre los determinantes de las desigualdades en salud es el utilizado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud que contiene tres elementos principales: el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica y los factores intermediarios. Se describen 10 principios a tener en cuenta para poner en marcha intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades en salud y se describen distintas políticas según “el punto de entrada” considerado en el modelo conceptual.

1. Concepto de desigualdad en salud

La igualdad en salud es la ausencia de diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente¹. Por el contrario, el concepto de “desigualdad social en salud” se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos^{2,3}. Numerosos estudios científicos muestran que las desigualdades en salud son enormes, y responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre aumentan ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas^{4,5}. También es importante tener presente que la evidencia científica señala que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas⁶.

Las políticas para disminuir las desigualdades en salud son una prioridad para muchos países y responden al objetivo número 2 de la estrategia de Salud para el siglo 21 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷: “Para el año 2020, las diferencias en salud entre los grupos socioeconómicos de cada país, se deberán reducir en al menos una cuarta parte en todos los estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos”.

En 2005 la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad en salud y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo; es un órgano de colaboración internacional integrado por instancias normativas, investigadores y miembros de la sociedad civil, y dirigido por personas cuya experiencia combina la política, la actividad académica y la acción de sensibilización. El informe resultante⁸ está estructurado a partir de tres principios básicos de acción:

Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.

Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.

Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

Este informe está teniendo amplia difusión y se espera que los gobiernos de los países lo utilicen para poner en marcha programas e intervenciones para disminuir las desigualdades en salud.

2. Modelo conceptual de los determinantes sociales de las desigualdades en salud

Existen distintos modelos para explicar los determinantes de las desigualdades en salud. En este capítulo nos basaremos en el modelo utilizado por un grupo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud¹ representado en la figura 1, aunque

posteriormente la Comisión modificó ligeramente este marco conceptual⁸. El marco propuesto se compone de los siguientes elementos:

1. Contexto socioeconómico y político: Se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma importante a la estructura social. Se incluyen los siguientes aspectos: a) Gobierno en su aspecto amplio, es decir, la tradición política, la transparencia, la corrupción, el poder de los sindicatos, etc.; b) políticas macroeconómicas como por ejemplo las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo; c) políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda; d) otras políticas públicas: educación, atención sanitaria, etc. y e) valores sociales y culturales como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad.

Existen aún pocos estudios que relacionen el contexto político con la salud y las desigualdades en salud de la población, aunque hay ya algunos que ponen en evidencia la influencia de la tradición política en la salud, en el sentido que los países con tradición socialdemócrata potencian un estado del bienestar más extenso, con menos desigualdades de renta y políticas de pleno empleo, ofreciendo mejores resultados en algunos indicadores de salud (sobre todo se ha estudiado la mortalidad infantil) y menores desigualdades de salud.^{9,10,11,12,13,14,15}

2. Posición socioeconómica: En este apartado también se incluyen determinantes estructurales de las desigualdades en salud como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social y en concreto la clase social, el género y la etnia o la raza. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen en evidencia la existencia de desigualdades en salud debido a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, siendo más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas¹⁶, los hombres¹⁷ y las personas de raza blanca.¹⁸ La desigualdad que se produce se define relacionamente, en el sentido que el mayor poder y acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas está en relación con el menor poder y acceso de las más desfavorecidas. Estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación o de “las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias”, que se denominan clasismo, sexismo o racismo.¹⁹

3. Los determinantes intermedios o factores intermediarios. La estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores son: a) Las circunstancias materiales como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia;²⁰ b) las circunstancias psicosociales como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control, etc.;²¹ c) los factores conductuales y biológicos como las conductas que dañan la salud; d) el sistema de salud: Aunque los servicios sanitarios contribuyen muy poco a las desigualdades en salud, el menor acceso a los servicios de salud y la menor calidad de los mismos para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los derechos humanos. Además, el pago de los servicios de salud puede llevar a la pobreza a la población de estas clases sociales.⁶

3. Las políticas para disminuir las desigualdades sociales en salud

3.1. Principios para la acción

Whitehead y Dalghren, ⁶ en un documento publicado por la Organización Mundial de la Salud, proponen 10 principios para la acción que deben servir como guía general cuando se pretende poner en marcha políticas para disminuir las desigualdades en salud. Estos principios son:

1. Las políticas deben mejorar los niveles de salud de la población. Para disminuir las desigualdades en salud entre distintos grupos el objetivo es aumentar el nivel de salud de los menos privilegiados y no disminuir el nivel de salud de los grupos más privilegiados.

2. Se deben utilizar distintas aproximaciones para disminuir las desigualdades en salud. Las tres más frecuentes son ²²:

Reducción de las desigualdades en toda la población: esta aproximación tiene en cuenta que existe un gradiente de salud y enfermedad entre las distintas clases sociales, por lo que es necesario tener en cuenta a todas ellas estableciendo políticas universales. Estas políticas son necesarias ya que tal como se ha comentado anteriormente protegen a la población frente a las desigualdades (como por ejemplo las políticas de estado de bienestar).

Disminución de las desigualdades entre los grupos menos privilegiados y los más privilegiados a base de mejorar a un ritmo más rápido la salud de las clases desfavorecidas.

Focalización en la población vulnerable con enfoques selectivos que tratan de mejorar la salud de esta población. Estas políticas se presentan como abordajes complementarios y necesarios para intervenir en las desigualdades en la salud. El concepto de población vulnerable difiere del de poblaciones de riesgo. Una población de riesgo se define por una alta exposición a un factor de riesgo específico. Una población vulnerable es un subgrupo que, debido a unas características sociales compartidas, tiene un mayor riesgo de estar expuesto a diferentes riesgos.²³ Según Link y Phelan,^{24,25} la acumulación de factores de riesgo es la expresión de las causas fundamentales ligadas a la posición en la estructura social (tal como supone el modelo conceptual presentado anteriormente). Estas “causas” son los riesgos que generan la exposición a otros riesgos.

3. Las intervenciones poblacionales para mejorar la salud deben también centrarse en la disminución de las desigualdades entre los distintos grupos sociales. A menudo, las intervenciones no tienen en cuenta las desigualdades y ello hace que los grupos socioeconómicos más privilegiados se beneficien más de ellas.

4. Las acciones deben tener en cuenta los determinantes sociales de las desigualdades en salud y no sólo los determinantes de la salud ya que puede ser que los determinantes de las desigualdades no sean los mismos.²⁶ Las intervenciones de salud pública dirigidas a disminuir las desigualdades en salud han de ser necesariamente multisectoriales. Tal como señala el modelo conceptual presentado en el apartado anterior, las causas fundamentales que crean la vulnerabilidad están enraizadas en la vida cotidiana y las competencias para actuar sobre ellas recaen fundamentalmente fuera del sector sanitario (por ejemplo, las condiciones de vida y de trabajo). Así, el papel del sector sanitario no es tanto actuar directamente en la transformación de los determinantes sociales, sino asumir un rol de

liderazgo y convencer a otros sectores para actuar conjuntamente en la reducción de las desigualdades en la salud.²⁷

5. Deben monitorizarse los efectos adversos de las intervenciones implementadas. Así por ejemplo, las políticas de reforma de los sistemas sanitarios llevadas a cabo en países de América Latina y promovidas por el Banco Mundial, a menudo han aumentado las desigualdades y afectado principalmente a los sectores más desfavorecidos de la población.^{28,29}

6. Es necesario disponer de instrumentos para evaluar la extensión de las desigualdades en salud y evaluar las intervenciones puestas en marcha. Para ello, se deben medir las desigualdades entre los grupos sociales tanto en su versión relativa como absoluta. Puede ser que las desigualdades estén disminuyendo a nivel relativo pero que aumenten a nivel absoluto o viceversa.³⁰

7. Se debe promover y facilitar la participación de la población más vulnerable. Una de las críticas a los abordajes poblacionales es que las poblaciones diana con frecuencia tienen diferentes actitudes, valores y preocupaciones que los responsables políticos y los profesionales de promoción de la salud, por lo que miembros de los grupos vulnerables han de ser incluidos desde el análisis de los problemas al desarrollo de los programas y su evaluación.³¹ Este tipo de estrategias suponen un cambio radical en las políticas de salud pública que implican un modelo diferente del basado en el paradigma clínico de enfermedad y centrado en los problemas cotidianos de la gente y no en los que preocupan a los profesionales de la salud pública, tan alejados a menudo de la comunidad.³²

8. Las desigualdades en salud se deben describir de forma separada para hombres y para mujeres ya que los determinantes de las desigualdades en salud pueden variar según el sexo³³. A menudo, los estudios de desigualdades de género en salud se han realizado de forma paralela a los estudios de desigualdades según clase social, no existiendo una visión que integre a ambas líneas de trabajo, pero es importante tener en cuenta los dos ejes de desigualdad.^{34,35}

9. Se deben describir las diferencias en salud según etnia o área geográfica teniendo en cuenta la posición socioeconómica.¹⁸ También en este caso es importante tener en cuenta otros ejes de desigualdad además de la posición socioeconómica o la clase social.

10. Los sistemas de salud se deben basar en principios de equidad, proveyendo atención a la población independientemente de su capacidad económica.³⁶

3.2. Las políticas según los puntos de entrada

Las políticas para disminuir las desigualdades deben basarse en el modelo conceptual que produce las desigualdades. Teniendo en cuenta el modelo presentado anteriormente, las políticas pueden tener distintos puntos de entrada. Algunos ejemplos de políticas se presentan a continuación:³⁶

a) Punto de entrada en los determinantes estructurales como el contexto socioeconómico y político. Se refiere a las políticas a nivel más “macro”.

- Poder político: En este apartado se incluyen las políticas relacionadas con el poder político en sentido amplio y no sólo el referido a los partidos políticos. Ello incluye por ejemplo las políticas destinadas a incrementar la participación electoral y fortalecer los sindicatos o las asociaciones civiles.

- Políticas sociales destinadas a aumentar el estado del bienestar: El estado del bienestar se refiere a la protección y a la promoción del bienestar económico y social de los individuos por parte del estado.^{37,38} Políticas destinadas a aumentar la protección a través de la provisión de servicios públicos universales de educación, de atención a la salud o a la dependencia son ejemplos de ello.

- Políticas macroeconómicas: Estas políticas pueden contribuir a la disminución de las desigualdades de renta o de la pobreza. Algunos ejemplos son disminuir las desigualdades de renta incrementando la fiscalidad progresiva, regular el mercado promoviendo estrategias pro-equidad o promover las pensiones mínimas para combatir la pobreza.

- Políticas de mercado de trabajo como las dirigidas a mejorar las condiciones de empleo que reducen las exposiciones nocivas para la salud,³⁹ a través de la regulación de salarios, de los horarios de trabajo, del trabajo temporal y de la protección frente a la enfermedad y el desempleo. También están incluidas en este apartado las políticas destinadas a conseguir el pleno empleo.

b) Punto de entrada en los determinantes intermedios.

- Políticas dirigidas a mejorar los factores materiales y psicosociales: Se refiere a las intervenciones destinadas, por ejemplo, a modificar las condiciones de trabajo como los riesgos físicos, químicos, biológicos y psicosociales. También se incluyen las políticas destinadas a mejorar el entorno o barrio de residencia como, por ejemplo, el aumento de las zonas verdes, la disminución del tráfico, de la contaminación atmosférica, etc.

- Políticas dirigidas a mejorar los factores conductuales: Las intervenciones destinadas a mejorar las conductas o los estilos de vida deben tener en cuenta que estos comportamientos no son elecciones individuales sino que están condicionados socialmente. Algunos ejemplos serían el aumento de los precios del tabaco⁴⁰ y de las bebidas alcohólicas, ya que son intervenciones efectivas para disminuir las desigualdades en el consumo, la construcción de equipamientos públicos donde poder realizar ejercicio físico o la reducción de los precios de los alimentos saludables.³

- Políticas destinadas al sistema de salud: los servicios de salud de calidad deben ser accesibles a toda la población y deben existir intervenciones destinadas a reducir la pobreza producida por el pago de los servicios.⁴¹

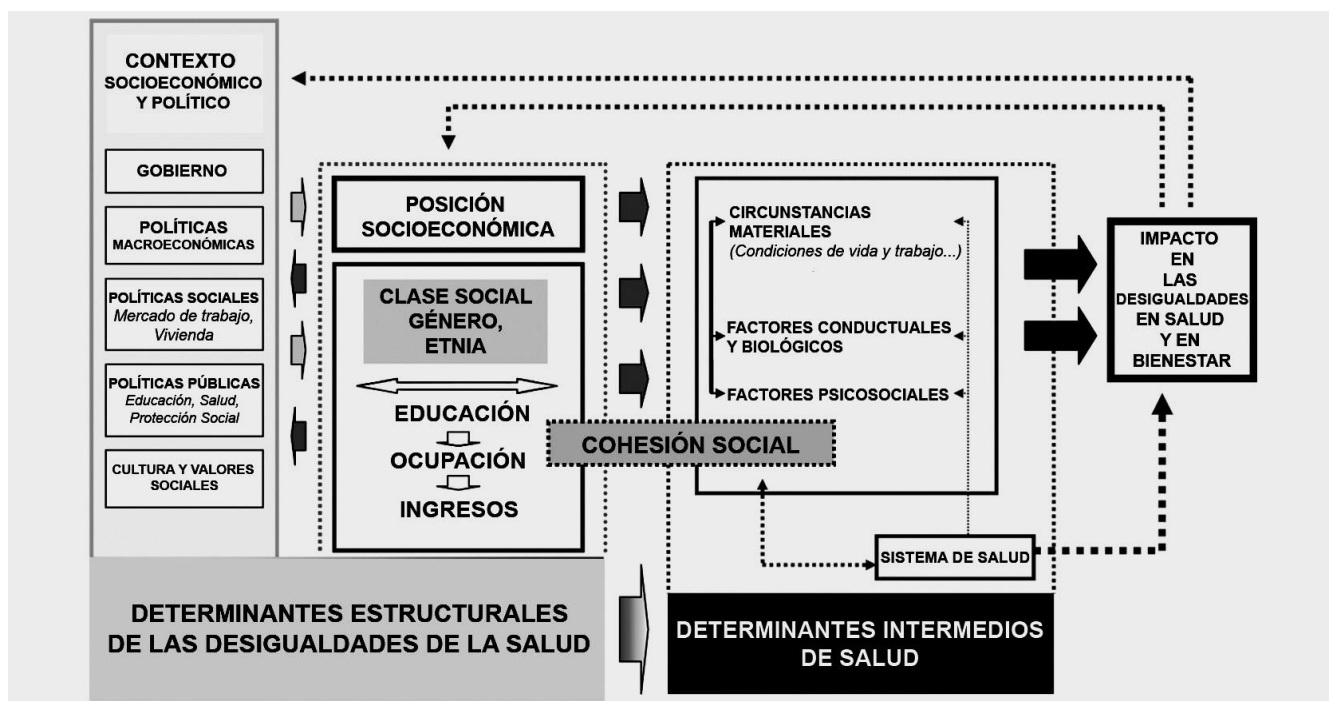
3.3. Implementación de las políticas

Las políticas para reducir las desigualdades ponen a la salud pública ante un gran reto ya que ello requiere pasar del paradigma biomédico centrado en los problemas de salud, que coloca la responsabilidad principal en el ámbito sanitario, a otro basado en los determinantes sociales en la salud que requiere un alto compromiso político que implica a todas las áreas del gobierno y la participación de la ciudadanía en la priorización de los problemas, su diagnóstico, diseño de programas, implementación y evaluación.

Existen distintos factores están relacionados con la falta de implementación de estas políticas³⁶]: a) falta de voluntad política: a menudo, los partidos políticos gobernantes no tienen voluntad de incluir en la agenda política este tema; b) falta de conocimiento: tanto de la evidencia de la existencia de desigualdades como de las políticas a poner en marcha; c) fondos públicos insuficientes: no es posible instaurar políticas sin recursos destinados a ellas. A menudo, las declaraciones políticas no están acompañadas de los recursos necesarios para llevarlas a cabo. d) Falta de coordinación y capacidad de llevar a cabo proyectos multisectoriales y e) consideración, tanto desde una buena parte del sector sanitario, como desde otros sectores y de la propia población general, de que las políticas para mejorar la salud pública y reducir las desigualdades sociales en salud son competencia exclusiva del sector sanitario.

España es uno de los países que tiene ya evidencia de la existencia de las desigualdades socioeconómicas en salud,^{42,43,44,45,46,47} pero donde las políticas para disminuirlas prácticamente no han entrado en la agenda política^{48,49,50}. En cambio, las políticas para disminuir las desigualdades de género en la salud han sido algo más priorizadas.⁵¹ Existen algunas experiencias en algunas comunidades autónomas que señalan que puede estar existiendo algún cambio como por ejemplo el Plan de salud del País Vasco^{52,53}, el nuevo Plan de Salud de la Comunidad Autónoma Andaluza⁵⁴ o la ley de Barrios de Catalunya.⁵⁵ Deberán ser evaluadas en el futuro para conocer su viabilidad y efectividad.

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de determinantes sociales de OMS.



Fuente: Solar O, Irwin A¹

Bibliografia

- ¹ Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf Consultado 4-9-2009.
- ² Miguélez F, Garcia T, Rebollo O, Sánchez C, Romero A. Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània. Barcelona: Biblioteca Universitària, Edicions Proa, Universitat Autònoma de Barcelona, 1996.
- ³ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429-45.
- ⁴ Benach J. La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gac Sanit.* 1997; 11: 255-57.
- ⁵ Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Barcelona: El Viejo Topo, 2005.
- ⁶ Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1). World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health nº 2, Denmark, 2006.
- ⁷ Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series ; No. 6). Denmark: World Health Organization, 1999.
- ⁸ CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization; 2008.
- ⁹ Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, A., Rodríguez-Sanz, M., et al.. Politics and health outcomes. *The Lancet.* 2006, 368(9540), 1033-7.
- ¹⁰ Borrell C, Espelt A, Rodríguez-Sanz M. Politics and Health. *J Epidemiol Comm Health.* 2007;61:658-9.
- ¹¹ Chung H, Muntaner C. Welfare state matters: A typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health Policy.* 2007 Feb;80(2):328-39.
- ¹² Chung H, Muntaner C. Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: an analysis of wealthy countries. *Soc Sci Med.* 2006;63(3):829-42.
- ¹³ Coburn D. Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Soc Sci Med.* 2004;58(1):41-56.
- ¹⁴ Raphael D, Bryant T. The welfare state as a determinant of women's health: support for women's quality of life in Canada and four comparison nations, *Health Policy.* 2004; 68, 63 – 79.

-
- ¹⁵ Navarro V, Borrell C, Benach J, Muntaner C, Quiroga A, Rodriguez-Sanz M, Verges N, Guma J, Pasarin MI. The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998. *Int J Health Serv.* 2003;33(3):419-94.
- ¹⁶ Marmot M; Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet.* 2007;370(9593):1153-63.
- ¹⁷ Krieger N Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? *Int J Epidemiol.* 2003;32(4):652-7.
- ¹⁸ Krieger N. Refiguring "race": epidemiology, racialized biology, and biological expressions of race relations. *Int J Health Serv.* 2000;30(1):211-6. Review.
- ¹⁹ Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med.* 2005;61(7):1576-96.
- ²⁰ Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ.* 2000 29;320(7243):1200-4. Review.
- ²¹ Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ.* 2001 19;322(7296):1233-6.
- ²² Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal Social Policy.* 2004;33:115-51.
- ²³ Frohlich KL, Potvin L. The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations. *Am J Public Health.* 2008;98:216–221.
- ²⁴ Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of diseases. *J Health Soc Behav.* 1995;(spec no.): 80–94.
- ²⁵ Phelan J, Link B. Controlling disease and creating disparities: a fundamental cause perspective. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2005;60(spec no.): 27–33.
- ²⁶ Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q.* 2004;82(1):101-24. Review.
- ²⁷ Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security. Reducing Health Disparities—Roles of the Health Sector. Discussion paper, 2005. Available at: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_recommended_policy.pdf. Consultado el 4-9-2009.
- ²⁸ Navarro V. Neoliberalism as a class ideology; or, the political causes of the growth of inequalities. *Int J Health Serv.* 2007;37(1):47-62.

-
- ²⁹ Armada F, Muntaner C, Navarro V. Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. *Int J Health Serv.* 2001;31(4):729-68. Review.
- ³⁰ Borrell C, Rué M, I Pasarín M, Benach J, E Kunst A. La medición de las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2000 Dec;14(Suplemento 3):20-33.
- ³¹ Potvin L. Managing uncertainty through participation. In: McQueen DM, Kickbusch I, Potvin L, Pelikan JM, Balbo L, Abel T, eds. *Health & Modernity: The Role of Theory in Health Promotion.* New York, NY: Springer; 2007:103–128.
- ³² Syme SL. The prevention of disease and promotion of health: the need for a new approach. *Eur. J. Public. Health.* 2007; 17: 329-330.
- ³³ Kunkel SR, Atchley RC. Why gender matters: being female is not the same as not being male. *Am J Prev Med.* 1996;294-6.
- ³⁴ Borrell C, Artazcoz L (coordinadoras). *Guía de investigación sobre género y salud.* Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología, 2007.
- ³⁵ Artazcoz L, Borrell C, Cortès I, Escribà-Agüir V, Cascant L. Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *J Epidemiol Community Health.* 2007;61 Suppl 2:ii39-45.
- ³⁶ Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health. Concepts and principles for tackling social inequities in health. *Levelling up (part 2).* World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health nº 3, Denmark, 2006.
- ³⁷ Huber, E. and Stephens, J. *Development and Crisis of the Welfare State.* 2001. Chicago, The University of Chicago Press.
- ³⁸ Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Soc.Sci.Med.* 2001;52:481-91.
- ³⁹ Benach J, Muntaner C, Santana V (Chairs). *Employment Conditions and Health Inequalities. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET).* September 2007.
- ⁴⁰ Giskes K, Kunst AE, Ariza C, Benach J, Borrell C, Helmert U, Judge K, Lahelma E, Mousa K, Ostergren PO, Patja K, Platt S, Prättälä R, Willemsen MC, Mackenbach JP. Applying an equity lens to tobacco-control policies and their uptake in six Western-European countries. *J Public Health Policy.* 2007;28(2):261-80. Review.
- ⁴¹ Ziglio E, Barbosa R, Charpak I, Turner S. *Health Systems confront poverty.* Copenhagen: World Health Organization: Public Health Case Studies nº 1, 2005.
- ⁴² Navarro V, Benach J y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades sociales en salud en España. *Las desigualdades sociales en salud en España.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The

School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University (EEUU), 1996.

⁴³ Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV (editores). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18 Supl 1.

⁴⁴ Borrell C, Benach J (coords.). Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2003.

⁴⁵ Borrell C, Benach J (coords.). L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.

⁴⁶ Borrell C, Benach J; CAPS-FJ Bofill Working Group. Evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. Gac Sanit. 2006;20(5):396-406.

⁴⁷ Escolar A (ed). Primer informe de Desigualdades y salud en Andalucía. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, 2008.

⁴⁸ Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. Milbank Q. 1998;76(3):469-92, 306.

⁴⁹ Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. En: Borrell C, García-Calvente M, Martí-Boscà JV (eds.). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe SESPAS 2004. Gac Sanit. 2004;18 (Supl 1): 158-67.

⁵⁰ Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín MI, Colomer C, Zafra E, Alvarez-Dardet C. [Socioeconomic inequalities and health plans in the Autonomous Communities of Spain]. Gac Sanit. 2005 Jul-Aug;19(4):277-85.

⁵¹ Peiró R, Ramón N, Alvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C, Plasència A, Zafra E, Pasarín MI. [Gender sensitivity in the formulation of Spanish health plans: what it could have been but wasn't] Gac Sanit. 2004;18 Supl 2:36-46.

⁵² Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Plan de salud 2002-2010. http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20735/es/contenidos/informacion/plan_salud/es_4043/psalud_c.html Consultado el 4-9-2009.

⁵³ Esnaola S, Bacigalupe A, Aldasoro E, Gutiérrez ML, Arteagoitia ML. Políticas para disminuir las desigualdades en salud en España. Gac Sanit. 2009;23:253-4..

⁵⁴ Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Tercer plan andaluz de salud, 2003-2008. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/> en Inicio > Profesionales > Planes y estrategias. Consultado el 4-9-2009.

⁵⁵ Departament de Política Territorial i Obres Públiques, Generalitat de Catalunya. Programa de barris i àrees urbanes d'atenció especial. Disponible en: <http://www10.gencat.net/ptop/AppJava/cat/arees/ciutat/barris/index.jsp> Consultado el 4-9-2009.

CAPÍTULO 2

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA

Maica Rodríguez Sanz^{1,2}, Carme Borrell^{1,2,3}

¹ Agència de Salut Pública de Barcelona

² CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

³ Universitat Pompeu Fabra

ÍNDICE

Resumen	23
1. Introducción	24
2. Breve descripción de la metodología	24
3. El contexto social, económico y político	25
4. La posición socioeconómica	26
5. Los factores mediadores de las desigualdades en salud.....	27
Condiciones de vida y trabajo.....	27
Los factores conductuales	29
El sistema de salud	30
6. Las desigualdades en salud.....	31
Las desigualdades en la mortalidad.....	31
Las desigualdades en la salud percibida	32
Las desigualdades en la salud mental.....	33
7. Conclusiones.....	33
Figuras y tablas	36
Bibliografía	56

Resumen

El objetivo del capítulo es describir los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud en España. En primer lugar, se ilustran algunos ejemplos sobre los determinantes sociales de la salud agrupados según el modelo de la OMS: el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica y los factores mediadores (condiciones de vida y trabajo, las conductas, y el sistema sanitario). Seguidamente, se muestran algunos datos sobre las desigualdades sociales en la esperanza de vida y la mortalidad, así como en la salud percibida y la salud mental. Para ello se han consultado fuentes de información nacionales (INEbase) e internacionales (Eurostat), y se han analizado las Encuestas Nacionales de Salud.

A pesar del desarrollo económico y los avances sociales de España en las últimas décadas, aún está lejos de alcanzar los niveles de bienestar de la UE. Los grupos sociales más vulnerables son las personas de clases sociales desfavorecidas, las mujeres, o más recientemente la población inmigrada de países pobres, que presentan peores condiciones de vida y de trabajo, adoptan conductas no saludables y tienen más dificultades para acceder a algunos servicios. Además de las características de los individuos, existen variaciones geográficas relacionadas con los recursos sociales, económicos y sanitarios que dispone cada región. Estas desigualdades sociales se dan de igual manera en la salud, siendo los grupos más desfavorecidos los que presentan una peor salud y un exceso de mortalidad. Además, cuando se ha podido estudiar, la evolución muestra que las desigualdades persisten, y en algún caso aumentan.

La evidencia existente sobre la existencia de desigualdades en salud y sobre los determinantes sociales de la salud ha de contribuir a aumentar la prioridad del abordaje de las desigualdades en salud. Además, se pone de manifiesto la necesidad de mejorar y adaptar las fuentes de información existentes para poder monitorizar e investigar las desigualdades en salud y sus determinantes.

1. Introducción

En España, el estudio de las desigualdades en salud ha tenido escasa prioridad política. En 1994 se publica uno de los primeros estudios utilizando datos de mortalidad, las encuestas disponibles y el registro estatal de sida.¹ Ese mismo año se estableció una Comisión para el estudio de las desigualdades sociales en salud, y posteriormente en 1996 se publicó el informe donde se describían las desigualdades en mortalidad, la salud percibida, las conductas relacionadas con la salud y la utilización de servicios sanitarios en España.² A pesar de que la Comisión quiso mostrar que la reducción de las desigualdades sociales en salud debiera ser tema prioritario en el proyecto democrático, asumido por parte de todas las fuerzas políticas y sociales, el cambio de gobierno ocurrido poco después de la publicación del informe no le dio visibilidad ni prioridad política.

Posteriormente, diversos estudios han puesto en evidencia la existencia de desigualdades en salud y la evolución a lo largo de los años. Así por ejemplo, el Informe de la Sociedad Española de Salud Pública de 2004 analizó en profundidad las desigualdades en salud desde la perspectiva de género y clase social, así como las desigualdades geográficas.³ Cabe destacar en los últimos años, los informes publicados para el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud sobre desigualdades en salud en el territorio español.^{4,5} Además, en algunas Comunidades Autónomas (CCAA) como Cataluña^{6,7} y Andalucía⁸ se han realizado informes exhaustivos al respecto. Por otro lado, destacamos el proyecto MEDEA “Desigualdades socioeconómicas y medioambientales en la mortalidad en ciudades de España”, que permite, por primera vez en España, tener datos de mortalidad para distintas ciudades a nivel de sección censal y estudiar su relación con indicadores socioeconómicos y medioambientales, siendo uno de los productos el “Atlas de Mortalidad en Ciudades de España (1996-2003)”.⁹

El debate científico y su traducción en las políticas de salud sitúa a la distribución de los recursos económicos y los servicios, así como a la pobreza material y la desigualdad social, entre los principales determinantes de las desigualdades en salud y la equidad sanitaria. El modelo utilizado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS los agrupa en tres componentes: el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica, y los factores intermedios (ver capítulo 1).¹⁰

El objetivo de este capítulo es, por un lado, presentar algunos ejemplos sobre los determinantes sociales de la salud del modelo de determinantes de la OMS, y por otro lado, actualizar la descripción de las desigualdades en salud y describir la evolución en los últimos años en España.

2. Breve descripción de la metodología

En primer lugar, se ilustran algunos ejemplos sobre los determinantes sociales de la salud agrupados según el modelo de la OMS, utilizando datos de fuentes nacionales e internacionales. Se describen los últimos datos disponibles de la Encuesta de Condiciones de Vida, la Encuesta de Presupuestos Familiares, la Encuesta de Población Activa y la Encuesta de Empleo del Tiempo, además del Padrón continuo de habitantes y del Censo de población, obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE).¹¹ Asimismo, se analizan las Encuestas Nacionales de Salud¹² que además de aportar información sobre aspectos relacionados con la salud, también proporcionan información sobre algunos determinantes sociales: la

posición socioeconómica, las conductas relacionadas con la salud y la utilización de los servicios de salud. Por otro lado, los datos comparativos de la Unión Europea (UE) se obtienen del conjunto de indicadores de Eurostat, la oficina estadística de la Unión Europea.¹³

Seguidamente, se muestran algunos datos sobre las desigualdades en salud en la población española. Para ello, se muestran resultados sobre la evolución y las desigualdades geográficas en la esperanza de vida, obtenidos del Ministerio de Sanidad y Consumo. También se muestran resultados de las desigualdades en la mortalidad según el nivel de estudios, extraídos de publicaciones científicas. Además, se describen las desigualdades en la salud percibida y la salud mental, según género, clase social, país de origen y CCAA, analizando las Encuestas Nacionales de Salud.

En general los indicadores mostrados son frecuencias o porcentajes; si bien, los indicadores obtenidos de las Encuestas Nacionales de Salud se muestran como porcentajes estandarizados por edad (usando como referencia la población de la Encuesta Nacional de Salud de 2006).

3. El contexto social, económico y político

El estado de salud y de desarrollo de una población viene determinada en gran parte por el contexto social, económico y político. El poder político y el tipo de políticas macroeconómicas y sociales, así como la extensión y la naturaleza del estado del bienestar, contribuyen a la salud y las desigualdades en salud incidiendo en el bienestar de la ciudadanía.^{14,15}

España, a partir de la instauración de la democracia entra en una etapa de desarrollo económico y social, dejando atrás el régimen dictatorial y pasando a regirse por una Constitución que define un Estado social, democrático y de Derecho. Así por ejemplo, a partir de la Constitución de 1978 que reconoce el derecho a la protección a la salud, los servicios de salud financiados públicamente fueron progresivamente ampliados a toda la población. Sobre todo, a partir de 1986 cuando se aprobó la Ley General de Sanidad que fijaba los principios básicos del Servicio Nacional de Salud planteando un modelo sanitario progresista. Los principios básicos eran la cobertura universal, la financiación pública a través de impuestos, la integración de los distintos servicios sanitarios, la descentralización política de la sanidad a las CCAA y un nuevo modelo para la atención primaria de salud.¹⁶ La financiación a través de impuestos ocurrió a partir de 1999 y la descentralización a las CCAA se llevó a cabo de manera progresiva empezando en 1981 en Cataluña y acabando en Diciembre de 2001 con las últimas 10 CCAA.^{17,18}

A pesar del progreso económico y social de España en las últimas décadas, aún falta alcanzar el nivel de desarrollo del conjunto de la UE ya que muestra diferencias en los indicadores relacionados con políticas estructurales. España, respecto la UE, registra mayor pobreza y desigualdad de renta, un mayor desempleo masculino y menos participación femenina en el mercado laboral, y aún está muy por debajo en cuanto al gasto social (tabla 1).

4. La posición socioeconómica

La estructura social de la población forma parte de los determinantes estructurales de la salud. Así, la desigualdad social en salud se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su nivel socioeconómico (nivel de estudios, clase social o ingresos), sexo, territorio o etnia. La desigualdad que se produce se da en el sentido de que un poder mayor y un mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas están en relación con el menor poder y el peor acceso a los recursos de las más desfavorecidas, lo que se plasma en un gradiente en el desarrollo de la salud, mostrando peores indicadores en los colectivos socialmente desfavorecidos.¹⁹

En España, se observa como el nivel de formación alcanzado por la población aumenta en las generaciones más jóvenes. El año 2007, mientras la mayoría de personas mayores de 65 años tienen estudios primarios o inferiores (73% de hombres y 83% de mujeres) en las cohortes más jóvenes este porcentaje va disminuyendo, de manera que la mayoría de personas de 16 a 29 años tiene estudios secundarios o superiores (52% de hombres y el 64% de mujeres) (figura 1). Sin embargo, a pesar de esta mejora en el nivel de formación, la población española aún muestra peores indicadores respecto a la UE, como una menor proporción de población con estudios secundarios o superiores (50% de personas de 25 a 64 años en España frente a 67% en UE-15 y 70% en UE-25), y un mayor abandono escolar prematuro (31% de personas de 18 a 64 años que sólo ha llegado a la educación secundaria básica en España frente a 17% en UE-15 y 15% en UE-25). La educación da acceso a una determinada ocupación y por lo tanto a un nivel de ingresos, además, se relaciona con el nivel cultural e influye en las conductas y los estilos de vida. Así, por ejemplo, se observa una mayor tasa de desempleo al disminuir el nivel de estudios de la población, siendo siempre superior en mujeres (figura 2).

Junto con el nivel de estudios, la clase social definida según el tipo de ocupación es el indicador de posición socioeconómica más utilizado. La ocupación no sólo refleja condiciones del trabajo, ligadas a exposiciones del medio ambiente laboral, sino que conlleva unas determinadas condiciones materiales de vida. En España el año 2006, aproximadamente un 40% de la población pertenece a clases sociales manuales cualificadas (42% de hombres y 39% de mujeres de clase social -CS- IV), un 14% de hombres y un 21% de mujeres son de clases manuales no cualificadas, en cambio menos del 20% pertenecen a las clases privilegiadas formadas por directivos y profesionales (CS I y II).¹

Respecto al nivel de ingresos, se observa un aumento en los ingresos familiares al aumentar el nivel de formación de la persona de referencia del hogar. Y, son los hogares con ingresos inferiores los que presentan más dificultades para afrontar algunos gastos del hogar, que disminuyen en forma de gradiente al aumentar el nivel de ingresos familiar (figura 3).

Otro aspecto a tener en cuenta es la nueva situación sociodemográfica, vinculada a la incorporación de poblaciones inmigrantes, que requiere mejorar el conocimiento de esta población para poder llevar a cabo políticas que garanticen el bienestar de la comunidad en su conjunto.²⁰ En España, el fenómeno de la

¹ La clase social se crea a partir de la ocupación del individuo, o en su defecto la de la pareja o la persona sustentadora principal del hogar. La ocupación se codifica según la Clasificación Nacional de Ocupaciones, y se agrupa según la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología (Grupo de trabajo de la SEE y de la SEMFyC. Una propuesta de medida de la clase social. Aten Primaria. 2000;25:350-63.).

inmigración es relativamente reciente, la población de nacionalidad extranjera ha experimentado un notable crecimiento desde el año 1998 (figura 4). La población inmigrada es principalmente población en edad activa de 16 a 64 años (representan un 12% de la población del mismo grupo de edad, el año 2007) y población infantil (10%), y en menor medida población mayor de 65 años (3%), lo que corrobora que es población que emigra por motivos económicos con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida (figura 5). La mayoría proceden de América Latina, Este de Europa y países del Norte de África. Aún mejorando las condiciones de vida del país de origen, las personas inmigradas de países pobres presentan mayor precariedad laboral, y en general, peores condiciones de vida que las personas autóctonas, así por ejemplo, los hogares donde la persona de referencia es de nacionalidad no europea presentan más dificultades para afrontar los gastos del hogar (figura 6).

5. Los factores mediadores de las desigualdades en salud

La estructura social determina desigualdades en los factores intermedios o intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores son las circunstancias materiales y sociales o lo que entendemos por las condiciones de vida y trabajo, los factores conductuales o estilos de vida, y en menor medida el sistema de salud. A continuación se presentan algunos ejemplos de estos factores.

Condiciones de vida y trabajo

Diferentes investigaciones, a nivel nacional e internacional, han mostrado como las condiciones de vida y trabajo son determinantes en la salud de la población, no sólo por los riesgos laborales o ambientales, si no por las condiciones de la vivienda, el empleo y el ambiente laboral, o las redes sociales.^{21,22}

La zona de residencia y su nivel socioeconómico se ha asociado al nivel de salud de la población, independientemente de la posición socioeconómica individual, de manera que puede haber diferencias en las formas de trabajo, de vivir y de relacionarse de las personas que viven en ella, y es determinante del acceso a los recursos, detectándose diferencias entre las poblaciones urbanas y las rurales, entre distintas regiones dentro de cada país, o entre barrios de una misma región.²³ Así por ejemplo, se observa mayor dificultad de acceso a la mayoría de los servicios públicos por parte de la población de municipios más pequeños, y sobre todo, destacan las dificultades en el acceso al transporte público, la atención primaria o los comercios, sin embargo, no se observan grandes diferencias en el acceso a la enseñanza obligatoria (figura 7).

El acceso a una vivienda digna y adecuada es un derecho de toda la ciudadanía, sin embargo, España sufre una grave carencia de vivienda pública. En los últimos años ha aumentado notablemente el precio de la vivienda privada, como consecuencia de la especulación y los beneficios generados por el mercado inmobiliario, traduciéndose en un derecho de difícil acceso, sobre todo para la población con menores ingresos y para la población joven en edad de emanciparse. Se observa que la vivienda en propiedad aumenta en los hogares de mayores ingresos, por el contrario los hogares con ingresos inferiores son más frecuentemente de alquiler o de cesión gratuita. Según datos del 2006, se estima que los hogares españoles dedican una cuarta parte del gasto de consumo anual al capítulo de vivienda, agua, electricidad, gas y otros

combustibles, seguido del transporte y la alimentación. Este gasto dedicado a la vivienda muestra variaciones en las CCAA, oscilando del 20% al 30%, siendo las comunidades de Madrid, País Vasco, Aragón y Cataluña las que más porcentaje del gasto de consumo dedican a la vivienda (figura 8).

En España, en los últimos años, se han producido grandes modificaciones en las condiciones de trabajo, debidas en parte, a las transformaciones en el mercado de trabajo, como la flexibilización de las relaciones laborales, el aumento del número de pequeñas empresas o los cambios en la organización del trabajo; y en parte, a los cambios en la población laboral, por el mayor envejecimiento y la incorporación laboral progresiva de la mujer.²⁴ Desde mediados de la década de los noventa, coincidiendo con el ciclo de expansión económica, ha habido un incremento de la población activa y el empleo, teniendo un efecto más positivo en los grupos tradicionalmente excluidos del mercado de trabajo, como las mujeres. Aún así, las mujeres presentan una tasa de actividad y de empleo inferiores a los hombres (la población ocupada era el 60% de los hombres y el 44% de las mujeres el 2008). En cuanto al desempleo, la tasa de paro que venía disminuyendo a finales de los 90, se ha mantenido constante alrededor del 8% en hombres y el 15% en mujeres, pero ha experimentado una subida el último año 2008 (figura 9).

A pesar de la incorporación de la mujer al mercado laboral existe en España, como en otros países desarrollados, una segregación horizontal, los hombres y las mujeres trabajan en sectores de actividad económica diferentes; y una segregación vertical por la cual los puestos de trabajo de categoría superior están ocupados por hombres.²⁵ Así por ejemplo, el año 2007, los hombres se ocupan principalmente en la construcción, la industria, y el comercio, en cambio las mujeres ocupan trabajos que reproducen el papel de cuidadoras, principalmente actividades sanitarias, sociales y de los hogares, además del comercio (figura 10). Por otro lado, un 9% de hombres y un 6% de mujeres ocupaban puestos de dirección y gerencia, siendo ellas principalmente gerentes de empresas sin trabajadores (figura 11).

Además, la evolución positiva del empleo o la participación en el mercado de trabajo no garantiza el bienestar si las condiciones de trabajo son precarias. La temporalidad, los bajos salarios y los riesgos en el trabajo aumentan el nivel de privación, afectando sobre todo a los grupos sociales más vulnerables. En España, cabe destacar los altos valores de temporalidad laboral que afectan sobre todo a la población más joven (alcanzando el 80% de población de 16 a 19 años y el 60% de 20 a 24 años) y a las mujeres (figura 12). La contratación temporal afecta también en mayor medida a la población extranjera, principalmente a las personas nacidas en países pobres² (figura 13).

Este cambio en la composición del mercado laboral, ha comportado importantes transformaciones sociales y está exigiendo una adaptación de las dos principales esferas de la vida social: el trabajo remunerado y la vida familiar. Sin embargo, ni en España ni en otros países de la UE, la irrupción de la mujer en el mercado laboral ha ido acompañada de una redistribución equitativa del trabajo doméstico. En ausencia de políticas de igualdad para la conciliación del trabajo remunerado y el doméstico, muchas mujeres, sobre todo de clases sociales más desfavorecidas, siguen orientando su vida hacia la familia. En España, todavía muchas mujeres continúan trabajando a tiempo completo en casa, y aún cuando la mujer trabaja fuera de casa sigue siendo la principal responsable del trabajo del hogar y del cuidado de la familia, en un contexto en el

² Se categorizó el país de nacimiento en: España, países de la UE-15 y otros países ricos; y países pobres, con un índice de desarrollo humano <0.9 según datos del Informe sobre desarrollo humano 2007/2008, UNDP (United Nations Development Programme).

que los recursos comunitarios para el cuidado de las personas dependientes son muy escasos. Así, las mujeres que se incorporan al mercado de trabajo hacen una doble jornada, mientras que otras, en proporciones muy superiores a otros países de la UE, continúan trabajando a tiempo completo en casa.²⁶ Así por ejemplo, los hombres dedican más tiempo al trabajo remunerado y mucho menos tiempo al trabajo doméstico, notándose además como ellos dedican más tiempo a actividades lúdicas como el deporte y las aficiones (figura 14).

Por otro lado, otros aspectos a destacar son el envejecimiento progresivo de la población y también el cambio progresivo que ha existido en las estructuras de los hogares. Estos cambios sociales dan lugar por ejemplo, a un gran número de personas que viven solas, sobre todo entre las personas mayores, que provoca aislamiento social y que motiva una mayor presión sobre los servicios formales de salud o de atención social.²⁷ Según datos del Censo de Población de 2001, un 11% de hombres y un 26% de mujeres mayores de 65 años viven solas, y asciende al 19% y el 32% en hombres y mujeres mayores de 85 años (figura 15).

Los factores conductuales

Los estilos de vida, o conductas relacionadas con la salud, son factores modificables que se han demostrado determinantes para nuestro estado de salud. El estilo de vida, depende en gran parte de otros factores determinantes de la salud, como los factores socioeconómicos.²⁸ Numerosos estudios han mostrado como las clases desfavorecidas presentan conductas de riesgo con mayor frecuencia, como el consumo de tabaco, alcohol; o no realizan actividades saludables, como el ejercicio físico en el tiempo libre o una dieta equilibrada.²⁹

El consumo de tabaco sigue siendo la principal causa evitable de muerte y enfermedad en nuestra sociedad. Se trata de uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardíacas, la bronquitis crónica y el enfisema, el cáncer de pulmón y otras enfermedades.³⁰ En España, el periodo de 1993 a 2006, la evolución de la prevalencia de tabaquismo ha sido diferente en hombres y mujeres. Los hombres muestran prevalencias superiores respecto las mujeres, y son mayores en las clases desfavorecidas, pero la tendencia es decreciente, sobre todo en las clases privilegiadas lo que hace que aumenten ligeramente las desigualdades (figura 16). El año 2006, se observan mayores prevalencias de tabaquismo en hombres de clases desfavorecidas, pero la cesación es igual en todos. En las mujeres, el patrón respecto al consumo de tabaco cambia por grupos de edad. En las jóvenes de 16 a 44 años, la prevalencia es mayor en las clases desfavorecidas y el abandono del hábito tabáquico es inferior; en mujeres adultas de 45 años o más, en cambio, son las mujeres de clases favorecidas las que habían fumado y lo han dejado, ya que la mayoría declara no haber fumado nunca (aproximadamente 70%) (figura 17). Para el total de mujeres, ello se traduce en que a principios de los 90's el tabaquismo era más frecuente en mujeres de clases favorecidas, y en cambio, los últimos años el tabaquismo es superior en las clases desfavorecidas (figura 16).

Otra conducta relacionada con la salud es la realización de actividad física ya que es un factor protector de determinadas enfermedades y aporta beneficios físicos y psicológicos. Por el contrario, la inactividad física se asocia con un incremento de la mortalidad por todas las causas, en especial por enfermedades cardiovasculares y cáncer, y tiene un efecto protector en el riesgo de desarrollar diversas enfermedades crónicas como la enfermedad coronaria, la hipertensión, la diabetes, la osteoporosis y las enfermedades mentales como la ansiedad y la depresión.^{31,32} En España, a pesar del descenso de la población totalmente

sedentaria, en ambos sexos tanto en clases manuales como no manuales, siguen siendo las personas de clases menos privilegiadas las que presentan mayores prevalencias de sedentarismo (el año 2006 40% en hombres y 46% en mujeres de clases no manuales) (figura 18). En población infantil, en niños y niñas, se observan igualmente diferencias según la clase social, siendo los de clases más privilegiadas los que realizan en mayor proporción entrenamiento deportivo habitual o actividad física regular, y disminuye en forma de gradiente en las clases menos favorecidas (figura 19)

Una de las principales consecuencias de la falta de ejercicio físico es la obesidad. La obesidad eleva notablemente el riesgo de padecer numerosas enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, la diabetes de tipo 2 y determinados cánceres, que, en la actualidad, representan la mayor carga de enfermedades.³³ En España, el periodo de 1993 a 2006, se observa un incremento en las prevalencias de obesidad.³ En hombres aumenta, manteniéndose estables las desigualdades (el año 2006 14% en clases no manuales y 16% en manuales). En mujeres, sin embargo, el aumento es superior en las de clases menos privilegiadas, de manera que las desigualdades aumentan (el año 2006, un 9,7% en clases no manuales y 17,5% en manuales) (figura 20).

El sistema de salud

Aunque los servicios sanitarios contribuyen poco a las desigualdades en salud, el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los derechos. En España, los últimos años ha aumentado la población que es beneficiaria de una mutua u otro tipo de asistencia sanitaria privada. El acceso a una mutua privada permite disponer de algunos servicios no suficientemente cubiertos por la sanidad pública y además, en algunas ocasiones, permite tener acceso a los profesionales de la salud de una forma más rápida (ej. acceso a especialistas). Así, a pesar de la cobertura universal y el financiamiento público, en España existen desigualdades en función del género o la posición socioeconómica a la hora de acceder a determinadas prestaciones o a servicios privados.^{34,35,18}

Se ha observado cómo el aumento en el acceso a los servicios privados se da sobre todo en clases favorecidas lo que significa un aumento de las desigualdades en la doble cobertura y la utilización de servicios sanitarios no cubiertos por la sanidad pública (el año 2006 un 23% en población de clases no manuales frente al 9% de la manuales) (figura 21). Por otro lado, se observan importantes desigualdades en las CCAA, ya que la doble cobertura se da sobre todo en las comunidades de Madrid, Cataluña y Baleares (más del 25%), en cambio el resto presentan valores inferiores.

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, además tiene la responsabilidad de decidir en qué lugar del sistema sanitario debe realizarse la atención ante un problema de salud.³⁶ En España, se observa una tendencia estable en la proporción de personas que han consultado el médico/a general los últimos 15 días, pero el año 2003 se da un aumento, sobre todo en las clases no manuales (el año 2003 20% en hombres y 28% en mujeres de clases no manuales) (figura 22).

Tal como han mostrado otros trabajos anteriores, es en la atención no cubierta por el sistema sanitario público donde existen grandes diferencias entre clases sociales.^{34,35,18} Por ejemplo, en España, la mayor

³ Para valorar el peso se ha utilizado el índice de masa corporal calculado a partir del peso y la talla declarados, y se consideró obesidad un valor superior a 30 kg/m².

parte de la asistencia odontológica a la población se realiza a través del sistema privado, ya que las prestaciones del sector público se limitan al diagnóstico y la extracción dentaria, siendo excluidas las visitas preventivas. En el periodo 1993 a 2006, la población que ha consultado al dentista en los 3 últimos meses muestra una tendencia ascendente, siendo siempre inferior en personas de clases desfavorecidas y en hombres (el año 2006 14% en hombres y 18% en mujeres de clases manuales) (figura 23). En general, debido a que se trata de un servicio no cubierto por la financiación pública, es la capacidad de pago de las personas lo que determina la demanda de este tipo de servicios, así por ejemplo el 2007, un 7% de la población no pudo recibir tratamiento dental, siendo superior en los hogares de menos ingresos. El principal motivo fue la falta de recursos materiales, ya que el 46% declaró no poder permitírselo por motivos económicos.

Para identificar enfermedades en estadios iniciales y prevenir el avance de la enfermedad es importante llevar a cabo una serie de prácticas preventivas como pueden ser el control de factores de riesgo, o los cribados de cáncer. En España, al igual que en otros países, a pesar del aumento en la realización de prácticas preventivas en los últimos años, aún es inferior en las personas de clases menos privilegiadas.^{35,37,18} Sin embargo, aquellas prácticas que están extendidas a toda la población no muestran diferencias socioeconómicas, como por ejemplo, la realización de mamografías preventivas, gracias a la existencia de programas de cribado en todas las CCAA.³⁸ Los programas de detección precoz en grandes poblaciones son la vía utilizada en todo el mundo para lograr la detección precoz del tumor, y reducir la mortalidad ocasionada por ésta enfermedad. En la actualidad existen suficientes evidencias sobre la eficacia de los programas de detección precoz de cáncer de mama mediante mamografía periódica en mujeres de 50 a 69 años. En España, la proporción de mujeres que realizan mamografías periódicas en la edad recomendada, de 50 a 69 años, es muy elevada (más del 90% el año 2006), y se observa un ligero aumento respecto el 2003, por lo que no se observan grandes desigualdades según clase social (94% en clases no manuales y 91% en manuales) (figura 24).

6. Las desigualdades en salud

Las desigualdades en la mortalidad

Los indicadores de mortalidad han sido muy utilizados para estudiar las desigualdades en salud por ser una de las fuentes de información más disponible y comparable. Son muchos los trabajos realizados con estos datos con el objetivo de mostrar las desigualdades y relacionarlos con indicadores sociales y económicos.^{39,40}

Uno de los indicadores del progreso de las sociedades es la disminución de la mortalidad con el consiguiente aumento de la esperanza de vida. En España, la esperanza de vida al nacer, esto es, el promedio de años que se espera que viva un individuo desde el nacimiento hasta su muerte, era de unos 40 años en 1916, y ha experimentado un ascenso hasta llegar a los 80 años el 2006. Este progreso de las condiciones de vida y salud a lo largo del siglo sólo se vio interrumpido por la pandemia de la gripe (1918-1919) y por la Guerra

Civil y los años de la posguerra (1936-1939) (figura 25).⁴¹ Según datos de la OMS del año 2002, la esperanza de vida en la UE-15 fue de 78 años y la esperanza de vida libre de incapacidad fue aproximadamente de 71 años, estos valores son superados por los valores de Suecia y los países del área mediterránea como Francia, Italia y España, donde estos valores fueron de 80 años y 73 años respectivamente.⁴² A pesar de la mejora de las condiciones de vida y el aumento de la esperanza de vida, se observan desigualdades entre CCAA. Así por ejemplo, existe una asociación negativa entre la esperanza de vida al nacer y el nivel socioeconómico, de manera que las CCAA con mayores tasas de desempleo son las que presentan una menor esperanza de vida (figura 26).

Cabe destacar que sólo algunas CCAA y ciudades disponen del nivel socioeconómico en los datos de mortalidad, a través de la ocupación⁴³ o el nivel de estudios⁴⁴ que tenían las personas difuntas. Un estudio europeo⁴⁵, que incluye datos de mortalidad de las CCAA de Madrid y el País Vasco y de la ciudad de Barcelona, comparó la magnitud de las desigualdades socioeconómicas en 22 países de Europa, mediante un índice relativo de desigualdad según el nivel de estudios.⁴ Se observa, en todas las regiones de Europa estudiadas, un exceso de riesgo de mortalidad en aquellos individuos de bajo nivel de estudios, siendo inferior en mujeres (figura 27).

En Barcelona existen numerosos trabajos que han evidenciado las desigualdades socioeconómicas en mortalidad en las última década así como su evolución, por ejemplo, un trabajo reciente ha estudiado las tendencias de las desigualdades en salud según el nivel de estudios para un amplio abanico de causas.⁴⁴ Este estudio muestra como, a pesar de la existencia de desigualdades en mortalidad por nivel de estudios en la mayoría de causas de defunción, las desigualdades relativas se mantienen estables y las absolutas tienden a disminuir en los hombres (figura 28).

Las desigualdades en la salud percibida

Uno de los indicadores más utilizados en el análisis de las desigualdades en salud es el estado de salud percibido que se obtiene a través de las Encuestas de Salud. Es una medida subjetiva que valora la percepción que tiene la persona de su estado de salud, mostrando ser un buen predictor de la esperanza de vida, de la morbi-mortalidad⁴⁶ y de la utilización de servicios sanitarios. En España, en el periodo de 1993 a 2006, se observa en hombres una tendencia estable de las prevalencias de mala salud percibida (regular, mala o muy mala), siendo el año 2006 de 23% en clases no manuales y 32% en clases manuales. En mujeres, en cambio, se observa un aumento de las desigualdades entre clases no manuales (32%) y manuales (42%) debido al aumento en mujeres de clases desfavorecidas y el ligero descenso en mujeres de clases favorecidas (figura 29). Las desigualdades, además, muestran un gradiente en toda la escala social, así el año 2006 las clases más favorecidas presentan menores prevalencias de mala salud (16% en hombres y un 25% en mujeres de clase I), y aumentan en forma gradiente en las clases menos favorecidas (un 35% en hombres y un 45% en mujeres de clase V) (figura 30).

⁴ El Slope Index of Inequality (SII) es una medida de desigualdad relativa que tiene en cuenta el tamaño de los grupos por lo que es útil para utilizarlo en estudios de comparación.

Por otro lado, las desigualdades en la prevalencia de mala salud según la clase social existen en todas las CCAA, siendo siempre las personas de clases menos favorecidas las que presentan mayor prevalencia de mala salud, respecto a las personas de clases más favorecidas, tanto en hombres como en mujeres. La mayoría de las CCAA presentan diferencias significativas, pero existe gran variabilidad entre regiones, por ejemplo en personas de clases manuales oscila entre el 23% y el 40% en hombres y entre 30% y 53% en mujeres (figura 31).

Las desigualdades en la salud mental

Otro aspecto de la salud prioritario es la salud mental, debido a su gran contribución a la carga de enfermedad de la población y la asociación con altos niveles de discapacidad, así como la relación con una mayor carga familiar y una mayor utilización de servicios. Según datos de la OMS de 2001, los trastornos de salud mental afectan a más del 25% de la población en algún momento de su vida y el 20% de los pacientes de atención primaria presenta uno o más trastornos de este tipo.⁴⁷

Por otro lado, la salud mental constituye uno de los indicadores más utilizados en el análisis de la salud de las poblaciones inmigradas. Además de las condiciones sociales y económicas, las experiencias de adaptación durante el proceso migratorio se vinculan a los trastornos de salud mental.^{20,48}

En España el año 2006, un 16% de hombres y un 27% de mujeres presentan riesgo de mala salud mental,⁵ presentando un claro gradiente según clase social. En hombres representa el 12% de los de clase I y aumenta progresivamente a 18% en los de clase V; en mujeres varía del 19% en las de clase I a 32% en las de clase V, siendo siempre superior a los hombres. También se muestran desigualdades según el país de origen, se observan grandes diferencias en hombres de clases favorecidas, del 5% en hombres de países ricos hasta el 22% en hombres de países pobres; y en mujeres de clases desfavorecidas, del 19% en mujeres de países ricos hasta el 31% en el caso de mujeres de países pobres (figura 32).

7. Conclusiones

Este capítulo ha mostrado algunos ejemplos de los principales determinantes sociales de la salud, así como del estado actual y la evolución de las desigualdades en salud en España. Para ello se ha extraído información de numerosas fuentes de información e indicadores disponibles a nivel nacional e internacional, poniendo de manifiesto como los determinantes de salud pertenecen a ámbitos diversos como el contexto social y político, la posición socioeconómica, las condiciones de vida y trabajo, o las conductas relacionadas con la salud. A pesar de toda la información existente, todavía es difícil relacionar de manera directa algunos determinantes con la salud de la población, ya que la mayoría de fuentes

⁵ La mala salud mental se estimó a partir de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg: General Health Questionnaire de 12 ítems, considerando las personas con una puntuación superior 2 (≥ 3) en riesgo de mala salud mental (Goldberg D. Manual del General Health Questionnaire. 1978).

consultadas no incluyen información sobre la salud, o en el caso de la mortalidad no se incluye información sobre el nivel socioeconómico.

A pesar del desarrollo económico y los avances sociales de España en las últimas décadas, aún estamos lejos de alcanzar los niveles de bienestar de la UE. El porcentaje del PIB destinado a gasto social sigue siendo inferior a los países europeos. Esta situación se ve reflejada en algunos indicadores relacionados con el estado de bienestar o el mercado laboral. Así por ejemplo, el nivel de formación de la población española es menor, la mayoría ocupa clases sociales manuales y algunas regiones todavía presentan dificultades en el acceso a los servicios. Los grupos sociales más vulnerables como las personas de clases sociales desfavorecidas, las mujeres, o más recientemente la población inmigrada de países pobres, presentan peores condiciones de vida y de trabajo, adoptan conductas no saludables y tienen más dificultades para acceder a algunos servicios sanitarios.

Estas desigualdades entre grupos sociales se dan en forma de gradiente en toda la escala social, manifestándose de igual manera en la salud, ello se traduce en la existencia de desigualdades en salud según la posición socioeconómica, el género, el país de origen o el área de residencia, siendo los grupos más desfavorecidos los que presentan una peor salud y un exceso de mortalidad, o menor esperanza de vida.

Respecto a las desigualdades en salud según la posición socioeconómica de los individuos, se observa que al disminuir la escala social disminuye la salud tanto expresada en mala salud percibida como en un exceso de mortalidad o morbilidad. Además, cuando se ha podido estudiar, la evolución muestra que las desigualdades en salud según posición socioeconómica persisten, y en algún caso aumentan, debido principalmente a que las mejoras en materia de salud se dan sobre todo en las poblaciones más privilegiadas, por el contrario las condiciones socioeconómicas desfavorables aumentan en los grupos sociales tradicionalmente más desfavorecidos.

Este trabajo muestra también la existencia de desigualdades entre hombres y mujeres, que no son sólo diferencias biológicas, sino que son también desigualdades de género debidas a las diferencias sociales que se dan entre sexos. Estas diferencias están asociadas a la distinta socialización de mujeres y hombres que determina diferentes valores, actitudes y conductas, las desigualdades en el poder y en el acceso a los recursos y la profunda división sexual del trabajo. Ello se traduce en peores condiciones laborales para las mujeres, con menores salarios y con una doble carga de trabajo fuera y dentro del hogar que repercute en su estado de salud. Pero las desigualdades de género en salud también repercuten negativamente en los hombres, así por ejemplo, los comportamientos de riesgo asociados a la masculinidad tradicional, como el mayor consumo de tabaco, son responsables en buena medida de la menor esperanza de vida de los hombres.

Respecto a la inmigración, es necesario destacar que el inmigrante residente en nuestro país es una persona joven y sana que busca trabajar. Sin embargo, la situación social, laboral y económica de los inmigrantes de países pobres es precaria lo que los convierte en un grupo vulnerable, al igual que muchas personas autóctonas que viven en iguales condiciones desfavorecidas. A pesar de que actualmente las personas inmigrantes de países pobres tienen en general buena salud, presentan un mayor riesgo de mala salud

mental, y es probable que en el futuro esta situación empeore debido a sus desfavorables condiciones de vida y trabajo.

Además de las características de los individuos, el entorno social, cultural y económico influye en la salud de la población. Es decir, independientemente de las desigualdades entre individuos, existen también variaciones geográficas en la salud, relacionadas con los recursos sociales, económicos y sanitarios que dispone cada región. En España se observan desigualdades geográficas en salud, en parte, relacionadas con la pobreza y la distribución desigual de los recursos en el área de residencia.

Finalmente, este capítulo pone de manifiesto la necesidad de poder monitorizar e investigar los determinantes y las desigualdades en salud. Las fuentes de información disponibles en nuestro país deben mejorar y adaptarse para hacer posible esta realidad. Un ejemplo de ello es que la mayoría de fuentes y registros de salud no disponen de información sobre datos socioeconómicos. Además, la evidencia generada ha de contribuir a aumentar la prioridad del abordaje de las desigualdades en salud y ha de facilitar la puesta en marcha de políticas e intervenciones para reducirlas.

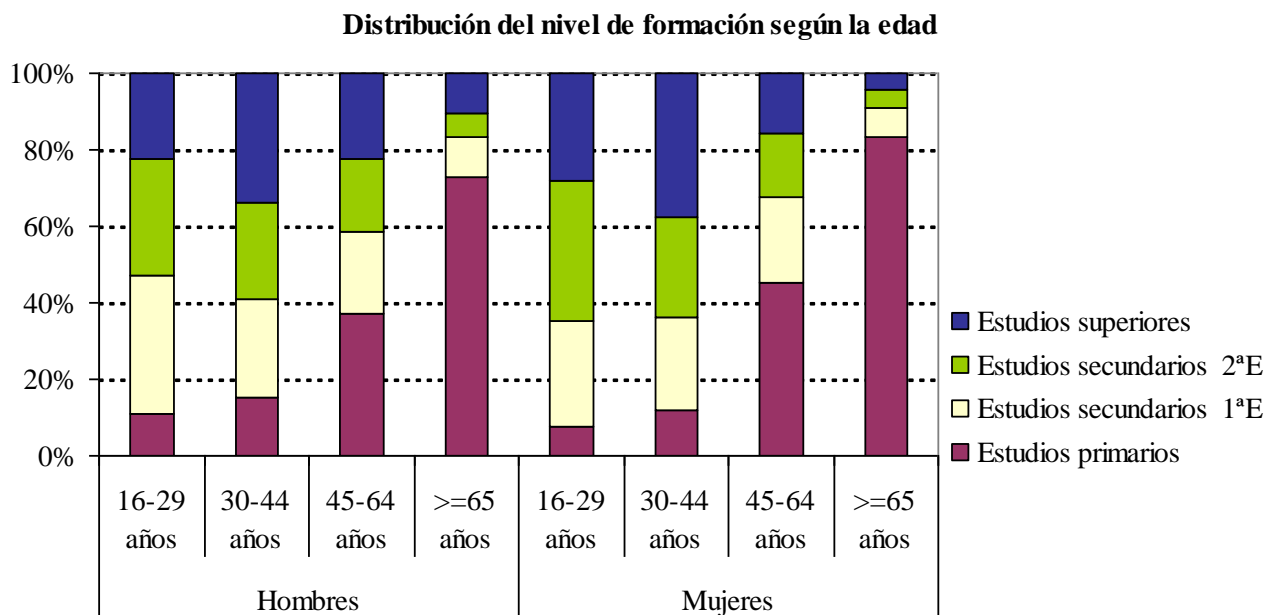
Figuras y tablas

Tabla 1. Indicadores de las políticas macroeconómicas, de mercado laboral y del estado de bienestar. España y Unión Europea, 15 países y 25 países.

Políticas	Indicador	España	UE-15	UE-25
Macroeconómicas	Riqueza 2009 (PIB €/hab)	24.200	29.700	26.800
	Desigualdades de renta 2007 (Gini)	31	30	30
Mercado de trabajo	Desempleo 2008 (% población 15-64 años)	11,3	7,1	7,1
	Empleo femenino 2007 (% población 15-64 años)	54,7	59,7	58,6
Estado de bienestar	Gasto social en salud 2006 (%PIB)	5,3	6,2	
	Gasto social en educación 2006 (%PIB)	3,8	4,1	

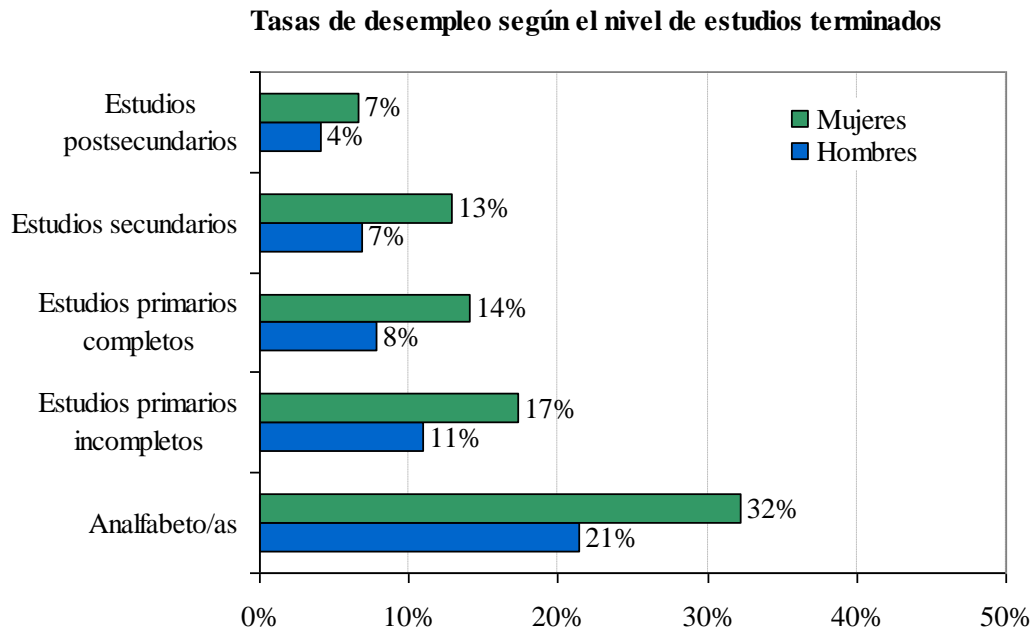
PIB: Producto Interior Bruto
Fuente: Eurostat

Figura 1. Nivel de formación alcanzado según edad en hombres y mujeres. España 2007.



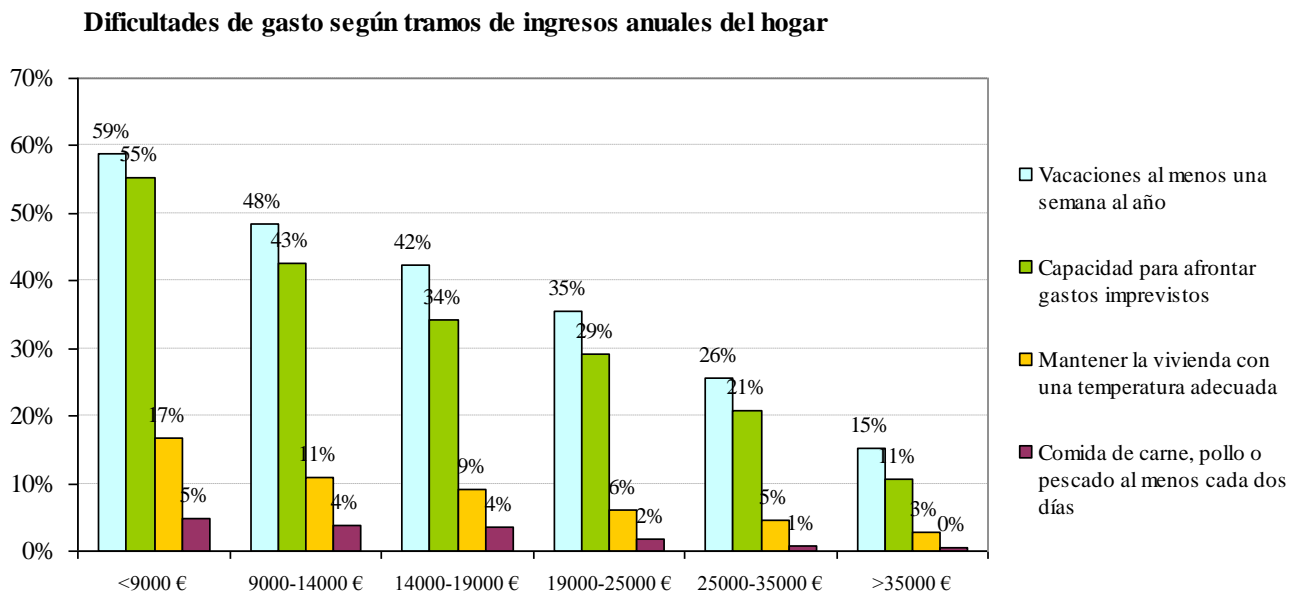
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2007

Figura 2. Tasa de desempleo según el nivel de formación en hombres y mujeres. España 2007.



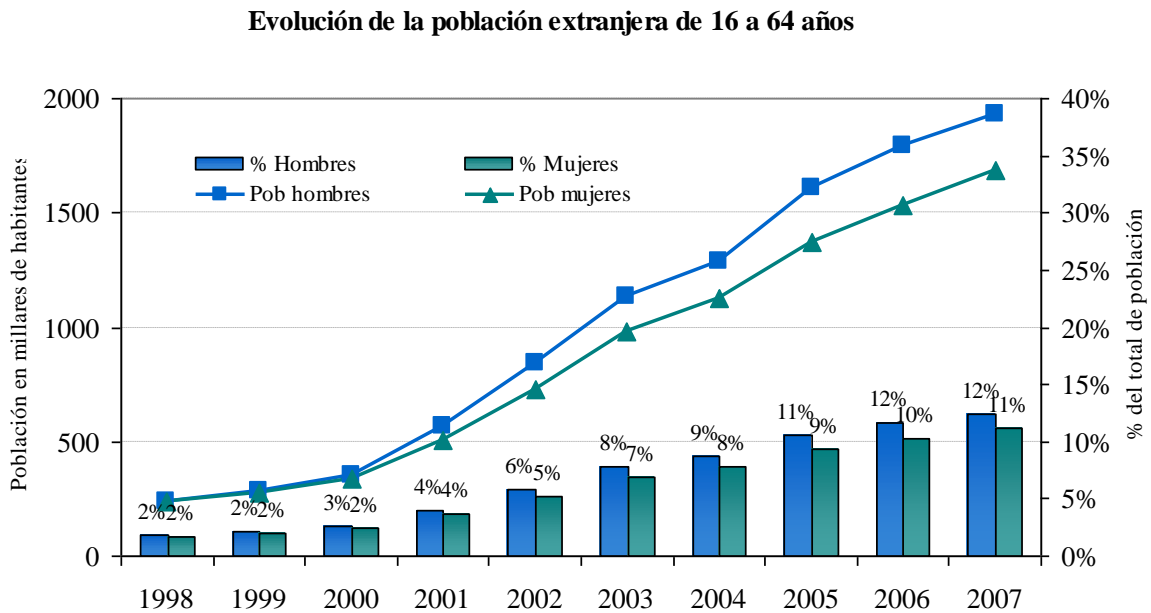
Fuente: Encuesta de Población Activa 007

Figura 3. Dificultades de gasto según el nivel de ingresos anual del hogar. España 2007.



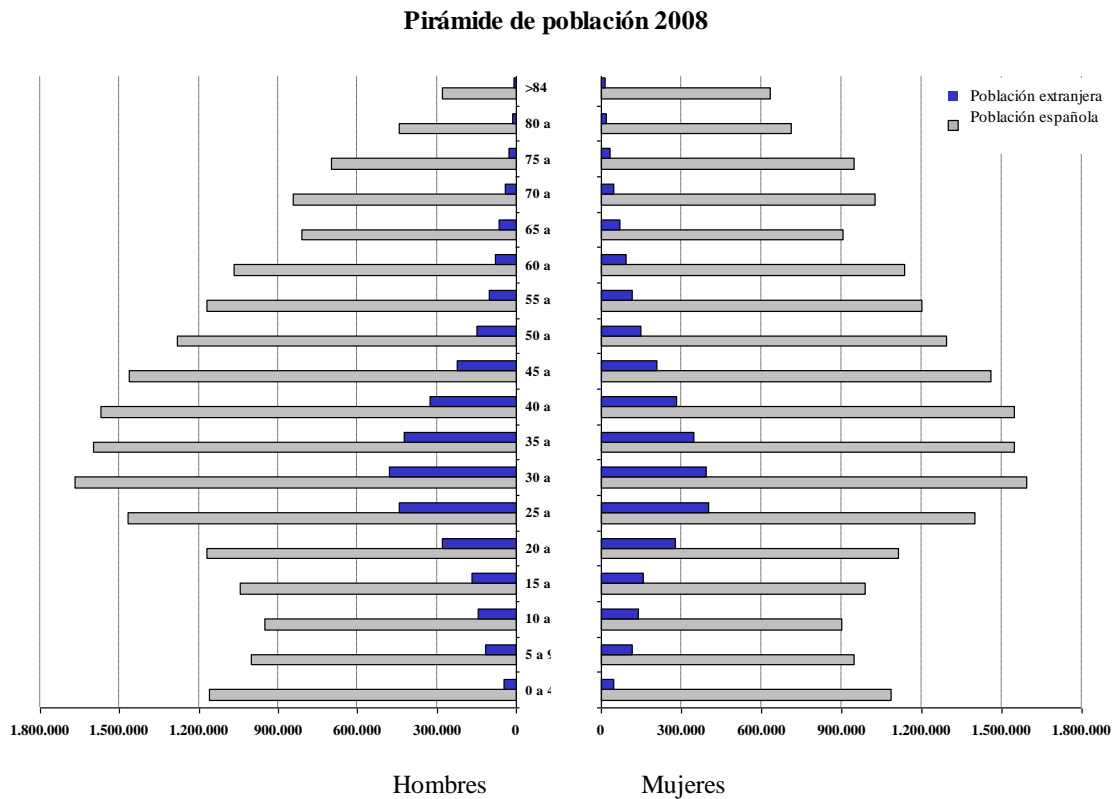
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2007

Figura 4. Evolución de la población de hombres y mujeres con nacionalidad extranjera de 16 a 64 años. 1998-2007.



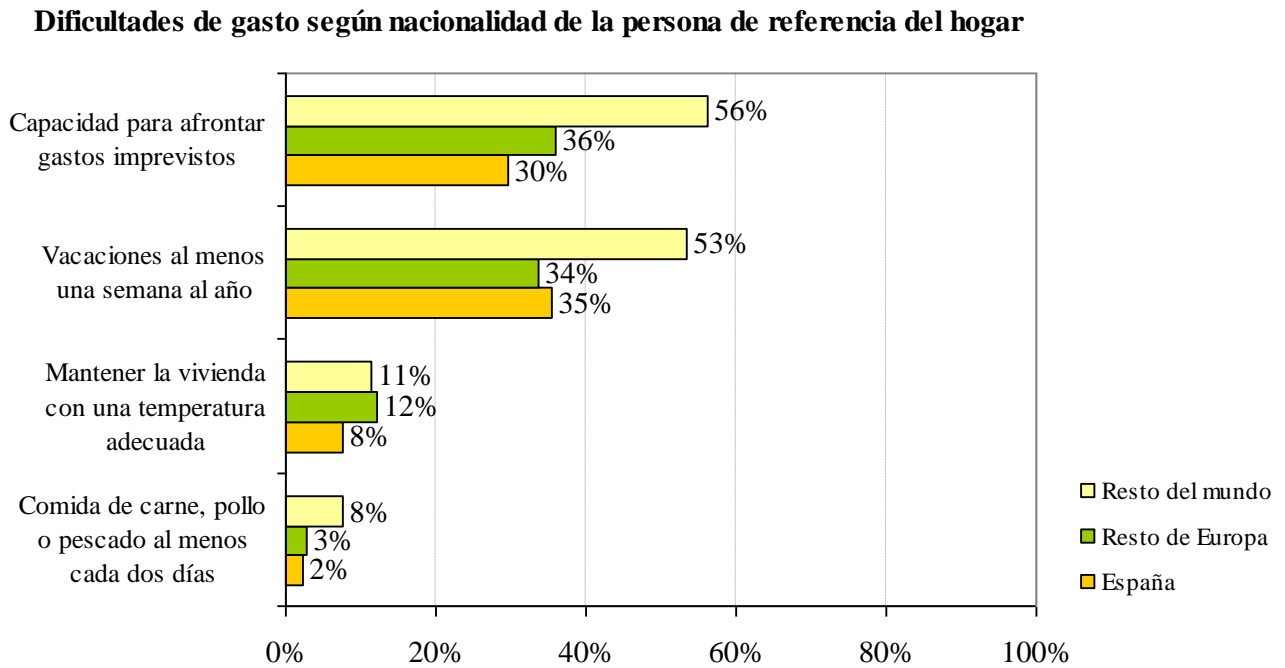
Fuente: Padrón de habitantes continuo

Figura 5. Pirámide de población según edad y sexo en población nacida en España y nacida en el extranjero. 2008.



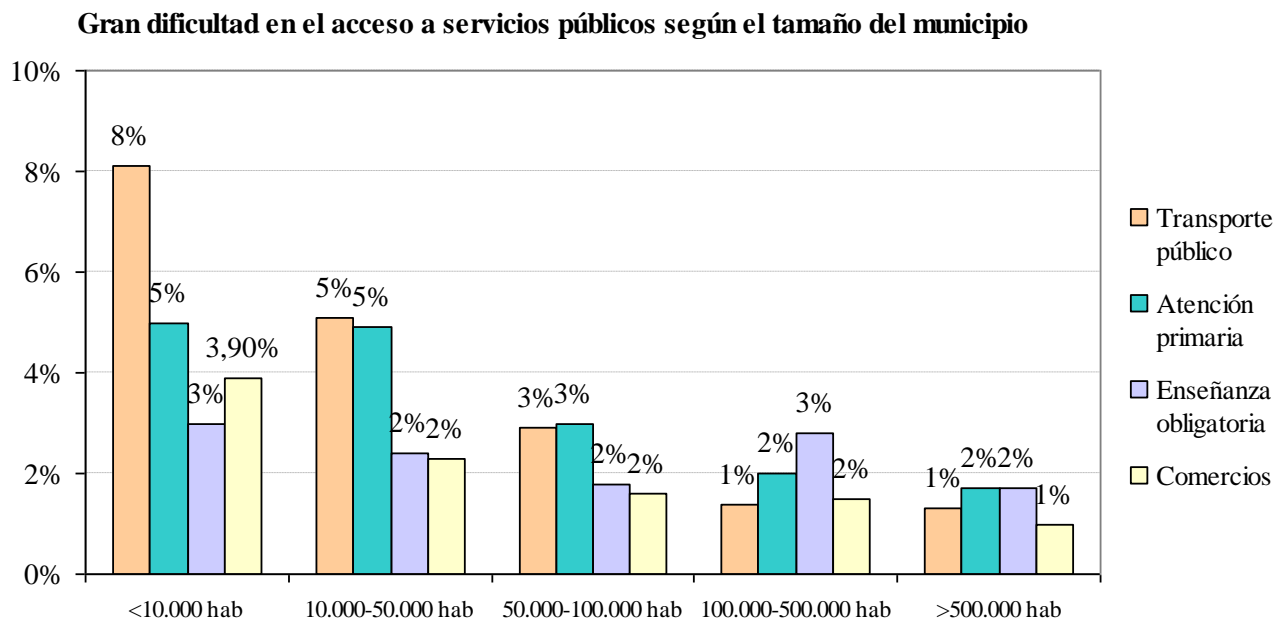
Fuente: Padrón de habitantes 2008

Figura 6. Dificultades de gasto según la nacionalidad de la persona de referencia del hogar. España 2007.



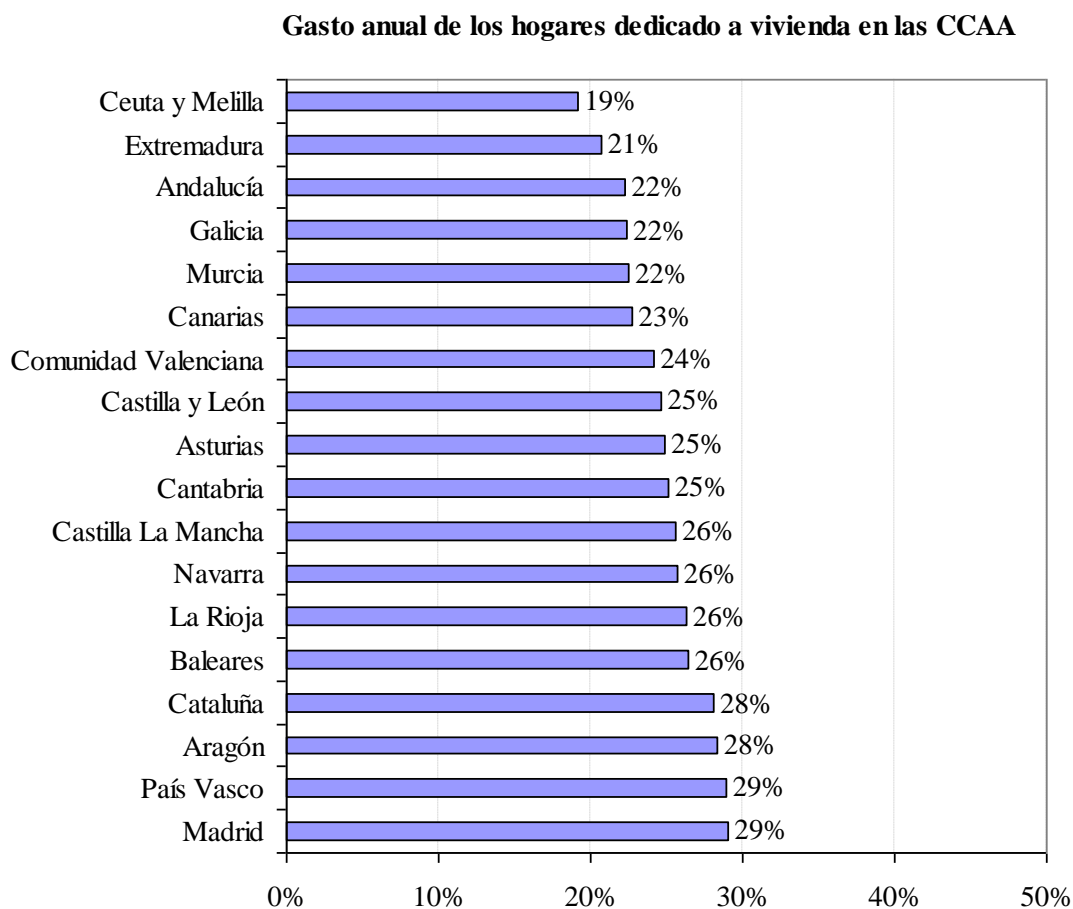
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2007

Figura 7. Gran dificultad en el acceso a servicios públicos según el tamaño del municipio. España 2007.



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2007

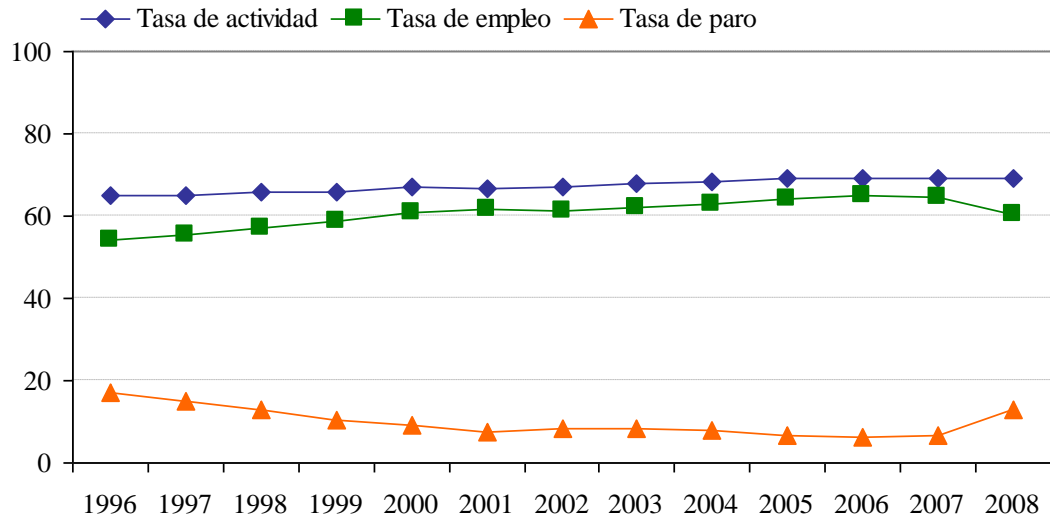
Figura 8. Porcentaje del gasto de consumo en los hogares dedicado a la vivienda en las CCAA. España 2006.



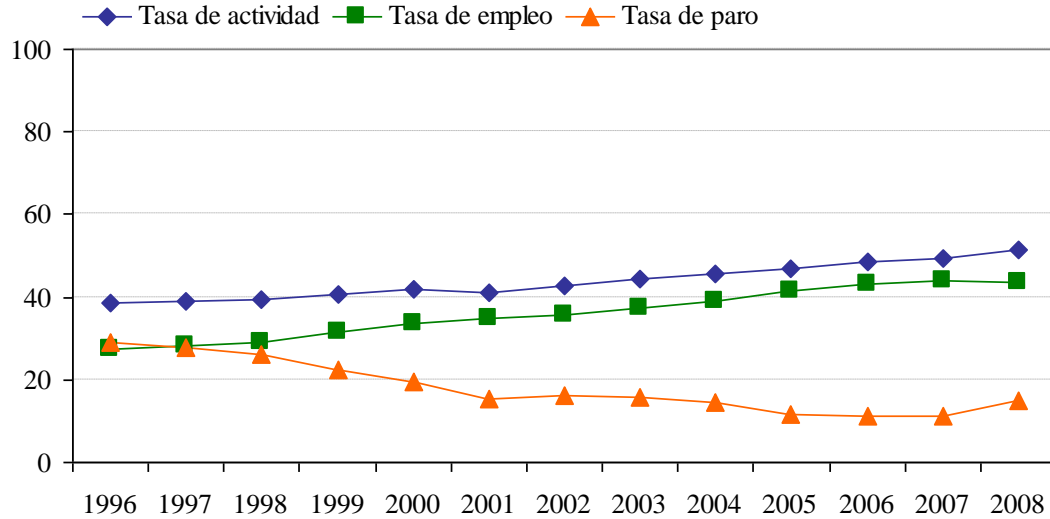
Fuente: Encuesta de Presupuestos Familiares 2006

Figura 9. Evolución de las tasas de actividad, empleo y paro en hombres y mujeres. España 1996-2008.

Evolución de las tasas de actividad, empleo y paro en HOMBRES



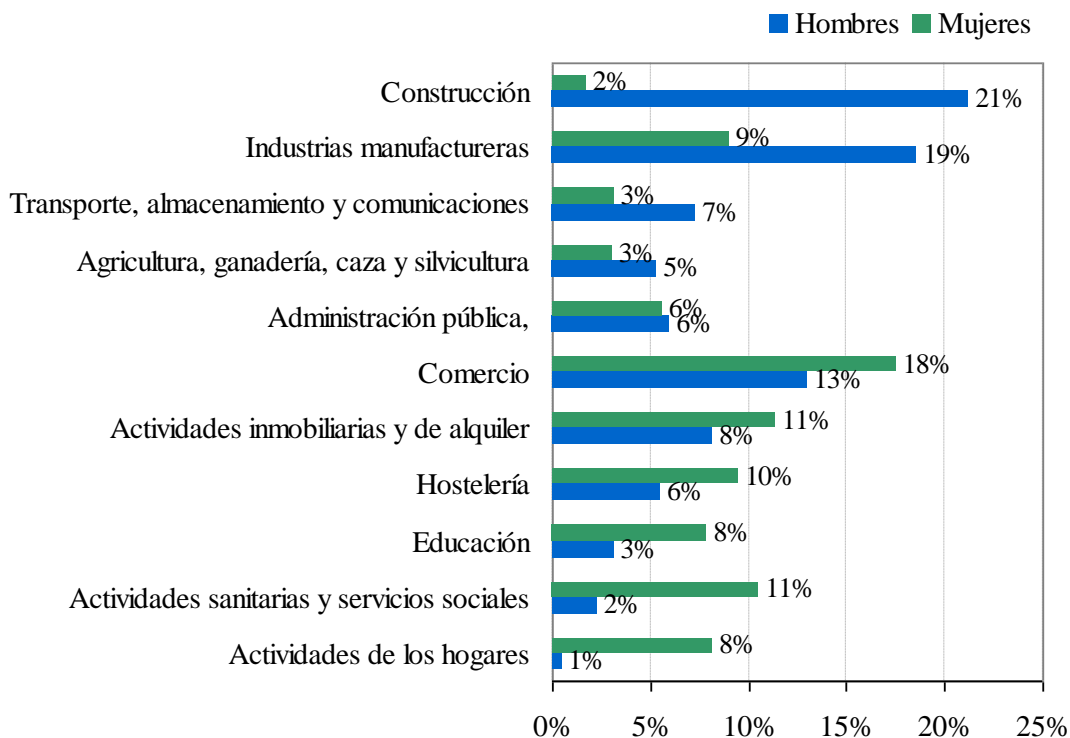
Evolución de las tasas de actividad, empleo y paro en MUJERES



Fuente: Encuesta de Población Activa

Figura 10. Principales actividades económicas realizadas el último año por la población activa de hombres y mujeres. España 2007.

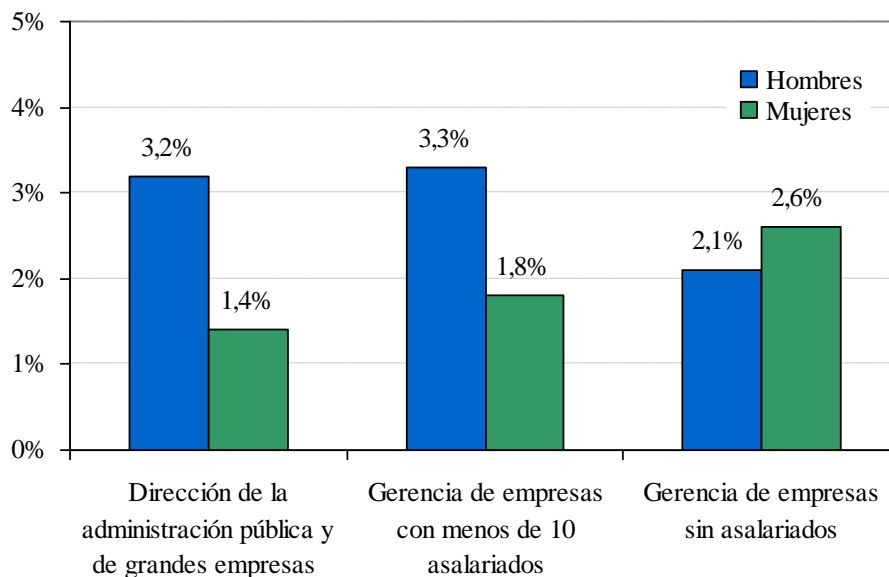
Tipo de actividad económica



Fuente: Encuesta de Población Activa 2007

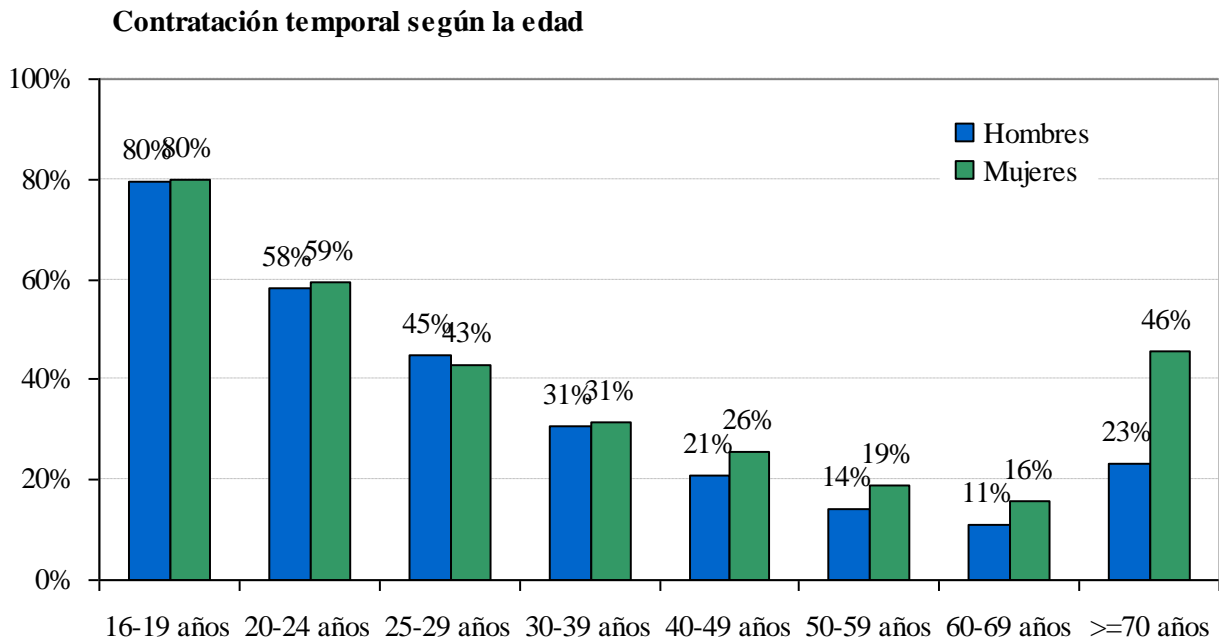
Figura 11. Ocupaciones de dirección y gerencia en hombres y mujeres actualmente ocupados. España 2007.

Ocupaciones de dirección y gerencia



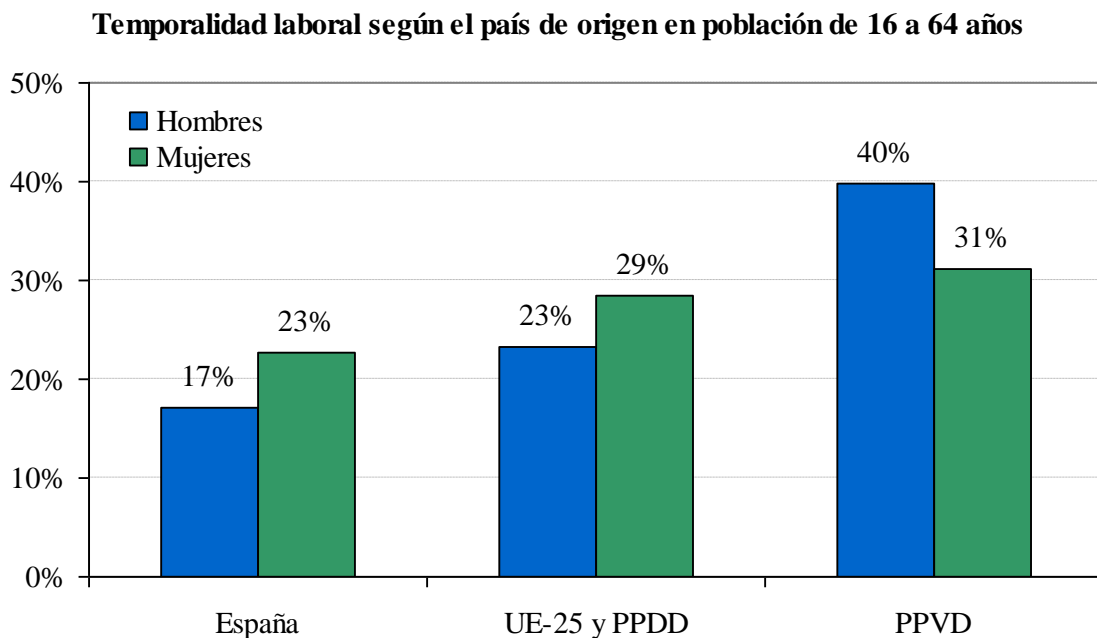
Fuente: Encuesta de Población Activa 2007

Figura 12. Contratación temporal según edad en hombres y mujeres actualmente ocupados. España 2007.



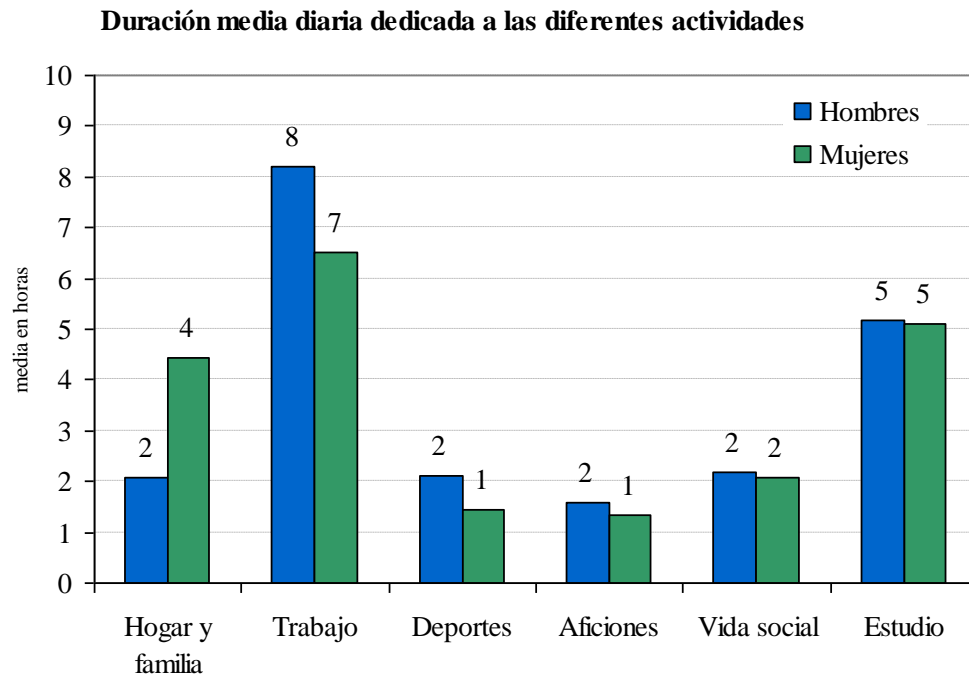
Fuente: Encuesta de Población Activa 2007

Figura 13. Contratación temporal según país de origen en hombres y mujeres actualmente ocupados. España 2006.



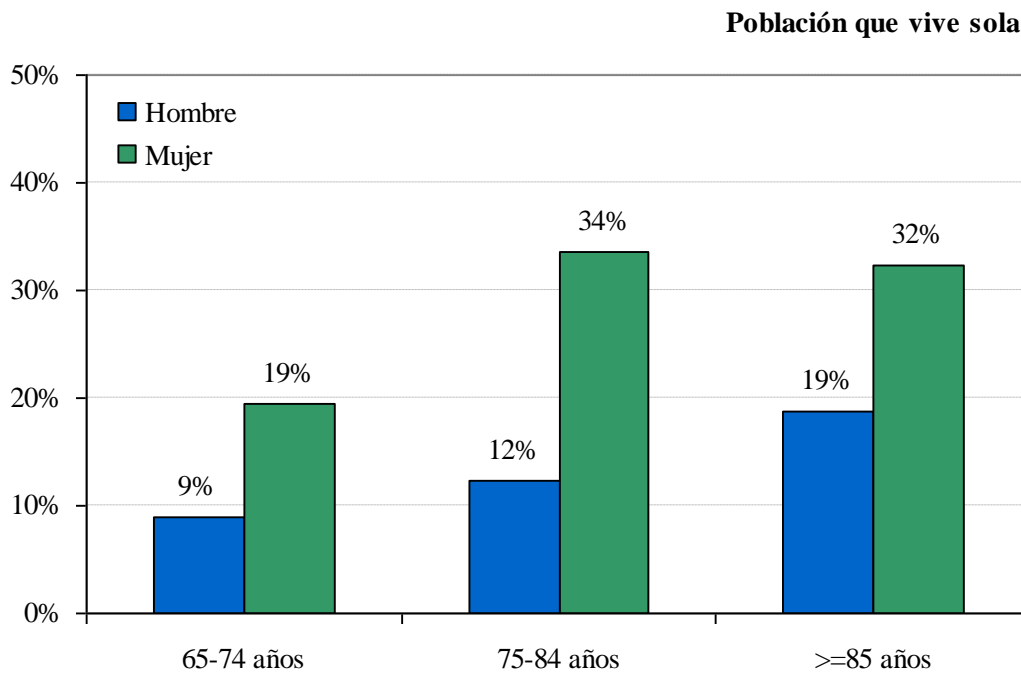
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 14. Duración media diaria dedicada a las diferentes actividades en hombres y mujeres. España 2002-03.



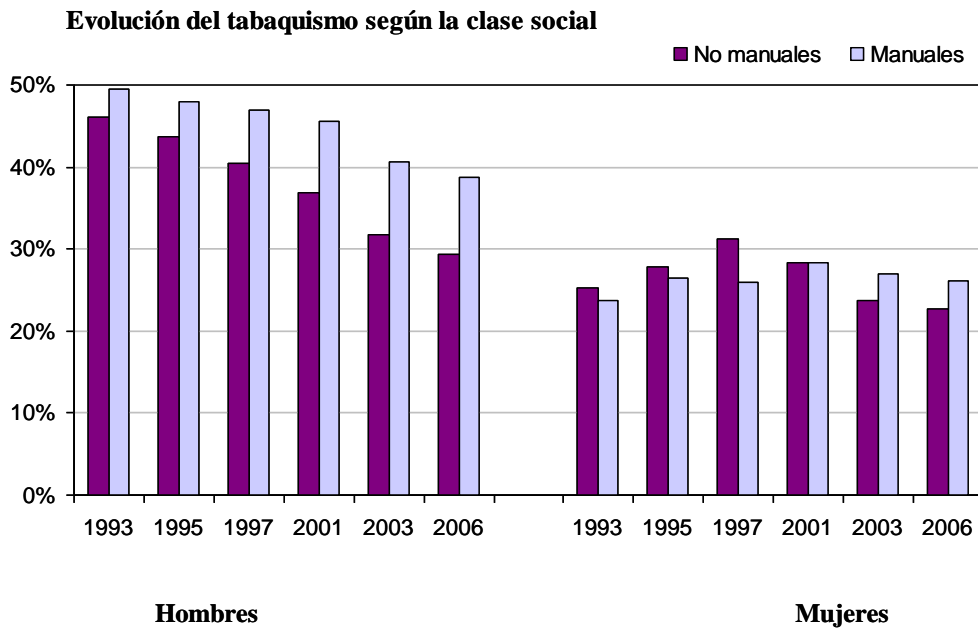
Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-03

Figura 15. Población mayor de 65 años que vive sola según edad en hombres y mujeres. España 2001.



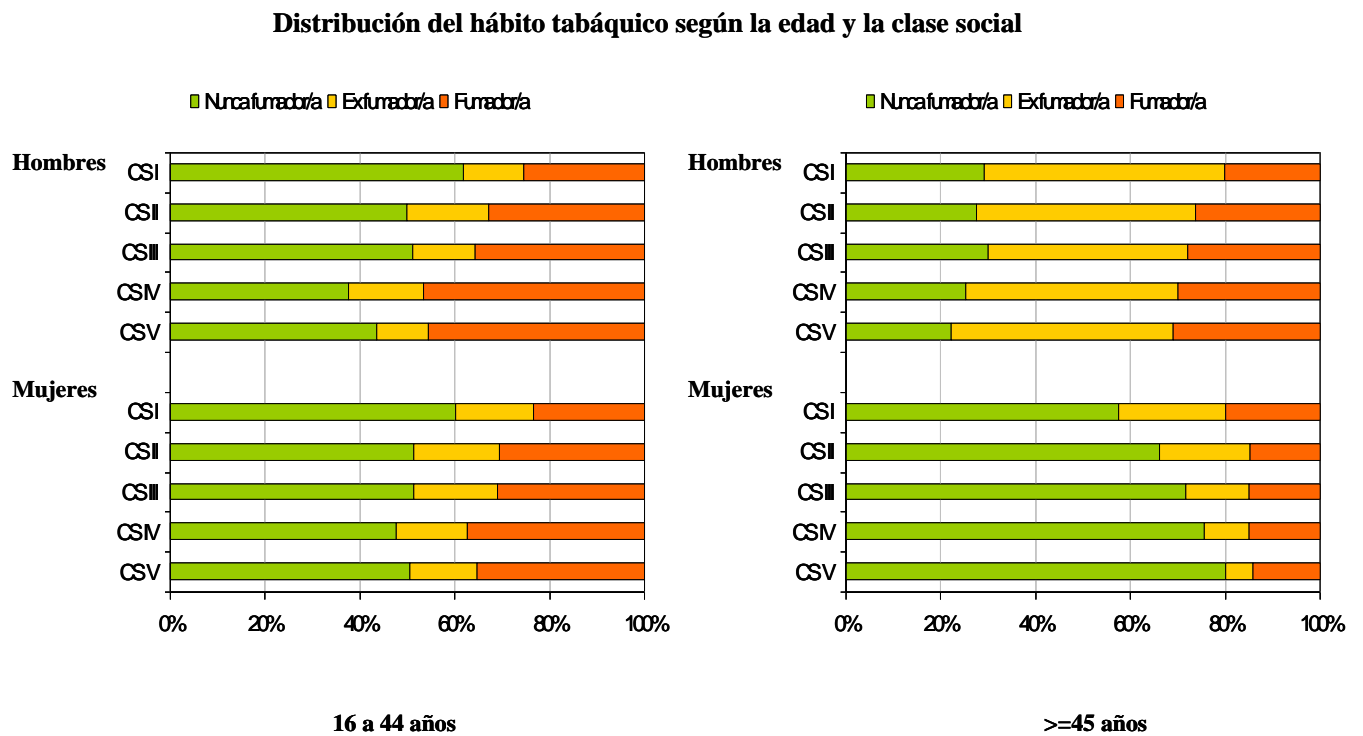
Fuente: Censo de Población 2001

Figura 16. Evolución de las prevalencias de tabaquismo según la clase social en hombres y mujeres. España 1993-2006. Porcentajes estandarizados por edad.



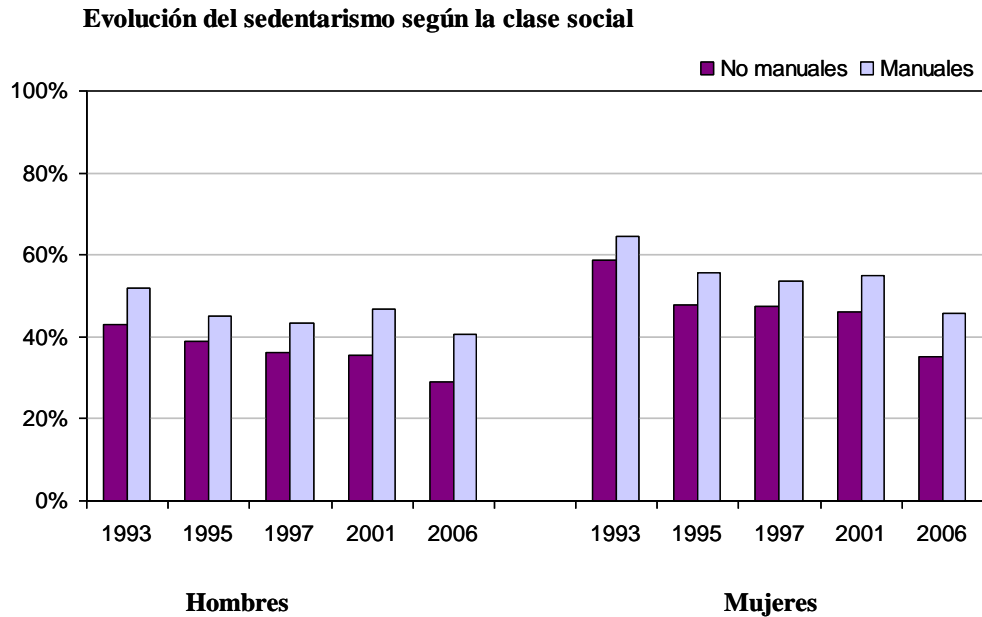
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Figura 17. Distribución del hábito tabáquico según la clase social y la edad, en hombres y mujeres. España 2006. Porcentajes estandarizados por edad.



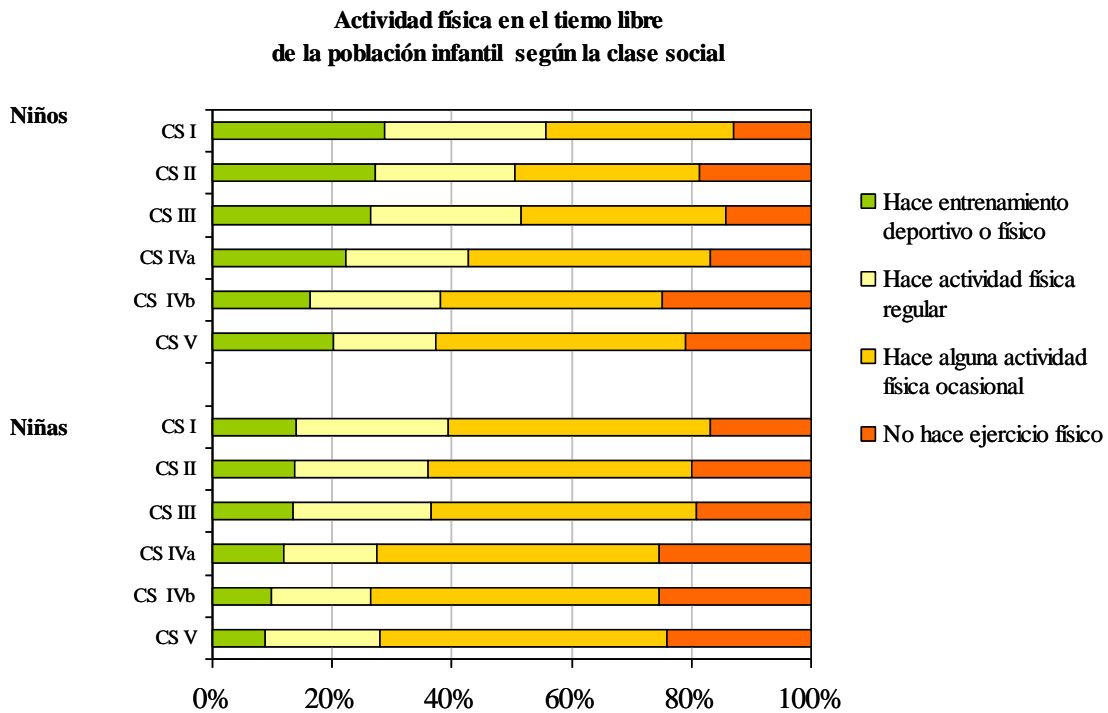
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 18. Evolución de las prevalencias de sedentarismo según la clase social en hombres y mujeres. España 1993-2006. Porcentajes estandarizados por edad.



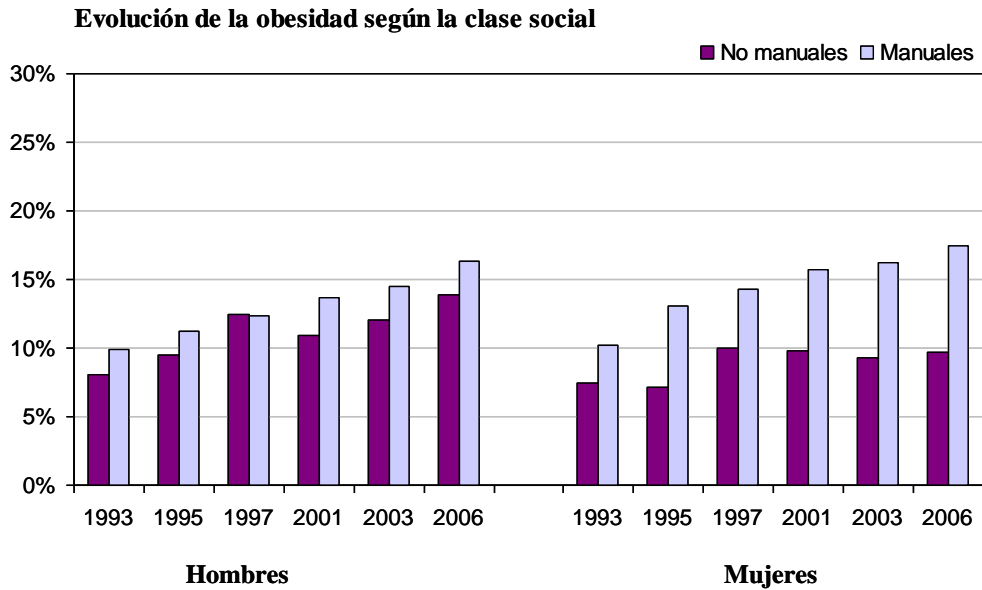
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Figura 19. Tipo de actividad física en el tiempo libre según la clase social en niños y niñas menores de 16 años. España 2006..



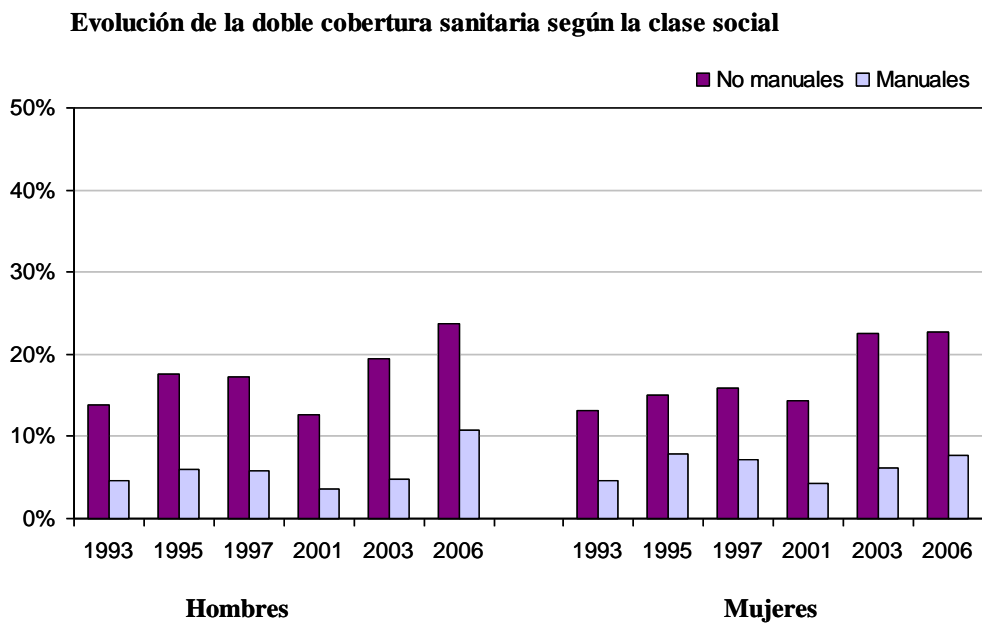
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Figura 20. Evolución de la prevalencias de obesidad según la clase social en hombres y mujeres. España 1993-2006. Porcentajes estandarizados por edad.



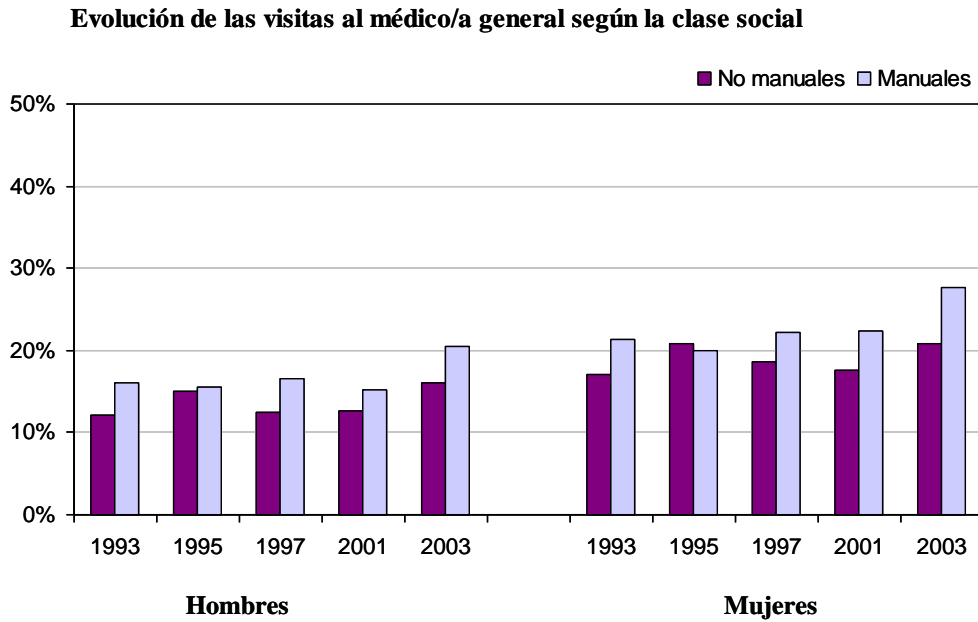
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Figura 21. Evolución de la doble cobertura sanitaria según la clase social en hombres y mujeres. España 1993-2006. Porcentajes estandarizados por edad.



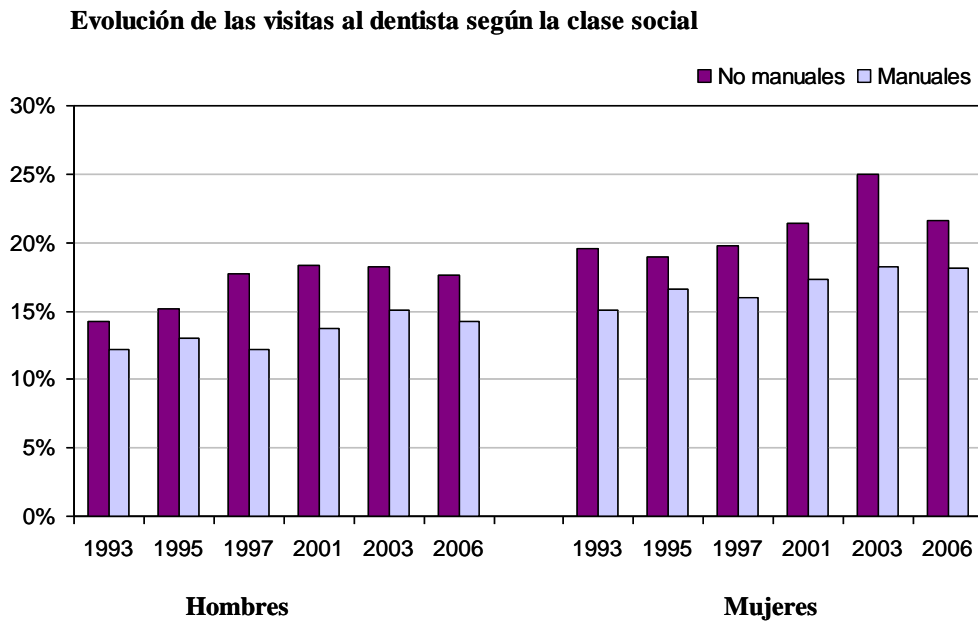
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Figura 22. Evolución de la consulta al médico/a general según la clase social en hombres y mujeres. España 1993-2003. Porcentajes estandarizados por edad.



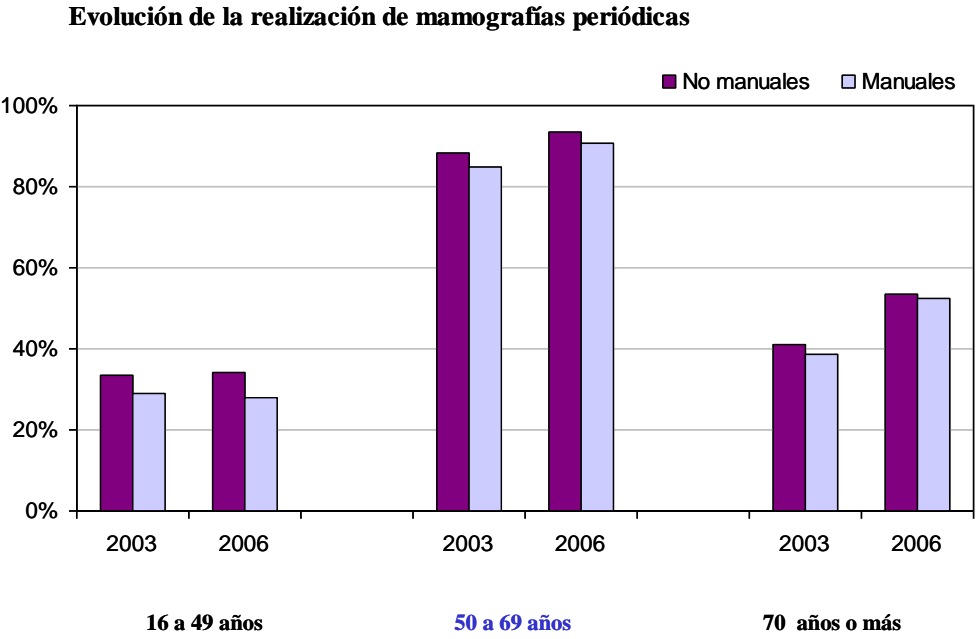
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Figura 23. Evolución de la consulta al dentista según la clase social en hombres y mujeres. España 1993-2006. Porcentajes estandarizados por edad



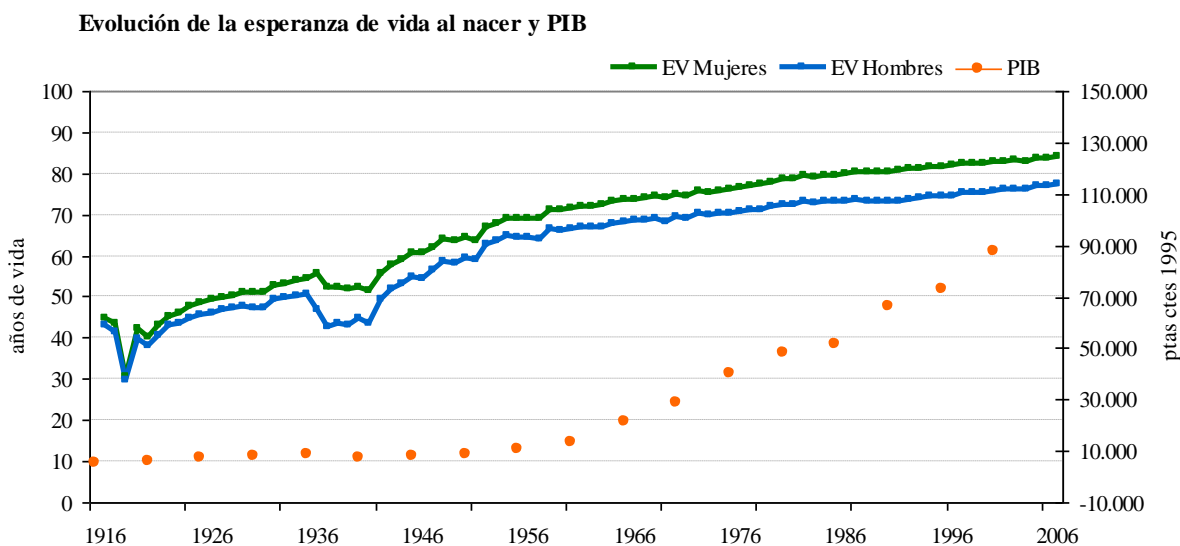
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Figura 24. Evolución de la realización de mamografías periódicas según la clase social y la edad en mujeres. España 2003-2006. Porcentajes estandarizados por edad.



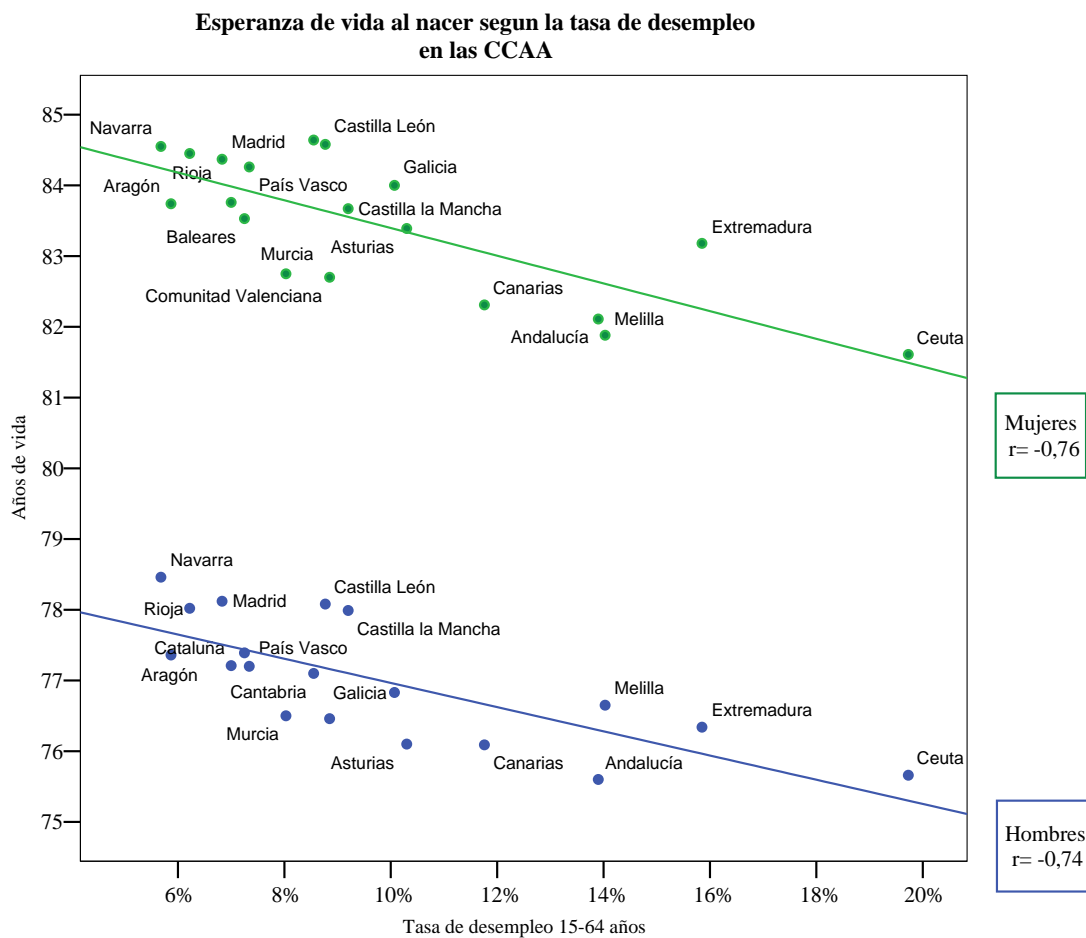
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Figura 25. Evolución de la esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres y el PIB⁴⁹. España 1916-2006.



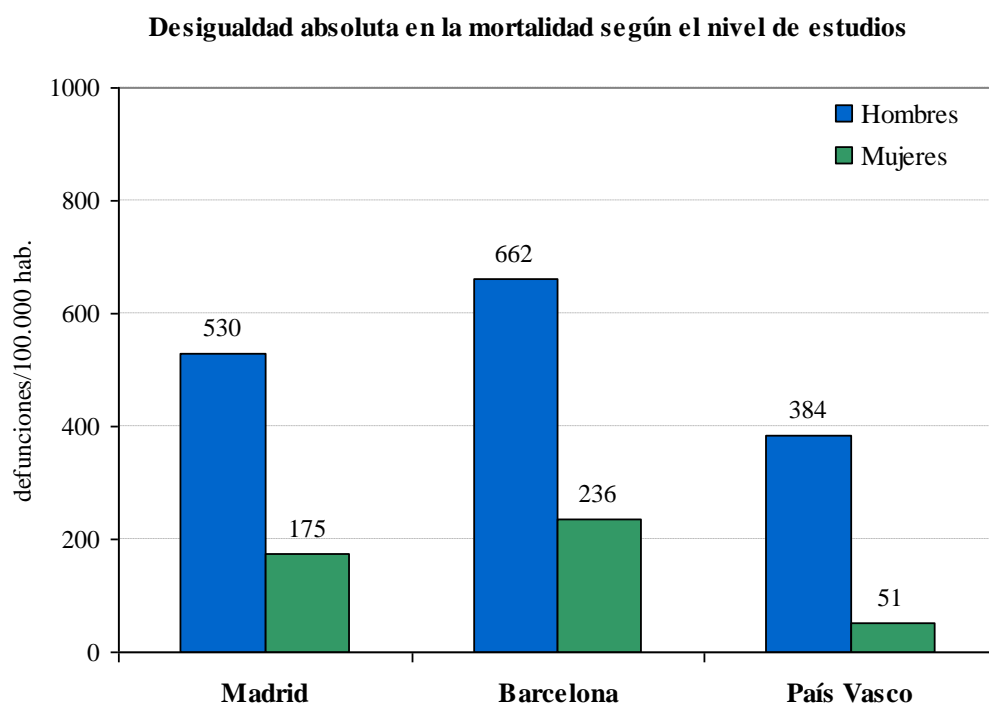
Fuente: www.mortality.org

Figura 26. Esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres según la tasa de desempleo en las CCAA. España 2005.



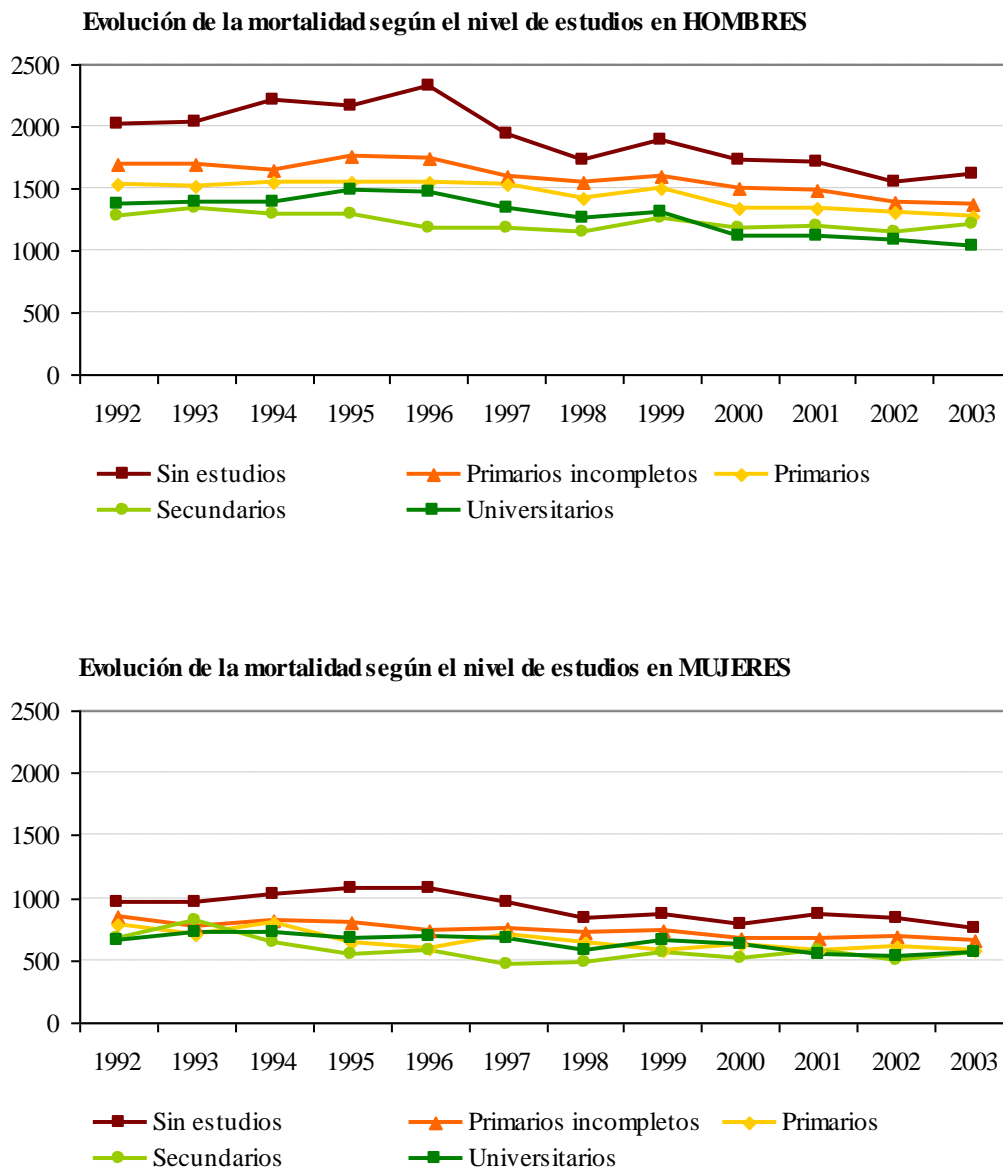
Fuente: INEBase

Figura 27. Desigualdad absoluta en la mortalidad global según el nivel de estudios. Madrid, Barcelona y País Vasco 2000.



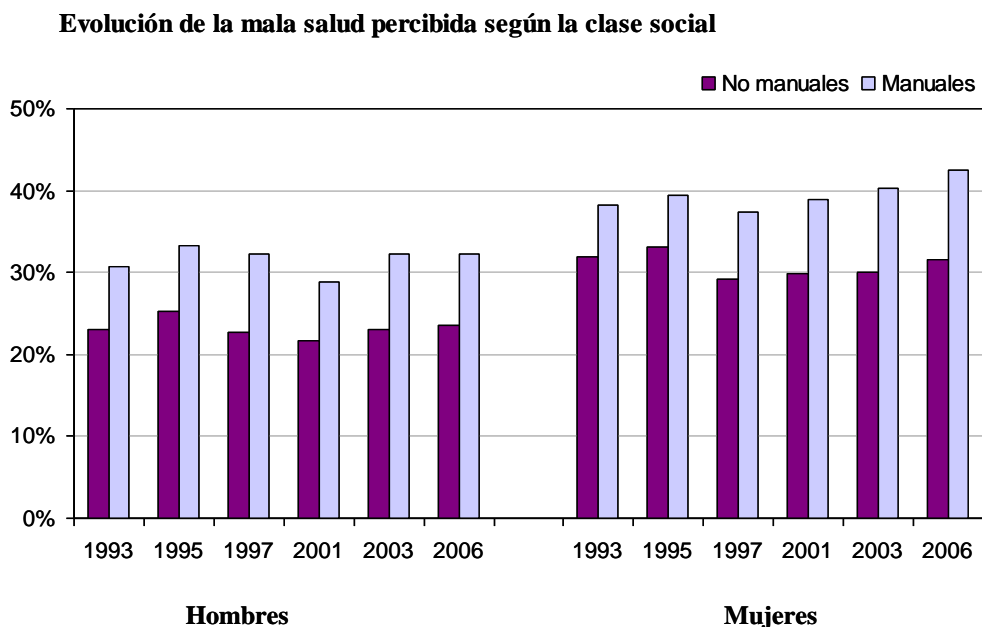
Fuente: Mackenbach et al 2008. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries.

Figura 28. Evolución de la mortalidad global según el nivel de estudios eh hombres y mujeres. Barcelona 1992-2003.
 Tasas de mortalidad estandarizados por edad.



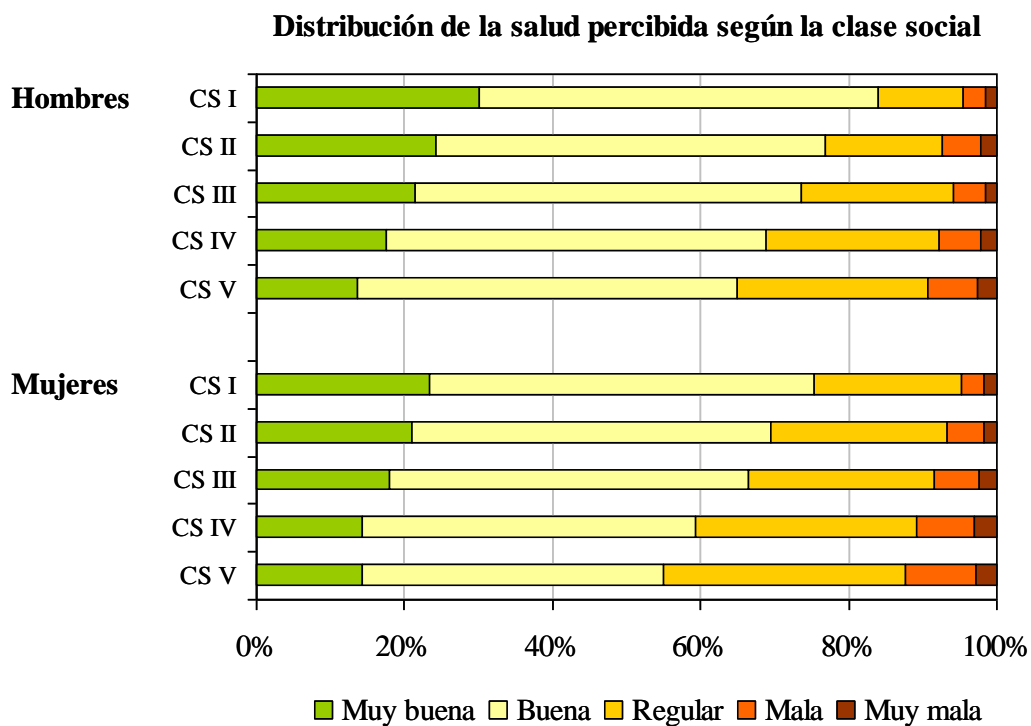
Fuente: Borrell et al 2008. Trends in socioeconomic mortality inequalities.

Figura 29. Evolución de las prevalencias de mala salud percibida según la clase social, en hombres y mujeres. España 1993- 2006. Porcentajes estandarizados por edad.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

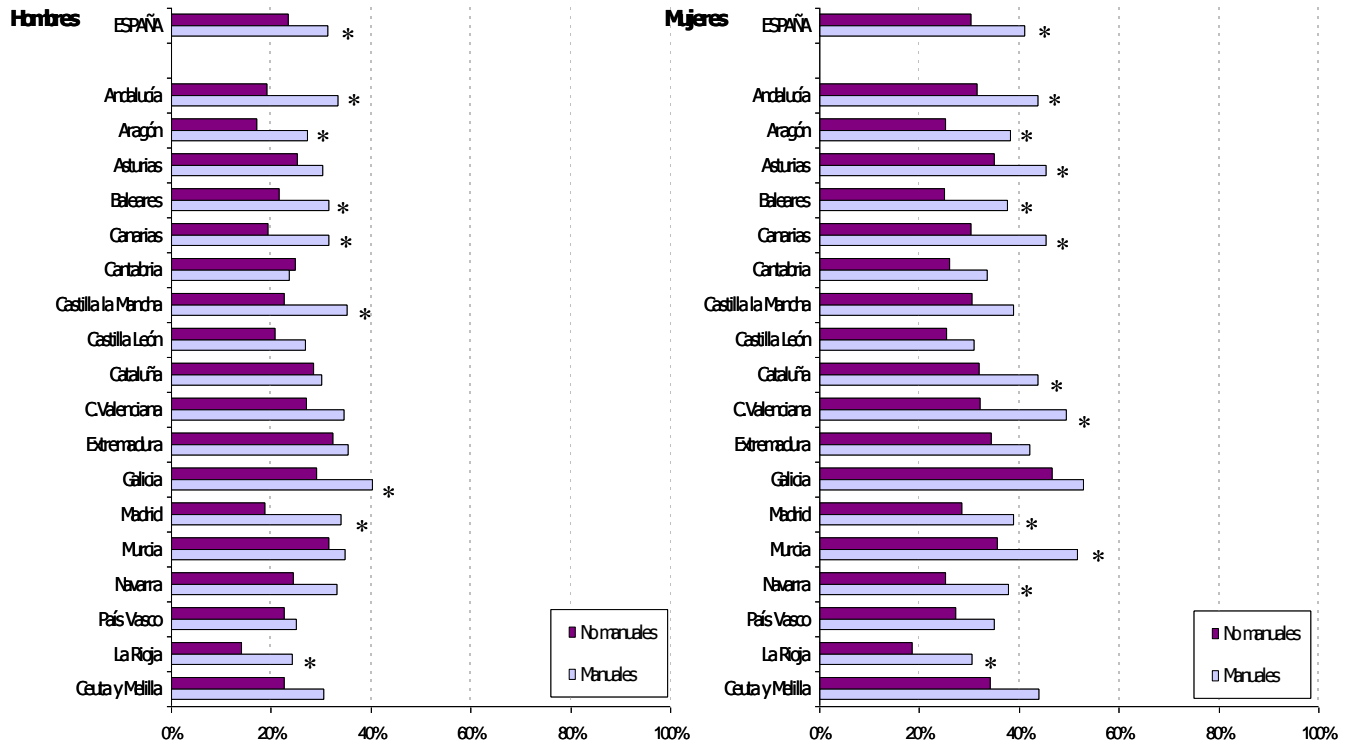
Figura 30. Distribución del estado de salud percibido según la clase social, en hombres y mujeres. España 2006. Porcentajes estandarizados por edad.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

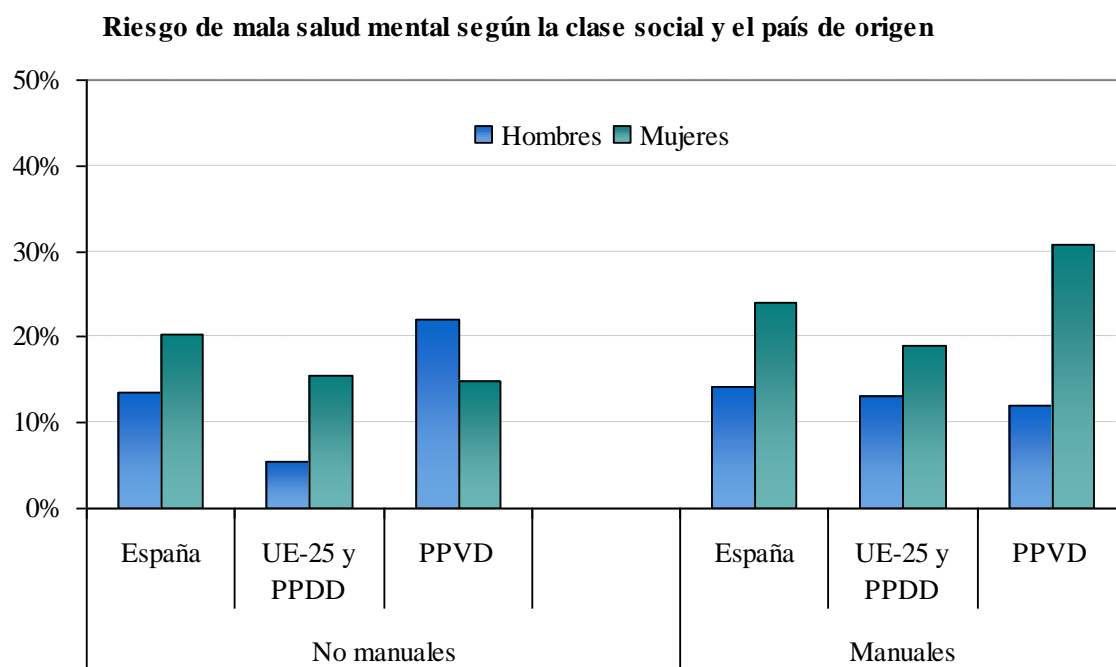
Figura 31. Prevalencias de mala salud percibida según la clase social, en hombres y mujeres, en las CCAA. España 2006. Porcentajes estandarizados por edad.

Mala salud percibida según la clase social en las CCAA



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 32. Prevalencias de riesgo de mala salud mental según la clase social y el país de origen, en hombres y mujeres de 16 a 64 años, España 2006. Porcentajes estandarizados por edad.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Bibliografía

- ¹ Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid: Díaz de Santos. 2004.
- ² Navarro V, Benach, J. Desigualdades sociales en salud en España. Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University. 1996.
- ³ Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18 Suppl 1.
- ⁴ Rodríguez-Sanz M, Carrillo-Santisteve P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CCAA 1993-2003. Observatorios de salud de la mujer y del SNS. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
- ⁵ Pérez G, Cirera E, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Desigualdades de mortalidad en las comunidades autónomas entre 1981 y 2002. Observatorios de salud de la mujer y del SNS. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
- ⁶ Borrell C, Benach J (coords.). Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2003.
- ⁷ Borrell C, Benach J (coords.). L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.
- ⁸ Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía (ed). Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. Andalucía: 2008.
- ⁹ Borrell C, Cano-Serral G, Martínez-Beneito MA, Marí-Dell'Olmo M, Rodríguez-Sanz M y grupo MEDEA. Atlas de Mortalidad en Ciudades de España (1996-2003). Terrassa: Dit i Fet, 2009 (segunda edición).
- ¹⁰ CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- ¹¹ INEbase lista de operaciones estadísticas. España: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/>
- ¹² Encuestas Nacionales de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en : <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional>
- ¹³ Indicadores estructurales de la UE. UE: Oficina estadística de la Unión Europea. Eurostat. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- ¹⁴ Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Águeda Q, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. Lancet. 2006;368:1033-7.
- ¹⁵ Muntaner C, Lynch JW, Hillemeier M, Lee JH, David R, Benach J, Borrell C. Economic inequality, working-class power, social capital, and cause-specific mortality in wealthy countries. Int J Health Serv. 2002;32(4):629-56.

-
- ¹⁶ Reverte-Cejudo D, Sánchez-Bayle M. Devolving health services to Spain's autonomous regions. *BMJ*. 1999;318:1204-5.
- ¹⁷ Rico A, Sabes R. Health Care in Transition (HiT) Profile, Spain. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2000.
- ¹⁸ Lopez-Casasnovas G, Costa-Font J, Planas I. Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of health care services'. *Health Econ*. 2005;14(Suppl 1):S221-35.
- ¹⁹ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22(3):429-445.
- ²⁰ Jansà JM, García-Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl 1:207-213.
- ²¹ Kaplan GA. What is the role of the social environment in understanding inequalities in health? *Ann N Y Acad Sci*. 1999;896:116-9.
- ²² Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*. 2000;320:1200-4.
- ²³ Cummins S, Curtis S, Diez-Roux AV, Macintyre S. Understanding and representing 'place' in health research: a relational approach. *Soc Sci Med*. 2007;65(9):1825-38.
- ²⁴ Santolaria E, Fernández A, Daponte A. El sector productivo. *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl 1:24-30.
- ²⁵ Artazcoz L, Escribà-Agüir V, Cortès I. Género, trabajos y salud en España. *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl 2:24-35.
- ²⁶ Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(9):639-47.
- ²⁷ Sancho Castiello M (coord.). Informe 2006: Las Personas Mayores en España. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2006.
- ²⁸ DG Sanidad y Protección de los consumidores, Comisión Europea. Factores determinantes de la salud: Estilo de vida. Disponible en: ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/lifestyle_es.htm
- ²⁹ Dean K. Self care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and social situation. *Soc Sci Med* 1989; 29:137-152.
- ³⁰ Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer*. 2004;45 Suppl 2:S3-9.
- ³¹ Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C et al. Physical activity and Public Health. *JAMA* 1995; 273:402-407.
- ³² World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: Physical Activity. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/pa/en/index.html>
- ³³ [Sin listado de autores]. Health implications of obesity. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Ann Intern Med*. 1985;103:1073-77.
- ³⁴ Rodríguez M, Stoyanova A. La influencia del tipo de seguro y la educación en los patrones de utilización de los servicios sanitarios. *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl 1:102-11.

-
- ³⁵ Regidor E, Martínez D, Calle ME, Astasio P, Ortega P, Domínguez V. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. *BMC Health Serv Res.* 2008; 14;8:183.
- ³⁶ Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.
- ³⁷ Borrell C, Fernandez E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbi JR, Segura A. Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance? *Int J Qual Health Care.* 2001;13(2):117-25.
- ³⁸ Castells X, Sala M, Ascunce N, Salas D, Zubizarreta R, Casamitjana M, coordinadores. Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC, Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007.
- ³⁹ Hummer RA, Rogers RG, Eberstein IW. Sociodemographic differentials in adult mortality: a review of analytic approaches. *Population and Development Review,* 1998;24:553-78.
- ⁴⁰ Mustard CA, Etches J. Gender differences in socioeconomic inequality in mortality. *J Epidemiol Community Health.* 2003;57:974-80.
- ⁴¹ Tapia Granados, J.A. Salud, economía y libertad: 40 años de crecimiento económico, transición política y condiciones de salud en España. *Med Clin.* 2007;128(2):463-467.
- ⁴² Ministerio de Sanidad y Consumo. La salud de la población española en el contexto europeo y del sistema nacional de salud. Indicadores de salud. 2005. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/tabla/Indicadores5.pdf>.
- ⁴³ Regidor E, Mateo S, Gutiérrez-Fisac, Rodríguez C. Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas. *Med Clin (Barc).* 1996;106:295-89.
- ⁴⁴ Borrell C, Azlor E, Rodríguez-Sanz M, et al. Trends in socioeconomic mortality inequalities in a southern European urban setting at the turn of the 21st century. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62:258-266.
- ⁴⁵ Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE; European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med.* 2008 5;358(23):2468-81.
- ⁴⁶ Idler EL, Beyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Beha* 1997;38:21-37.
- ⁴⁷ World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: NMH Communications; 2001.
- ⁴⁸ Borrell C, Muntaner C, Solà J, Artazcoz L, Puigpinós R, Benach J, Noh S. Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household labour. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(5):e7.
- ⁴⁹ Sanz B, Pascual P, Matilla M. El PIB español: ciclos, coyuntura y perspectivas a partir de su relación con la inversión en bienes de equipo. Departamento de Economía Aplicada. Universidad de Educación Nacional a Distancia (UNED) 2005.

CAPÍTULO 3

LAS POLÍTICAS PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN EUROPA

Santiago Esnaola¹, Amaia Bacigalupe¹, Elvira Sanz¹, Unai Martín², Elena Aldasoro¹

con aportaciones de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España

¹Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

²Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea

INDICE

RESUMEN	67
1. INTRODUCCION	68
2. METODOLOGÍA.....	68
3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PAÍSES ESTUDIADOS.....	68
4. ANTECEDENTES DE LAS POLÍTICAS PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD.....	69
5. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS POLÍTICAS. METAS Y OBJETIVOS	73
6. ACCIONES PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD	74
7. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	76
8. DESIGUALDADES LIGADAS A LA ETNIA O AL PAÍS DE ORIGEN	76
9. EL PAPEL DE LA ATENCIÓN SANITARIA	77
10. PERSPECTIVA MULTISECTORIAL	78
11. AGENTES IMPLICADOS E IMPLEMENTACIÓN.....	78
12. MONITORIZACIÓN E INVESTIGACIÓN	79
13. CONCLUSIONES. LECCIONES A APRENDER	80
BIBLIOGRAFIA.....	83
TABLAS	
Tabla 1. Población e indicadores sociodemográficos	86
Tabla 2. Características generales de las políticas para reducir las desigualdades en salud.....	87
Tabla 3. Actuaciones para reducir las desigualdades en salud clasificadas según los determinantes de la salud	88
Tabla 4. Actuaciones para reducir las desigualdades en salud por problemas de salud, ámbitos y grupos específicos.....	89
Tabla 5. Actuaciones en la atención sanitaria para reducir las desigualdades en salud	90
ANEXO. ACTUACIONES PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN CINCO PAÍSES EUROPEOS	91

RESUMEN

En este capítulo se describe la experiencia de los países europeos en políticas para reducir las desigualdades sociales en salud, con la finalidad de ilustrar las mejores prácticas. Se seleccionaron aquellos países con políticas integrales para disminuir las desigualdades sociales en salud (Finlandia, Suecia, Noruega, Inglaterra e Irlanda) o con experiencias de interés (Dinamarca y Holanda). Se analizaron los documentos gubernamentales, sitios web especializados y otras revisiones. La experiencia muestra que en el contexto europeo es posible desarrollar políticas para reducir las desigualdades sociales en salud, integradas en las políticas y programas sectoriales. El contexto y el consenso políticos han determinado el origen, historia y evolución de esas políticas. En Finlandia, Suecia y Noruega se ha dado una evolución hacia políticas universales, enfocadas a disminuir el gradiente social en la salud, que incluyen acciones sobre los determinantes estructurales de la salud, las condiciones de vida y las conductas. Por el contrario, Inglaterra e Irlanda primaron un enfoque selectivo hacia los grupos menos favorecidos, con acciones limitadas a las condiciones de vida y las conductas. La perspectiva multisectorial, intrínseca a estas políticas, se ha unido a la multiplicidad de agentes involucrados. La atención sanitaria también juega un papel relevante en las políticas estudiadas, con acciones dirigidas a la mejora de la accesibilidad económica (reducción del copago), la asignación de recursos en función de las necesidades de atención, y al logro de una atención adecuada a las necesidades y de calidad. El predominio de la dimensión socioeconómica en la definición de las desigualdades sociales ha llevado a que tanto el género como las desigualdades ligadas a la etnia, edad o país de origen fueran considerados de forma secundaria. Finalmente, la monitorización y la investigación aparecen como instrumentos claves para el desarrollo y evaluación de las políticas.

1. INTRODUCCIÓN

Hay pruebas suficientes que indican que las desigualdades en salud pueden disminuirse mediante políticas sociales y sanitarias apropiadas¹. Además, en las últimas décadas del siglo pasado, algunos países comenzaron a desarrollar políticas para reducir las desigualdades sociales en salud^{2,3}. La experiencia de esos países puede ser de gran ayuda a la hora de formular políticas para reducir las desigualdades en salud en España: puede informarnos sobre las opciones ensayadas, su viabilidad, y los factores claves para su buen desarrollo. El objetivo de este capítulo es hacer una síntesis de la experiencia de los países europeos en políticas para reducir las desigualdades en salud, con la finalidad de ilustrar las mejores prácticas.

2. METODOLOGÍA

Se revisaron las políticas nacionales de salud de los países europeos y se incluyeron, en primer lugar, aquellas que, elaboradas en los últimos 10 años, contenían metas para disminuir las desigualdades en salud. Con el fin de ilustrar las mejores prácticas, a partir de esta primera lista, se seleccionaron aquellos países con políticas integrales dirigidas a disminuir las desigualdades en salud. Finalmente, los países seleccionados fueron Finlandia^{4,5}, Suecia⁶, Noruega⁷, Inglaterra⁸⁻¹² e Irlanda¹³. Si bien Islandia también cumplía el criterio de selección fue excluida por la ausencia de documentos detallados en una lengua distinta al islandés¹⁴. Dinamarca^{15,16} y Holanda¹⁷⁻¹⁹, a pesar de no contar con estrategias integrales para la reducción de las desigualdades, tienen una interesante experiencia en el ámbito de las desigualdades en salud que queda también recogida en el documento. El estudio se basó principalmente en la revisión de los documentos oficiales publicados por los gobiernos respectivos. Para ello se realizó una búsqueda sistemática de las páginas web institucionales de los gobiernos estatales, así como sitios web especializados²⁰. Además, se analizaron documentos de estudios de revisión de las políticas de salud europeas^{3,21,22}.

3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PAÍSES ESTUDIADOS

Todos los países estudiados cuentan con democracias parlamentarias de larga tradición. Los cuatro escandinavos cuentan con un Régimen de Bienestar de tipo socialdemócrata de carácter universal y financiado principalmente por vía de impuestos, con un gasto público elevado; en los Países Bajos el Régimen de Bienestar es de tipo corporativista, y tanto en Inglaterra como en Irlanda es de tipo liberal²³. A juzgar por los valores del coeficiente de Gini, los países escandinavos destacan por su menor desigualdad en los ingresos. En el otro extremo se encuentran Inglaterra e Irlanda, mientras los Países Bajos se encuentran en una posición intermedia (Tabla 1). En lo que respecta a la equidad de género, Suecia, Noruega y Finlandia ocupan los primeros lugares en el ranking mundial y el resto de países ocupan posiciones

dentro de los quince primeros²⁴. Finalmente, Noruega ocupa el puesto 2 en el ranking del índice de desarrollo humano, mientras el último es para el Reino Unido con el puesto 21.

4. ANTECEDENTES DE LAS POLÍTICAS PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Los antecedentes históricos y el contexto político ayudan a entender el desarrollo de las políticas para reducir las desigualdades en salud. Un hito de gran relevancia fue la declaración “Salud para Todos en el año 2000” (SPT 2000) de la OMS (1977)²⁵ cuya adaptación para la región europea en 1980 incluyó objetivos de reducción de las desigualdades en salud entre países y, entre grupos sociales, dentro de cada país²⁶. Esta declaración tuvo un gran impacto en las políticas de los países europeos, y muy especialmente en los escandinavos. También es de resaltar el impacto internacional de la publicación en 1980 del Informe Black²⁷, que puso en evidencia la gran relevancia de las desigualdades en salud en el Reino Unido. Es así como en los 80 y, sobre todo, en los 90 diversos países europeos comenzaron a formular políticas específicas para reducir las desigualdades en salud. Más abajo se describe de forma sucinta la historia de las políticas en los países estudiados.

Del recorrido histórico de estos países son de resaltar los siguientes puntos: 1) Los países que han desarrollado políticas para reducir las desigualdades en salud cuentan con una larga tradición de salud pública y, en muchos casos, de estudio de las desigualdades en salud; 2) El contexto político ha determinado la iniciativa de esfuerzos de formulación de políticas para reducir las desigualdades en salud, así como la historia y evolución práctica de esas políticas; 3) Finalmente, el grado de legitimación política de estas estrategias es muy diverso. En un extremo se sitúa el caso de Suecia, donde las políticas de salud fueron aprobadas en el parlamento; de forma intermedia, en otros casos, como el de Finlandia, se trata de resoluciones del gobierno; el menor compromiso lo podemos encontrar en ejemplos como el de los Países Bajos, cuyas políticas se recogen en un memorandum del gobierno, que contiene principalmente unas líneas generales de actuación.

Dinamarca

Aunque las desigualdades sociales en salud han sido un tema de estudio en Dinamarca desde hace 150 años, la atención prioritaria de las autoridades sanitarias por la menor esperanza de vida del país respecto a los países de su entorno contribuyó a que las desigualdades sociales en salud no entraran en la agenda política hasta finales de los noventa del siglo pasado²⁸. En 1999 el gobierno socialdemócrata propuso una Ley de Política de Salud¹⁵ con metas relativas a las desigualdades en salud y objetivos para los determinantes de la salud en el periodo 1999-2008. Se establecieron así las bases de una política de salud integral, con un fuerte enfoque intersectorial, si bien, en lo que respecta a la equidad, se dirigía a los grupos más

desfavorecidos en lugar de al gradiente social completo. Sin embargo, este plan apenas se desarrolló porque dos años después de su puesta en marcha cambió la mayoría en el Parlamento y se formó un nuevo gobierno liberal. El nuevo gobierno lanzó un nuevo programa de política de salud pública: “Healthy throughout life” para el período 2002-2010, que recoge entre sus objetivos principales reducir las desigualdades sociales en salud. Aunque entre sus indicadores también se recoja la perspectiva de la desigualdad, no propone acciones concretas para su reducción. Además, pone un mayor acento en los grupos más desfavorecidos y menos en el gradiente social completo de la salud, lo que supone un alejamiento de las políticas sociales y de salud universales como instrumentos para hacer frente a las desigualdades en salud.

Finlandia

La perspectiva de la desigualdad social está integrada en la política sanitaria desde 1960, con medidas centradas en la mejora del acceso a la atención sanitaria. En 1986 Finlandia aplicó la política “Salud para todos en el año 2000”, aunque la perspectiva se redujo a la mejora del acceso al sistema sanitario y al cambio de conductas en grupos vulnerables. Este programa fue revisado y ampliado en 1993 con la introducción de la equidad en 12 líneas de acción, aunque no consiguió reducir las desigualdades en salud. En 2001, el gobierno socialdemócrata lideró el programa nacional “Health 2015”, el cual formula como objetivos la mejora de la salud de la población y la reducción de las desigualdades en salud, incluyendo incluso un objetivo cuantitativo de reducción de las desigualdades en mortalidad. Sin embargo, a pesar de la mejora de la salud de la población, las desigualdades sociales en salud no se han reducido sino que han incrementado. Por ello, en 2008 el gobierno aprobó una estrategia nacional para la reducción de las desigualdades en salud⁵.

Noruega

Desde 1984, año de adopción de la estrategia de la OMS “Salud para todos en el año 2000”, existe en Noruega un reconocimiento de la existencia de desigualdades en salud. El gobierno socialdemócrata noruego elaboró en 1987 un libro blanco en el que se recogía la necesidad de incorporar la salud en las políticas públicas y promover la equidad en la distribución de la atención sanitaria. Hasta fechas recientes, las desigualdades en salud eran consideradas como un problema limitado a los grupos vulnerables o desaventajados, bajo la concepción de la necesidad de un equilibrio entre la responsabilidad individual y la social, y dando prioridad a las conductas para mejorar la salud de la población^{29,30}. En 2004, un comité de personas expertas auspiciado por el Ministerio de Salud elaboró las líneas de actuación para la reducción de las desigualdades sociales en salud, desde la perspectiva del gradiente social de la salud. El documento, “The challenge of the Gradient”, ha constituido la base para la

elaboración de la Estrategia Nacional para la Reducción de las Desigualdades en Salud, de carácter integral e intersectorial, publicada en 2006⁷.

Suecia

Las desigualdades en salud entraron en la agenda de la salud pública sueca con anterioridad a la mayoría de los países europeos, con la adopción de la estrategia de la OMS "Salud para todos en el año 2000" que se recogió en el documento "On the Development of Health and Medical Care Services in Sweden". En 1987, se publicó el primer informe de salud pública en el que se hacía alusión de forma más explícita a las desigualdades sociales en salud, recordando que a pesar del desarrollo positivo de la salud en la población general, existían determinados grupos que mostraban peores indicadores. Este informe llevó al gobierno a realizar una propuesta de ley referida a la importancia de garantizar un desarrollo económico y social y unas condiciones de vida adecuadas con el objetivo de que la mayoría de la población tuviera una esperanza de vida duradera y saludable. Asimismo, recogió la reducción de las desigualdades sociales en salud como un objetivo fundamental de la política de salud pública. En 1994, el gobierno socialdemócrata remitió un documento al parlamento titulado "Invest in Health- Prioritise for health", que incluía la propuesta para el establecimiento de un comité nacional de salud pública, bajo el auspicio del Parlamento, con el objetivo de diseñar los objetivos nacionales para el avance y desarrollo de la salud pública en Suecia. Sus conclusiones incluyeron una atención especial a la equidad en salud, en el sentido de que los objetivos y estrategias a plantear debían contribuir a la reducción de las desigualdades en salud entre grupos socioeconómicos y otros grupos sociales. Sus recomendaciones, que fueron recogidas en el documento "Health on equal terms-national public health objectives", formaron parte del proyecto de ley "The Public Health Objective Bill", aprobado en el parlamento en 2003, y de la política de salud pública de Suecia que posteriormente fue aprobada bajo el nombre "The new Swedish public health policy".

Países Bajos

Las desigualdades en salud no entraron en la agenda política hasta los años 80. La publicación del antes citado informe Black y de un informe sobre las desigualdades en salud entre los barrios de Amsterdam contribuyeron a aumentar el interés de investigadores y políticos por este fenómeno. A partir de ese momento, el gobierno comenzó a aplicar un enfoque basado en la investigación para reducir las desigualdades en salud. En 1989 se puso en marcha el primer programa de investigación, centrado en el estudio de la magnitud y naturaleza de las desigualdades en salud y sobre sus determinantes, al cual siguió en 1995 un segundo programa de investigación para desarrollar de forma sistemática una estrategia para reducirlas, centrándose en la evaluación de doce intervenciones. Los resultados de este segundo programa fueron la base de las recomendaciones de un comité consultivo que

desarrolló una estrategia comprehensiva e integrada para reducir las desigualdades en salud en un 25% para el año 2010. El Gobierno aceptó en 2001 la mayor parte de las recomendaciones pero, coincidiendo con un cambio político hacia el centro-derecha en 2002, no se desarrollaron instrumentos ni se planificaron intervenciones para lograr esa meta. No obstante, el acento puesto por el Gobierno en el ámbito local llevó a que la salud se incluyera en las políticas urbanas y se desarrollaran experiencias sobre políticas integradas para reducir las desigualdades en ese ámbito. Más adelante, en 2004, el libro verde “Living longer in good health” del Ministerio de Salud continuaba con las metas de reducción de las desigualdades en salud, a la vez que ponía un fuerte acento sobre la responsabilidad individual en lo relativo a las conductas y la salud. Esta tendencia a centrar la responsabilidad en el individuo en todas las políticas sociales se acompañó en 2006 de un cambio en el sistema de seguro de salud mixto, que cubría con fondos públicos a dos tercios de la población, hacia otro completamente privado.

Inglaterra

Las desigualdades sociales en salud han sido un campo de investigación con gran tradición en el Reino Unido. El informe Black, encargado en 1977 por un gobierno laborista, fue hecho público en 1980 con la llegada al gobierno del partido conservador. Sin embargo, hubo que esperar a la llegada del partido laborista al poder en 1997 para que se asumiera un compromiso político para abordar las desigualdades en salud. Ese mismo año, el gobierno puso en marcha el comité de personas expertas que elaboró “The Independent Inquiry into Inequalities in Health Report” (conocido también como informe Acheson), una referencia internacional en la revisión de la evidencia sobre desigualdades, y en el que se basó el libro blanco “Saving Lives”⁸ elaborado por el gobierno inglés en 1999, que establecía un plan de acción nacional para reducir las desigualdades en salud. En 2001, el establecimiento de sendas metas de reducción de las desigualdades en la mortalidad infantil y en la esperanza de vida, se siguió de la revisión dirigida por el Ministerio del Tesoro para orientar mejor el gasto, de los distintos departamentos del gobierno, hacia la reducción de las desigualdades en salud. Esta revisión fue la base de un programa de acción que incluye el compromiso de 12 departamentos no sanitarios¹⁰. En 2004, el libro blanco “Choosing health – making healthy choices easier” sobre promoción de la salud, también incorporó algunas acciones sobre las desigualdades en salud, si bien daba un mayor protagonismo a los estilos de vida y reducía el de los factores estructurales.

Irlanda

En la última década Irlanda ha protagonizado un fuerte crecimiento económico. Sin embargo, la mejora de las condiciones de vida y de la esperanza de vida no se han distribuido de forma equitativa en su población. Un informe publicado en 2001 mostraba la existencia de grandes

desigualdades socioeconómicas en la mortalidad y, en comparación con el resto de países de la Unión Europea, peores indicadores de salud. Junto a este documento, la declaración SPT 2000 de la OMS, el informe Acheson, otros de la sociedad civil y *The Report of the Chief Medical Officer* (1999) han ejercido una fuerte influencia para adquirir compromisos reales en la reducción de las desigualdades sociales en salud. La relación entre la salud y la pobreza ha sido ampliamente aceptada por la clase política. En este sentido, *the Report of the Working Group on the Nacional Anti-poverty Strategy and Health* (2001) propuso el camino para abordar estas desigualdades y estableció una serie de objetivos para disminuirlas para el año 2007. Unas propuestas que fueron incorporadas al Plan Nacional de Salud, *Quality and Fairness-A Health System for You* (2001), que incluía objetivos para reducir la diferencia en salud entre ricos y pobres, promover la equidad en el acceso a los servicios sanitarios y desarrollar nuevas formas de abordar los principales factores que unen pobreza y mala salud. De hecho, el reciente *National Action Plan on Social Inclusion 2007-2016* incluye compromisos para disminuir las desigualdades en salud, al que se le unen otros compromisos políticos como *Investing for Health* (2002) y *A Healthier Future* (2005). Una trayectoria que ha sido liderada por el partido conservador irlandés a lo largo de sus once años de gobierno (1997-2008).

5. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS POLÍTICAS. METAS Y OBJETIVOS

La forma de definir y de analizar el fenómeno de las desigualdades en salud, su problematización^f, tiene implicaciones de gran calado en la formulación de las políticas para su reducción³¹. Existen, básicamente, tres aproximaciones, de carácter interdependiente, para la reducción de las desigualdades en salud³²: (a) políticas dirigidas a los sectores más desfavorecidos con el objetivo de mejorar su salud con actuaciones específicas, sin considerar las posibles mejoras en los sectores más privilegiados o en la población general; (b) políticas dirigidas al *health gap* (brecha en salud) con el fin de reducir las desigualdades en salud entre los grupos extremos de la escala social, sin considerar la situación de los grupos intermedios; y (c) políticas dirigidas al gradiente social y, por tanto, al conjunto de la población para reducir las desigualdades en salud entre todos los grupos socioeconómicos, mejorando las oportunidades de una buena salud a lo largo de la escala social. A la hora de definir las desigualdades sociales en salud, Dinamarca, Países Bajos, Inglaterra e Irlanda, sitúan el problema fundamentalmente circunscrito a la brecha en salud entre los socialmente más y menos favorecidos. El problema, y el enfoque de las políticas, estaría así limitado a una minoría de la población. Por el contrario, Finlandia, Noruega y Suecia amplían la visión del problema a toda la sociedad, poniendo el acento en la relación gradual entre las condiciones sociales y la salud, es decir al gradiente social en la salud.

^f La problematización, el proceso discursivo por el que los fenómenos son enmarcados y así hechos accesibles a la acción política, es una etapa necesaria en todo proceso político.

Las diferencias en la consideración del problema de las desigualdades en salud tienen su repercusión a la hora de formular las metas y de diseñar las intervenciones. En el primer grupo de países, las metas se orientan a mejorar la salud de los grupos más desfavorecidos (Dinamarca y Países Bajos), añadiendo, en Inglaterra e Irlanda, la reducción de la brecha en salud, mientras que en Finlandia, Noruega y Suecia las metas pretenden además disminuir las desigualdades en salud a lo largo de toda la escala social (Tabla 2). En lo que respecta a las intervenciones, mientras que en los casos de Dinamarca, Países Bajos, Inglaterra e Irlanda tienen un enfoque predominantemente selectivo, y están dirigidas a los grupos más desfavorecidos, Finlandia, Noruega y Suecia añaden a esta visión actuaciones de cobertura universal, dirigidas a toda la población. Otra consecuencia de las diferencias en la visión de las desigualdades en salud es la diferente incorporación del género y la etnia o país de origen como ejes transversales de desigualdad social en las diferentes políticas y actuaciones (vid. apartado 7).

Es de resaltar la correspondencia observada entre la orientación y cobertura de las acciones y el tipo de determinantes de la salud que son objeto de las intervenciones. Son los tres países que formulan su política con una orientación universal para hacer frente al gradiente social de la salud los que incluyen acciones relativas tanto a los determinantes estructurales, las condiciones de vida y las conductas. De manera intermedia, Inglaterra e Irlanda, incluyen acciones sobre las condiciones de vida y las conductas, mientras que Dinamarca y Países Bajos se limitan a las conductas.

En la Tabla 2 se han señalado, además, los ámbitos de actuación (zonas geográficas, entorno laboral, etc.) o los grupos diana para los que se han elaborado políticas específicas. Destaca Inglaterra, país en el que han recibido una atención especial las áreas geográficas desfavorecidas, así como la infancia y progenitores de grupos desfavorecidos. Finalmente, es de señalar la naturaleza fuertemente intersectorial de las políticas estudiadas y el papel de la evaluación del impacto en salud como herramienta para introducir la salud en todas las políticas (vid. sección 10).

6. ACCIONES PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Las acciones identificadas han sido clasificadas siguiendo el marco conceptual de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, distinguiendo si son selectivas, orientadas a grupos específicos, o van dirigidas a toda la población (Tabla 3). No se ha incluido en la tabla a Dinamarca y Países Bajos, países que no han elaborado medidas concretas para reducir las desigualdades en salud en el ámbito nacional.

Destaca que en Finlandia, Noruega y Suecia las acciones estén dirigidas tanto a los determinantes estructurales como a los intermedios (condiciones de vida y conductas) de la salud, y se combinen enfoques universales y selectivos. Entre los determinantes estructurales, los tres países incluyen políticas fiscales, de educación y de protección social. Además, se

incluyen acciones sobre el acceso al empleo (Finlandia y Noruega), el empoderamiento y la participación social (Noruega y Suecia), y los valores culturales y sociales (Suecia). En lo que respecta a los factores intermedios, en los tres países se han identificado acciones universales relacionadas con la salud y la educación en la primera infancia, la atención de la salud y las conductas relacionadas con la salud. Además, Noruega y Suecia incluye acciones universales relativas a las condiciones de trabajo y, Suecia, a la vivienda; Finlandia y Suecia sobre los servicios sociales, y Noruega añade la cohesión social y los estilos de vida. En la mayor parte de los casos, las acciones selectivas, limitadas a un grupo de población, se acompañan de otras universales dirigidas a toda la población.

En Inglaterra e Irlanda predominan las acciones selectivas y dirigidas a los determinantes intermedios. Entre los determinantes estructurales, Inglaterra ha abordado con cobertura universal políticas de empleo, y de forma selectiva acciones en el campo del empleo, las políticas fiscales y de renta, y la educación; Irlanda, únicamente ha elaborado políticas de protección social, tanto universales como selectivas. En lo que respecta a los determinantes intermedios, Inglaterra ha realizado un gran esfuerzo de desarrollo de políticas selectivas relativas al comienzo de la vida, la educación, el medioambiente físico, la atención de la salud, la vivienda, y las conductas. Irlanda ha elaborado políticas universales para el comienzo de la vida y los servicios sociales, mientras que las selectivas se han dirigido a los servicios sociales y de salud, y las conductas.

La Tabla 4 hace alusión a las acciones clasificadas según tengan que ver con problemas de salud específicos, ámbitos de actuación (áreas geográficas, como ciudades, barrios, etc., o entornos, como el laboral, escolar, etc.), o estén dirigidas a grupos específicos. En lo que respecta a los problemas de salud, los tres países escandinavos han elaborado políticas universales de salud mental, mientras que las de este campo en Inglaterra eran selectivas. Además, Suecia ha incluido acciones relacionadas con la prevención y el tratamiento de las enfermedades infecciosas, con especial atención a la infección por VIH y el sida, mientras que Inglaterra ha desarrollado acciones selectivas sobre el tabaquismo.

Son de destacar las acciones selectivas de Inglaterra orientadas a las áreas geográficas más desfavorecidas, y las universales de Finlandia y Suecia sobre los entornos laboral y escolar. En lo que respecta a los grupos de población específicos, la infancia y sus progenitores son los grupos de edad que reciben mayor atención en todas las políticas de los países estudiados. Son de resaltar también, en Noruega, las acciones dirigidas a los grupos en riesgo de exclusión social, la infancia, los jóvenes y los mayores, y en Inglaterra, sobre los jóvenes y las familias monoparentales. Irlanda también ha hecho un especial hincapié en los grupos a riesgo de exclusión social.

7. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

De manera general, en las políticas estudiadas, las desigualdades ligadas a la posición socioeconómica tienen un papel predominante, tanto al definir y describir el fenómeno de las desigualdades en salud como al formular objetivos y acciones. Por esta razón se evaluó la inclusión de la perspectiva de género en las políticas analizando su sensibilidad simbólica y operativa^g, y la inclusión integrada del género con los otros determinantes de la salud³³. La sensibilidad simbólica es alta en todos los países estudiados. Todos los documentos describían las desigualdades en salud por sexo y todos, excepto Noruega, explicitaban la relevancia del género en las desigualdades sociales en salud. Así mismo, todos menos Noruega, incluían objetivos o acciones teniendo en cuenta la situación específica de hombres y mujeres. Además, la forma de problematizar las desigualdades socioeconómicas (enfoques selectivos frente a los universales) también condicionó la cobertura de las acciones relativas al género: la limitación a los grupos más desfavorecidos también implicó que de forma selectiva la perspectiva de género se aplicara únicamente a los grupos de población socioeconómicamente más desfavorecidos. Por el contrario, la consideración del gradiente social en las desigualdades socioeconómicas supone una aplicación universal de la perspectiva de género. Merece la pena subrayar la experiencia de Inglaterra en la evaluación del impacto en las desigualdades en salud, concebida como una herramienta para considerar dimensiones que, como el género, la edad o la etnia, tienen un carácter transversal³⁴. Es también de resaltar, que Irlanda es el primer país europeo que elaboró un plan específico para la salud de las mujeres, cuyas acciones estaban principalmente centradas en la atención sanitaria³⁵.

8. DESIGUALDADES LIGADAS A LA ETNIA O AL PAÍS DE ORIGEN

De manera similar a lo antes comentado respecto al género, las desigualdades ligadas a la etnia o al país de origen aparecen subordinadas a las de la posición socioeconómica. En general, la etnia o el país de origen son incluidos dentro de los determinantes de las desigualdades en salud, y considerados de una forma transversal. Además, las acciones específicas son diversas según el país considerado. Así en Suecia, se ha puesto mayor atención a las políticas urbanas, a través de los planes de vivienda y de regeneración urbana de los colectivos concentrados en los extrarradios urbanos. Tanto Finlandia como Noruega se plantean acciones de mejora de los servicios de salud para la población inmigrante, y ese último país considera las especificidades ligadas a los cambios en las conductas. En Inglaterra, la etnia y el país de origen aparecen explícitamente reconocidos como dimensiones de las desigualdades en salud, se propone su valoración mediante la evaluación del impacto en las desigualdades en salud, y se consideran al definir las poblaciones diana de los objetivos y acciones. En Irlanda, dada la novedad de los fenómenos de inmigración, han incluido objetivos de mejora del conocimiento sobre las desigualdades en salud asociadas a la inmigración.

^g La sensibilidad de género valora en qué medida las políticas tienen en cuenta la existencia del género como categoría de relación (sensibilidad simbólica) y desarrollan acciones para aminorar las desigualdades debidas a éste (sensibilidad operativa)³³.

Además, se presta una atención especial a ciertas minorías, que en el caso de los “travellers” ha sido objeto de estrategias de salud específicas³⁶.

9. EL PAPEL DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Las acciones sobre la accesibilidad, distribución y calidad de la atención sanitaria pueden contribuir a reducir (o aumentar) las desigualdades en salud³⁷. La atención sanitaria puede mitigar los efectos de otros determinantes de las inequidades en salud; además, los servicios de salud pueden hacer frente a la llamada “ley de atención inversa”, según la cual la disponibilidad de atención sanitaria suele variar inversamente con la necesidad de la población³⁸.

Los países que han desarrollado políticas integrales para reducir las desigualdades en salud han considerado con distinta intensidad el papel de la atención sanitaria (Tabla 5). Hay que recordar que los países incluidos en este trabajo disponen de sistemas de salud de cobertura universal, en los que la mayor parte de los servicios son financiados por fondos públicos. No obstante, algunos países han incluido medidas para mejorar la accesibilidad financiera a los servicios de salud, como es el caso de Noruega que ha reducido o eliminado el copago existente en algunos servicios (atención dental, fármacos, fisioterapia, etc.) de forma universal o en algunos colectivos (menores y personas mayores, discapacitadas, en baja laboral, etc.), o Finlandia que ha incluido la medicación para la deshabituación tabáquica en la cartera de servicios gratuitos. En lo que respecta a la asignación de recursos, destacan Inglaterra, que se ha propuesto mejorar su larga tradición de asignación de recursos de atención primaria en función de las necesidades, y Finlandia, que se propone desarrollar un sistema de asignación de recursos de salud de acuerdo con las necesidades de atención de grupos de población específicos. Además, la mayor parte de las acciones de la atención sanitaria se concentran en la mejora del logro de una atención adecuada y de calidad. En este sentido, es de resaltar la experiencia inglesa en la auditoría de equidad en salud aplicada a los servicios de atención sanitaria. Esta auditoría es una herramienta que, tras valorar la adecuación entre los servicios y las necesidades de atención, permite introducir mejoras dirigidas a mejorar esa adecuación y disminuir las desigualdades en la atención sanitaria^{39,40}. Destaca también el esfuerzo de Suecia para reorientar la atención sanitaria hacia resultados en salud, desde una visión holística de la misma, dando un papel mayor a la prevención y promoción de la salud. Por lo demás, en varios países se propone un mayor desarrollo de los servicios de atención primaria (Finlandia e Inglaterra), de la atención sanitaria de ciertos grupos de población (primera infancia, madres, personas a riesgo de exclusión social, etc.) o de ciertas áreas de atención (salud mental, salud laboral, enfermedades infecciosas, rehabilitación, consumo de alcohol y tabaco, etc.), siempre guiados por el objetivo de reducir las desigualdades en salud. Finalmente, Finlandia ha considerado el papel de los servicios de salud para facilitar la reincorporación de las personas desempleadas al mercado laboral, así como la reinserción social de las personas con enfermedad mental.

10. PERSPECTIVA MULTISECTORIAL

La naturaleza de los determinantes de las desigualdades en salud exige que las políticas incluyan a ámbitos de actuación distintos al sanitario. De ahí que tanto Suecia, Noruega y Finlandia, como Inglaterra e Irlanda hayan elaborado estrategias integrales y multisectoriales. Un ejemplo paradigmático es el de Suecia, que en su política de salud ha planteado 18 objetivos, gran parte de los cuales tienen que ver con actuaciones sobre determinantes sociales que afectan a diversos ámbitos sectoriales estatales, regionales y locales. El Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, junto con el Instituto Nacional de Salud Pública, lleva el liderazgo, coordinando y monitorizando las acciones de los diversos sectores implicados. En el mismo sentido, hay que resaltar la publicación por Finlandia del documento “Salud en todas las políticas” (“Health in all policies”, HiAP)⁴¹, coincidiendo con su presidencia de la UE en 2006. Se señala además la necesidad de reforzar la estrategia HiAP, orientando las acciones hacia la equidad en salud. Noruega dedica un capítulo específico de su política a la promoción de la acción intersectorial, resaltando la importancia de la evaluación del impacto en salud y de la difusión del modelo social de la salud entre los actores de los sectores no sanitarios. Finalmente, en todos los casos se subraya la relevancia de la evaluación del impacto en salud, como herramienta para introducir la equidad en salud en la agenda de las políticas sectoriales.

11. AGENTES IMPLICADOS E IMPLEMENTACIÓN

La complejidad del fenómeno de las desigualdades en salud hace que tanto la elaboración como la implementación de las políticas para reducirlas deban implicar a múltiples agentes. En todos los países estudiados el ministerio responsable de la política de salud ha ejercido el liderazgo dentro de los gobiernos respectivos. En los países nórdicos la elaboración de las políticas ha corrido a cargo de organismos delegados del gobierno (el Instituto de Salud Pública de Suecia o comités de personas expertas en Noruega y Finlandia), mientras que en Inglaterra e Irlanda las ha diseñado el propio ministerio. Para su implementación, en Suecia es el Instituto de Salud Pública el responsable de la coordinación y monitorización de las políticas de salud pública; en Noruega, se ha creado un “centro de competencia” coordinador de las políticas, mientras que Inglaterra puso en marcha dentro del Ministerio una unidad específica sobre desigualdades en salud.

La perspectiva multisectorial ha involucrado a los distintos ámbitos sectoriales de los distintos niveles de la administración pública. En todos los países estudiados se hace alusión a la responsabilidad de otros ministerios gubernamentales, y en algunos documentos, como el de Inglaterra, se especifican los compromisos de cada ministerio. Asimismo, todos los países hacen alusión a la implicación y coordinación de los distintos niveles administrativos, desde el estatal o nacional hasta el local. En el caso de los países nórdicos, que cuentan con una administración muy descentralizada y con gran peso de la administración local, este esfuerzo

cobra una especial importancia. Así en Suecia, el Instituto de Salud Pública coordina las actuaciones en el ámbito nacional, y en cada una de las 21 regiones se desarrollan las políticas a través de planes regionales de actuación en los que, a su vez, se coordinan las actuaciones locales. Finalmente, los municipios asumen una gran responsabilidad en muchas de las áreas de desarrollo de la política, sobre todo en lo referente a los servicios sociales y de salud, los estilos de vida, las condiciones de vida en la infancia y la adolescencia, y en la equidad de género.

La sociedad civil, a través de organizaciones no gubernamentales (ONG) y del sector privado, también juega un papel protagonista en el desarrollo de estas políticas. Se calcula que en Suecia más de 100 ONG del ámbito de la cultura, la educación, la política o las prácticas sexuales, entre otras, juegan un papel relevante en las actuaciones. De manera similar, en Inglaterra, ONG como las asociaciones de barrio, las personas usuarias de los servicios, trabajadoras, o el sector privado, incluyendo a los empresarios/as o sociedades mercantiles, participan en el desarrollo de programas específicos.

12. MONITORIZACIÓN E INVESTIGACIÓN

Todos los países estudiados incluyen en sus políticas un sistema de monitorización sobre la magnitud y las tendencias de las desigualdades en salud y de sus determinantes sociales. Finlandia y Noruega se han propuesto desarrollar sistemas específicos de monitorización de las desigualdades en salud. En el caso de Finlandia, se propone hacer visibles las desigualdades en salud en todos los niveles de decisión de los distintos ámbitos de la administración y los servicios públicos, con información que permita orientar los esfuerzos y recursos hacia las necesidades de la población, y que sirva de soporte para la evaluación de las intervenciones y para la investigación. Para lograr esos objetivos se plantea producir información sobre la distribución social de la salud, las condiciones de vida, de trabajo y las conductas relacionadas con la salud; sobre las necesidades de atención sanitaria, y la extensión, contenidos y efectividad de la promoción de la salud; e introducir indicadores de desigualdades en salud en los sistemas generales de monitorización de la salud. Noruega, además, pone especial atención en la monitorización de las condiciones de trabajo y de su efecto en la salud. En los países estudiados también se resalta la necesidad de monitorizar las desigualdades en la atención sanitaria. Para ello, Finlandia se propone añadir información sobre el nivel de estudios a los principales registros sanitarios, y Noruega elaborará una encuesta sobre las desigualdades en la utilización de los servicios sanitarios.

La investigación sobre las desigualdades en salud ha tenido un gran desarrollo en la mayor parte de los países estudiados. Además de los antes citados programas de investigación de los Países Bajos, son de resaltar los esfuerzos de Inglaterra y los países escandinavos, que han contado con programas específicos de investigación sobre las desigualdades en salud. En el caso de Suecia, además, se creó un instituto específico de investigación (Centre for Health Equity Studies, CHESS). Los planes más recientes, como el de Finlandia y Noruega, se proponen

desarrollar, o en su caso reforzar, los programas específicos sobre las desigualdades en salud, e incluir la línea de las desigualdades en salud en otros programas de investigación en salud. La difusión de los resultados de la investigación también recibe una especial atención en las políticas para reducir las desigualdades en salud. Es de subrayar el caso de Finlandia, que se propone un programa de difusión de resultados de la investigación en los distintos ámbitos de la administración pública y los actores involucrados en la reducción de las desigualdades en salud. Se pretende así sensibilizar y aumentar el conocimiento sobre la existencia, las causas y los medios para reducir las desigualdades en salud, de manera que la perspectiva de las desigualdades en salud sea visible en los programas, proyectos y actividades de los diferentes ámbitos de la administración pública.

13. CONCLUSIONES. LECCIONES A APRENDER

Esta revisión de las políticas para reducir las desigualdades en salud ofrece una visión panorámica de las mejores prácticas de los países europeos. No obstante, las conclusiones y lecciones extraíbles están sujetas a las limitaciones impuestas por el carácter sintético del documento, así como por los métodos utilizados en este estudio. La descripción podría haberse enriquecido de la consulta a los responsables de la elaboración y desarrollo de las políticas. Las diferencias entre países en el grado de detalle de los documentos consultados, así como en la disponibilidad de documentos traducidos al inglés, han podido distorsionar la imagen de algunos países. Este efecto se ha minimizado al utilizar revisiones publicadas, muy detalladas, en las que han participado investigadores de los países respectivos. Finalmente, los documentos consultados están apoyados por grados diversos de legitimidad política, lo que implica un distinto grado de compromiso para su implementación.

La experiencia descrita en este estudio muestra que en el contexto europeo es posible desarrollar políticas de salud que integren objetivos de equidad en salud en las políticas y programas sectoriales. Y esa viabilidad está ligada a la voluntad política. De ahí la relevancia del contexto y el consenso políticos, tanto a la hora de formular las políticas, como en el impulso para llevarlas a la práctica. Además, como muestra la experiencia de los países escandinavos, se ha dado una evolución hacia políticas universales, que se enfocan a disminuir el gradiente social de la salud en toda la población, y que combinan acciones sobre los determinantes estructurales del entorno político y económico, las condiciones de vida y las conductas. Es de señalar que esta evolución ha sido en ocasiones forzada por la constatación histórica de la baja efectividad de los enfoques limitados a los grupos más desfavorecidos y las conductas individuales.

Las iniciativas políticas no nacen en el vacío. Los países estudiados tienen una larga tradición de desarrollo de la salud pública, y de estudio y monitorización de las desigualdades. Y tal como se refleja en la historia de algunos de los países estudiados, el conocimiento y la conciencia pública de la realidad de las desigualdades pueden ser motores de impulso para

desarrollar estas políticas⁴². Este hecho subraya la importancia de los esfuerzos para conocer la realidad de las desigualdades en salud en cada ámbito, y de difundir ese conocimiento.

La experiencia de estos países muestra que se debe prestar una atención especial a la integración de la perspectiva de género en las políticas para reducir las desigualdades en salud. El predominio de la dimensión socioeconómica en la formulación de las políticas estudiadas podría llevar a no tener en cuenta, con la atención adecuada, las desigualdades ligadas al género. Aún en los países con políticas integrales, la perspectiva de género está considerada en grados muy diversos. Esta laguna adquiere una especial relevancia cuando no se elaboran políticas universales dirigidas a reducir el gradiente social en la salud. De manera similar, otras dimensiones de la desigualdad social, cómo la ligada a la edad, la etnia o el país de origen, deberían ser reconocidas más explícitamente.

La perspectiva multisectorial es intrínseca a las políticas integrales para reducir las desigualdades en salud. Si bien se trata de una tarea ardua, es posible involucrar a los sectores no sanitarios de los diversos ámbitos (estatal, regional, local) de las administraciones públicas, bajo el liderazgo de los responsables de las políticas sanitarias. En este sentido, la evaluación del impacto en la equidad en salud es señalada como herramienta de gran ayuda para introducir la salud en todas las políticas, bajo la perspectiva de la equidad. Además, la naturaleza y complejidad de las políticas exige que otros agentes de la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales, y el sector privado tengan que implicarse en su desarrollo.

La atención sanitaria juega un papel fundamental para mitigar las desigualdades en salud, y sus efectos económicos y sociales. Sin embargo, los servicios de salud pueden también contribuir al aumento de esas desigualdades si no adecuan su atención a las diferencias en las necesidades de los grupos sociales. Aún contando con sistemas de salud de cobertura universal, algunos servicios y prestaciones no están cubiertos por el aseguramiento público. Esta es la razón de que algunos países hayan puesto en marcha medidas para reducir el copago de los servicios no incluidos en la cartera de servicios públicos. Estas medidas alertan sobre el efecto pernicioso sobre las desigualdades en salud de los cambios en el sistema de financiación sanitaria que supongan un mayor copago de las prestaciones. La prevención de la ley de atención inversa exige también que la asignación de recursos tenga en cuenta las dimensiones más relevantes de las desigualdades sociales en salud (edad, género, condición socioeconómica, etc.). Además, este estudio muestra que es posible avanzar para lograr una mayor adaptación de los servicios de salud a las diferencias en las necesidades de atención. La auditoría de equidad en salud es una herramienta que facilita progresar en ese sentido.

El desarrollo y la evaluación de las políticas para reducir las desigualdades en salud se han acompañado de esfuerzos sistemáticos para su monitorización. Así mismo, la mayoría de las políticas descritas dedican una atención especial a las desigualdades en la atención sanitaria. Sin embargo, la ausencia de información socioeconómica o de otros determinantes sociales en los registros sanitarios dificulta la puesta en marcha de sistemas de monitorización. La incorporación de variables de posición socioeconómica en los principales registros sanitarios y

la utilización de indicadores socioeconómicos de áreas pequeñas⁴³ son dos vías para avanzar en ese sentido.

La investigación sobre las causas y las intervenciones para reducir las desigualdades en salud son elementos clave en las políticas estudiadas. En lo que respecta a nuestro entorno, la investigación sobre las desigualdades en salud en España ha aumentado de forma considerable en los últimos años⁴⁴. La experiencia de estos países muestra la pertinencia de poner en marcha programas específicos de investigación sobre las desigualdades en salud. Además, las desigualdades en salud y en la atención sanitaria deberían incorporarse, como líneas transversales, a los programas de investigación en salud.

La experiencia de los países estudiados muestra que, en general, hace falta un plazo de tiempo relativamente largo para lograr desarrollar políticas integrales y universales para reducir las desigualdades en salud. Además, los países que lo han logrado se basan en ensayos previos que han servido para avanzar desde la experiencia. Dada la gran relevancia del tema que nos ocupa, se hace necesario comenzar cuanto antes, elaborando unas bases sobre la que poder avanzar y construir políticas que aumenten la equidad en la salud de nuestra comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Mackenbach J, Bakker M (eds). Reducing inequalities in health. London: Routledge; 2002.
3. Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M (eds.) Health for All? A critical analysis of public health policies in 8 European countries. Swedish National Institute of Public Health; 2008.
4. Ministry of Social Affairs and Health. Government Resolution on the Health 2015 public health programme. Helsinki: Publications of the Ministry of Social Affairs and Health; 2001.
5. Ministry of Social Affairs and Health. National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008-2011. Helsinki: Publications of the Ministry of Social Affairs and Health; 2008.
6. Swedish National Institute of Public Health. Sweden's new public health policy. National public health objectives for Sweden. Swedish National Institute of Public Health; 2003.
7. Norwegian Ministry of Health and Care Services. National strategy to reduce social inequalities in health. Report No. 20 (2006–2007) to the Storting. Norwegian Ministry of Health and Care Services; 2006.
8. Department of Health. Saving Lives: our Healthier Nation. London: Department of Health; 1999.
9. Department of Health. Choosing Health-making healthier choices easier. London: Department of Health; 2004.
10. Department of Health. Tackling Health Inequalities: Status Report on the Program for Action. London: Department of Health; 2005.
11. Department of Health. Tackling Health Inequalities: 2007 Status Report on the Program for Action. London: Department of Health; 2007.
12. Department of Health. Health Inequalities-progress and next steps. London: Department of Health; 2008.
13. Institute of public Health in Ireland. Closing the Gap. Strategic Initiatives for tackling health inequalities on the island of Ireland. Dublin: Institute of public Health in Ireland; 2007.
14. The Icelandic National Health Plan to the year 2010. The Ministry of Health and Social Security: Reykjavík; 2004.
15. The Danish Ministry of Health. The Danish Government Programme on Public Health and Health Promotion 1999–2008. An action-oriented programme for healthier settings in everyday life. Copenhagen: Ministry of Health; 2000.
16. Government of Denmark. Healthy throughout life: The targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002–2010. Copenhagen: Government of Denmark; 2002.
17. Ministry of Health, Welfare and Sport. Living longer in good. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport; 2004.

18. Mackenbach JP, Stronks K. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health* 2004;3:11-17.
19. Droomer M, Den Broeder L, Burdorf L, Mackenbach JP. The Netherlands. En Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M (eds.) *Health for All? A critical analysis of public health policies in 8 European countries*. Swedish National Institute of Public Health; 2008.
20. Determine. An EU Consortium for action on the social determinants of health. Disponible en <http://www.health-inequalities.eu/> [Citado el 11 Nov 2008].
21. Mackenbach J, Bakker M (eds). *Reducing inequalities in health*. London: Routledge; 2002.
22. Van der Wilk EA, Melse JM, Den Broeder JM, Achterberg PA. Learning from our neighbours. RIVM - Centre for public health status and forecasting. Disponible en <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270626001.pdf> [Citado el 15 Dic 2008].
23. Esping-Andersen G. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
24. Hausmann R, Tyson LD, Zahidi S. *The Global Gender Gap Report 2007*. Geneva: World Economic Forum; 2007.
25. Organización Mundial de la Salud. *Salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
26. WHO. *Health21: the health for all policy framework for the WHO European region*. Copenhagen: WHO; 1999.
27. Black D. *Inequalities in health*, HMSO: 1980.
28. Diderichsen F. Denmark. En Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M (eds.) *Health for All? A critical analysis of public health policies in 8 European countries*. Swedish National Institute of Public Health, 2008.
29. Ministry of Labor and Social Inclusion. *The Equitable redistribution White Paper. On the distribution of income and living conditions in Norway*. Ministry of Labor and Social Inclusion: Oslo; 2000.
30. Norwegian Ministry of health and Care Services. *Prescriptions for a healthier Norway. A broad policy for public health*. Oslo: Norwegian Ministry of health and Care Services; 2003.
31. Vallgarda S. Social inequality in health: Dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy* 2008;85:71-82.
32. Whitehead M, Dahlgren G. *Levelling up (part 1)*. Copenhagen: WHO; 2006.
33. Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit*. 2004; 18(2): 36-46.
34. Department of Health. *Equality Impact Assessment-Health Inequalities*. London: Department of Health; 2008.
35. Women's Health Council. *A Plan for Women's Health 1997-1999*. Dublin: Women's Health Council, 1997.
36. Department of Health and Children. *Travellers health. A national strategy 2002-2005*. Dublin; 2002.
37. Dahlgren G, Whitehead M. *Levelling up (part 2)*. Copenhagen: WHO; 2006.
38. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1(7696):405-12.
39. Department of Health. *Health equity audit. A guide for the NHS*. London: Department of Health; 2003.

40. Department of Health. Health equity audit: a self assessment guide. London: Department of Health; 2004.
41. Stahl T, Wismar M, Ollila E, Latineen E, Leppo K, editores. Health in all policies, Prospects and Potentials. Finland: Ministry of Social Affairs and Health. Health Department; 2006.
42. Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: an European perspective. *Millbank Quarterly* 1988; 76: 469-92.
43. Krieger N, Chen JT, Waterman PD, Rehkopf DH, Subramanian SV. Race/ethnicity, gender, and monitoring socioeconomic gradients in health: A comparison of area-based socioeconomic measures-The public health disparities geocoding project. *Am J Public Health* 2003; 93:1655-71.
44. Borrell C, Pasarín MI. The study of social inequalities in health in Spain: where are we? *J Epidemiol Community Health*, Jul 1999; 53:388–389.

Tabla 1. Población e indicadores sociodemográficos

	Dinamarca	Finlandia	Noruega	Suecia	Países Bajos	Inglaterra	Irlanda
Población (millones)	5,4	5,3	4,8	9,0	16,4	50,8	4,2
Régimen de bienestar	Socialdemócrata	Socialdemócrata	Socialdemócrata	Socialdemócrata	Corporativista	Liberal	Liberal
Tradición política	Socialdemócrata	Socialdemócrata	Socialdemócrata	Socialdemócrata	Conservador	Liberal	Liberal
Coefficiente de Gini ^b	0,24	0,26	0,24	0,23	0,28	0,32 ^c	0,31
Ranking mundial según el Índice global de la brecha de género (GGGI) ^d	8	3	2	1	12	11 ^c	9
Ranking mundial IDH ^e	13	12	2	7	6	21 ^c	5

^aNavarro V et al. Inguruak 2007;44:67-90.

^bEl coeficiente de Gini es una medida de desigualdad en los ingresos, cuyo valor puede ir de 0 a 1, siendo el valor cero el que corresponde a la igualdad perfecta (todas las personas tienen exactamente los mismos ingresos) y el 1 corresponde al de la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos, mientras que las demás tienen un ingreso nulo). Eurostat 2007.

^cReino Unido

^dEste índice mide la desigualdad de género de acuerdo a cuatro dimensiones: Oportunidad y participación económica, logros educativos, empoderamiento político y salud. Global Gender Gap Report 2007.

^eIDH: Índice de desarrollo humano. Human development report. 2008 Statistical Update.

Tabla 2. Características generales de las políticas para reducir las desigualdades en salud

	Dinamarca	Finlandia	Noruega	Suecia	Países Bajos	Inglaterra	Irlanda
<i>Definición del problema</i>	Salud de grupos desfavorecidos	Gradiente en salud y personas desfavorecidas	Gradiente en salud y personas desfavorecidas	Gradiente en salud y personas excluidas	Salud de grupos desfavorecidos	Salud de áreas desfavorecidas y grupos manuales	Salud de grupos desfavorecidos
<i>Metas</i>							
Orientación	Más desfavorecidas	Gradiente	Gradiente	Gradiente	Más desfavorecidas	Brecha en salud	Brecha en salud
Evaluables	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí
<i>Actuaciones</i>							
Cobertura	Selectiva	Universal y selectiva	Universal y selectiva	Universal y selectiva	Selectiva	Selectiva	Selectiva
Determinantes	Conductas	Determinantes estructurales, condiciones de vida y conductas	Determinantes estructurales, condiciones de vida y conductas	Determinantes estructurales, condiciones de vida y conductas	Conductas	Conductas y condiciones de vida	Conductas y condiciones de vida
<i>Ámbitos y grupos diana</i>	Grupos desfavorecidos		Áreas urbanas desfavorecidas		Grupos desfavorecidos	Áreas desfavorecidas, infancia y progenitores de grupos desfavorecidos	Personas excluidas

Tabla 3. Actuaciones^a para reducir las desigualdades en salud clasificadas según los determinantes de la salud

	Finlandia		Noruega		Suecia		Inglaterra		Irlanda	
	U ^b	S ^c	U	S	U	S	U	S	U	S
Determinantes estructurales										
<i>Políticas públicas y sociales</i>										
Fiscal y de renta	8,9,10	10	1		2			13		
Empleo	13,4	5,14,17	2	2,3			17	7,14		
Educación	2,3,4		4,5		1			1,4		
Protección social	11,12	1	6	7	2				1	4, 5
Otras										
<i>Valores culturales y sociales</i>					4					
<i>Empoderamiento y participación social</i>				8	4					
Determinantes intermedios										
<i>Políticas del comienzo de la vida</i>	12		3		3,13	12		1,4	1	
<i>Educación</i>	3							3,6,7		
<i>Medio ambiente físico</i>				12		12		7,15		
<i>Condiciones de trabajo</i>	4,6			9	5,8,13					
<i>Servicios sociales</i>	11,12,16	17		10,11,12	3			6	1	4,5
<i>Cohesión social</i>			2	6						
<i>Atención de la salud</i>	11-13 15,16	14,17	13,14,17,18, 20-22,24	3,15,16,18, 19,22,23	6-9, 11,13,14			1,2,3,7,8,12,18		3,4,5,6,
<i>Vivienda</i>		7,17		25	10	15		5,7,15		
<i>Estilos de vida</i>	6,8,9,10	10	26-28	12	16-18			2,9,10		2
<i>Otras</i>		17						11,15, 16		

^aVéase en el Anexo el listado de actuaciones al que se hace mención en la tabla. ^bUniversales. ^cSelectivas

Tabla 4. Actuaciones^a para reducir las desigualdades en salud por problemas de salud, ámbitos y grupos específicos

	Finlandia		Noruega		Suecia		Inglaterra		Irlanda	
	U ^b	S ^c	U	S	U	S	U	S	U	S
Problemas de salud										
Enf. Infecciosas, VIH-Sida					14					
Salud mental, adicciones	15		3,17					8		
Cáncer										
Enf. cardiovasculares										
Tabaquismo	8,9				18			2,9		
Ámbitos										
Geográficos (ciudades, barrios, etc.)				12				1,4,5,6,7,12,16,17		
Entornos (laboral, escolar, etc.)	2-4,6		20,2,28	9	5,8,13,16,18			10		
Grupos específicos										
Infancia y progenitores	2,12			18,22	3,12,13,16			1		
Familias monoparentales								14		
Jóvenes	2-4			22	4,13,18			8		
Mayores	16,17				3	15				
Inmigrantes				2						
A riesgo de exclusión (sin techo, en prisión, "travellers")		5,7		2,3,7,8,10,11,15,16,18,19,23						3-7
Otros (discapacitados/as)				2	3					

^aVéase en el Anexo el listado de actuaciones al que se hace mención en la tabla. ^bUniversales. ^cSelectivas

Tabla 5. Actuaciones^a en la atención sanitaria para reducir las desigualdades en salud

	Inglaterra	Irlanda	Finlandia	Noruega	Suecia
Accesibilidad económica				13	
Asignación de recursos según las necesidades	12,18		11	14	19
Atención adecuada y de calidad	1,2,3,9	1,3,4,5,6,7	8,9,11-13,15-17	15,17,19-24	6-9,13,14
Prevención de las consecuencias económicas de la enfermedad	3		14,15	3,19,21	

^aVéase en el Anexo el listado de actuaciones al que se hace mención en la tabla.

ANEXO. ACTUACIONES PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN CINCO PAÍSES EUROPEOS

Finlandia

1. Reducción de la pobreza a partir de la revisión, clarificación y simplificación del actual sistema de seguridad social en relación a los impuestos, prestaciones básicas y protección por desempleo.
2. Mejora del papel de las escuelas en la reducción de las desigualdades a partir de actividades de apoyo, recreativas, lucha contra el bullying y la prevención de otros problemas como el fracaso escolar (también en las escuelas profesionales).
3. Promoción de la salud y bienestar de los jóvenes en las escuelas profesionales a partir del desarrollo de servicios de salud para los estudiantes que fomenten el conocimiento, motivación y habilidades para el cuidado de su salud.
4. Garantía de apoyo suficiente para una transición adecuada de los jóvenes entre los estudios y la vida laboral (supervisión de los itinerarios de las personas jóvenes para que se inserten en el mercado laboral o sigan estudiando de manera adecuada).
5. Oferta de trabajo a personas paradas de larga duración, discapacitadas o en programas de rehabilitación mediante la mejora de los servicios de colocación y ayudas a empresas y personas.
6. Promoción de la salud como actividad permanente en el lugar de trabajo, con especial importancia a los sectores particularmente susceptibles de presentar riesgos para la salud.
7. Reducción de la proporción de personas sin hogar a partir de la construcción de viviendas de rentas bajas y de la mejora de la situación de la vivienda de grupos específicos además de personas sin hogar: enfermos/as mentales, discapacitados/as, personas mayores.
8. Reducción del consumo abusivo de alcohol a partir de medidas sobre impuestos e inclusión de la prevención y el manejo del alcoholismo en la atención primaria y otros servicios sociales.
9. Reducción del consumo de tabaco a partir de medidas sobre impuestos y control de la oferta ilegal así como prevención en la atención primaria y otros servicios sociales. Inclusión de los fármacos para el síndrome de abstinencia del tabaco y la nicotina en la cartera de servicios.
10. Mejora de la dieta y el ejercicio físico a partir de la mejora de los ambientes, condiciones de vida y estructuras como de la mejora de la información o acceso a alimentos saludables, especialmente para padres-madres jóvenes o personas mayores.
11. Desarrollo y asignación de recursos de los servicios sociales y de atención sanitaria basándose en las necesidades de los grupos sociales específicos. Incluye una reforma del sistema de servicios

sociales, el desarrollo de la salud ocupacional y el fortalecimiento de la atención primaria teniendo en cuenta la reducción de las desigualdades entre grupos y regiones.

12. Mejora de los servicios de cuidados de día para niños/as y mejora de atención sanitaria a los niños/as (revisiones y consejo médico) para prevención de las desigualdades.
13. Revisión del modelo de rehabilitación para personas en edad activa (en desempleo o con capacidad de empleo reducida) teniendo en cuenta el estatus socioeconómico.
14. Protección de los servicios de salud locales que fomenten la habilidad para el trabajo en parados de larga duración y otras personas en edad de trabajar fuera de la red de los servicios de salud ocupacional.
15. Mejora de los servicios de salud mental para luchar contra los problemas derivados del abuso de sustancias, especialmente para grupos con mayor problema de acceso. Se menciona la relación bidireccional entre la salud mental y la situación social.
16. Garantía de servicios igualitarios para la gente mayor a partir de la creación de una red de centros de apoyo y consejo para gente mayor y aumentar la importancia de las visitas a domicilio preventivas.
17. Desarrollo y fortalecimiento de los servicios sociales y sanitarios dentro de la red general para inmigrantes e identificación de sus necesidades.

Noruega

1. Modificación del sistema impositivo que asegure un nivel de renta estable a toda la población, una asignación equitativa de recursos, la mejora del medioambiente, la creación de empleo y la eficiencia de la economía.
2. “Employment, welfare and inclusion” (2006-2007): reducción de desigualdades sociales, promoción de la inclusión social y lucha contra la pobreza especialmente dirigido a población desempleada, inmigrante y discapacitada.
3. “Escalation Plan for Mental Health (1999–2008)” dirigido a mejorar la inserción laboral de las personas con enfermedades mentales. Atención especial a drogodependientes y alcohólicos.
4. “Early intervention for lifelong learning”: reducción de desigualdades en la adquisición de conocimientos/capacidades en la infancia (más aulas 0-2 años, aumento de horas de escolarización -relevante para niños/as con poco apoyo en casa- y estimulación pedagógica si no acuden a aulas 0-2).

5. Medidas dirigidas a disminuir el fracaso escolar.
6. Mejora continuada de los esquemas de protección social dirigidos al conjunto de la población característicos del modelo nórdico de protección social
7. “Action Plan to Combat Poverty”: mejora de las condiciones de vida y oportunidades de personas con menores rentas o en riesgo de exclusión (promoción de la inserción laboral y desarrollo y participación social de todos/as los/as niños/as)
8. Promoción de la participación en organizaciones voluntarias de personas en riesgo de exclusión social para la creación de redes sociales, mayor inclusión social e identidad a colectivos no insertos en ámbitos educativos o laborales.
9. Priorización de inspecciones por parte de la autoridad de inspección laboral de Noruega a empresas/industrias de alto riesgo por estrés ocupacional para que cumplan la Ley de medioambiente laboral.
10. Mejora del acceso y calidad de los servicios sociosanitarios para personas enfermas, desempleadas y en riesgo de exclusión social (adicciones y población reclusa). Fortalecimiento de la coordinación sociosanitaria a través del “itinerario individualizado”.
11. Promoción de actuaciones de bajo umbral a nivel municipal dirigidas a promover la reintroducción de los sectores que se encuentran fuera de los circuitos normalizados (educación y mercado laboral).
12. Actuación en áreas urbanas deprimidas: diseño urbanístico adecuado para equipar los barrios con zonas de esparcimiento que fomenten la actividad física y servicios adecuados y para evitar la polución a través de la Planning and Building Act.
13. Desarrollo de servicios de bajo umbral de acceso (reducción o exención de pago de tasas por determinados servicios sanitarios y sociales o medicinas) a colectivos como menores de 18, pensionistas, personas en baja laboral, con enfermedades laborales, discapacitadas, con alguna enfermedad mental o implicadas en actividades militares.
14. Garantía de una distribución adecuada de los servicios de atención especializada y su adecuada integración en los servicios de salud regionales que dé como resultado una mejor utilización de los servicios y una disponibilidad más equitativa para pacientes.
15. Identificación y priorización de necesidades sanitarias de refugiados, asilados, presos, ludópatas, mujeres maltratadas.. como las dificultades de comunicación o diferencias culturales en la expresión de síntomas.

16. Identificación de patologías más frecuentes de grupos sociales desaventajados para romper el círculo entre exclusión social y problemas de salud (ej. servicio asesor clínico de Olafia y el centro de salud “ciudad de Oslo” para jóvenes homosexuales).
17. Puesta en marcha de, al menos, una unidad especializada en atención al abuso sexual violencia contra mujeres y niños/as por región.
18. Mejora de los servicios de rehabilitación especialmente para niños/as con problemas crónicos y personas en baja laboral. Se articulará en una estrategia nacional que hará un especial énfasis en la equidad geográfica de los servicios.
19. Desarrollo de servicios sanitarios de bajo umbral para drogodependientes como salas de intercambio de jeringuillas, deshabituación gratuita y ensayos en centros de enfermería de campo.
20. Mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios escolares en los centros de primaria y secundaria para reducir las desigualdades geográficas existentes que repercuten en desigualdades sociales en salud en la población escolar.
21. Desarrollo de servicios de salud mental locales (no especializados) para la población infantil y juvenil orientados principalmente hacia la prevención, tratamiento y seguimiento. La derivación se realizará únicamente en casos específicos.
22. Desarrollo de servicios municipales de psicología de bajo umbral para la población infantil y juvenil que promueva una mayor accesibilidad por los diferentes grupos sociales.
23. Mejora de las competencias (mediante manuales y herramientas de diagnóstico) de profesionales socio-sanitarios sobre drogas y su relación con trastornos psiquiátricos y el contexto socioeconómico así como la violencia contra mujeres y niños/as.
24. Mejora de la accesibilidad a la información sobre los servicios sanitarios y las opciones disponibles para todos los grupos de la población a través, por ejemplo, del diseño universal de las páginas web.
25. “Strategy to combat and prevent homelessness. The pathway to a permanent home”, dirigida a proporcionar viviendas estables a la población sin techo en vez de alojamientos temporales como hostales o albergues. Se contempla un seguimiento continuo a este colectivo para identificar sus necesidades así como la continuidad del resto de prestaciones que recibían hasta el momento.
26. Políticas fiscales para dificultar el acceso al tabaco, alcohol y alimentos no sanos. Concretamente, el aumento del precio del tabaco y el alcohol, el aumento de los impuestos al marketing de alimentación no saludable y la eliminación de impuestos al agua y zumos sin azúcar y a aquellas bebidas cuyo azúcar se encuentre por debajo de cierto límite.

27. Medidas para promocionar la actividad física tanto en las escuelas de primaria y secundaria como en la comunidad y en los lugares de trabajo. En la comunidad, se fortalecerán los centros municipales para la promoción de la actividad física desde los equipos de salud pública locales.
28. Facilitar el consumo de frutas y verduras entre los estudiantes de primaria y secundaria y en los lugares de trabajo. En estos últimos, se plantea la posibilidad de que los cocineros puedan contratar cursos para sensibilizar a los trabajadores y a ellos mismos en la alimentación saludable.

Suecia

1. Avance hacia un sistema educativo de alta calidad que considere la importancia de la formación continuada a lo largo de la vida
2. Promoción de un crecimiento económico sostenible para un sistema de protección social exitoso y reducción de las desigualdades de renta.
3. Apoyo financiero y de recursos (como aulas 0-2 años) a familias con niños/as, personas mayores y para las personas enfermas/discapacitadas.
4. Fortalecimiento de la democracia, la capacidad de influencia y los derechos humanos y lucha contra la discriminación a través de políticas de mercado laboral, igualdad de género, juventud, integración y discapacidad adecuadas así como del apoyo a movimientos populares y fortalecimiento de áreas urbanas vulnerables.
5. Avance hacia un entorno laboral más saludable con mejores condiciones de trabajo.
6. Reorientación de los servicios sanitarios hacia objetivos de salud, funciones de prevención y promoción desde un modelo holístico de los problemas de la población.
7. Promoción del rol de la atención primaria en el consejo para la adopción de estilos de vida saludables.
8. Revisión del papel de los servicios sanitarios en relación al contexto laboral, otorgando a la formación, funciones de la medicina del trabajo y a los servicios sanitarios, mayor fuerza.
9. Promoción de la formación en medicina social y salud pública.
10. Mejora de las condiciones de las viviendas (especialmente humedades) y mayor acceso a áreas verdes cercanas a la vivienda.
11. Prevención de los suicidios

12. Safe Community: prevención de los accidentes que involucren especialmente a niños/as para lo que se precisa involucrar a los niveles regional y local así como a la policía de tráfico. Atención especial a grupos de riesgo.
13. Mejora de los programas sanitarios dirigidos a la salud maternoinfantil, centros de orientación para jóvenes y servicios sanitarios en escuelas y lugares de trabajo.
14. Mejora de la información acerca de las prácticas sexuales seguras y prevención efectiva de las ITS a través de campañas informativas, vacunas...
15. Ayuda financiera destinada a la vivienda para los colectivos más desfavorecidos (pensionistas con pocos recursos y familias).
16. Promoción del incremento de la actividad física en el trabajo, especialmente para aquellas personas con trabajos monótonos o sedentarios, en el tiempo libre y en las etapas escolar y preescolar.
17. Mejora del acceso a una alimentación saludable y al control sobre los productos que se introducen en el mercado, así como promover el conocimiento sobre la relación entre la dieta y la salud.
18. Reducción del consumo de tabaco (aunque se han reducido los impuestos se plantea la lucha contra el comienzo del hábito en jóvenes), alcohol (límite para jóvenes y en contextos de trabajo, embarazo y conducción) y otras drogas así como la lucha contra la ludopatía.
19. Desarrollo de un sistema de asignación regional de los recursos de los servicios sanitarios.

Inglaterra

1. "Sure Start": cuidado y desarrollo de menores de 4 años y progenitores/as en áreas desfavorecidas, a través de educación gratuita, visitas a domicilio o ayudas económicas para la maternidad.
2. Mejora del acceso de mujeres embarazadas y madres a centros para dejar de fumar, apoyo a la lactancia materna así como a la formación de los profesionales sanitarios para su incentivo.
3. Programas educativos para la prevención del embarazo en adolescentes y apoyo a madres/padres adolescentes para que continúen estudiando/trabajando a través de ayudas económicas, plazas de guardería...
4. "Children's Funds": promoción del éxito escolar y prevención de conductas delictivas en áreas desfavorecidas para niños/as de 5-13 años y familias, a partir de la identificación temprana de personas en riesgo de exclusión y apoyo posterior.

5. Mejora de las condiciones físicas de viviendas para niños/as en áreas desfavorecidas.
6. "Neighbourhood Renewal Fund": mejora para 88 barrios desfavorecidos en seguridad (policía visible, apoyo al joven delincuente, espacios verdes, mejoras de vivienda, empleo), educación (actividades extraescolares, reducción de la exclusión) y salud (prevención y mayor accesibilidad a servicios)
7. "New Deal for Communities": mejora de 39 barrios desfavorecidos con proyectos para 10 años sobre calidad del empleo, seguridad comunitaria y crimen, bajo nivel educativo, salud y vivienda/medioambiente físico.
8. "Positive Futures": mejora de oportunidades (empleo y trabajo) y promoción del deporte y las actividades de recreo y ocio como medio de sustituir hábitos no saludables dentro de un medioambiente culturalmente familiar.
9. Desarrollo de nuevos programas de prevención y cese del tabaquismo en grupos con bajos ingresos.
10. Mejora de la nutrición a través del "National School Fruit Scheme": promoción del consumo de 5 frutas o vegetales al día, repartidas en colegios gratuitamente, en las 66 áreas más desfavorecidas.
11. Provisión de equipos de seguridad (detectores de humo, etc.) a grupos vulnerables para reducir las lesiones y la mortalidad no intencionadas.
12. Refuerzo de la atención primaria en las áreas desfavorecidas, las que presentan un peor acceso y en Healthy Living Centres a través del aumento de número de médicos, flexibilidad horaria, nuevos centros
13. Reducción de la pobreza infantil mediante ayudas fiscales y subsidios a las familias con hijos/as.
14. "New Deal for Lone Parents": promoción para la incorporación al mercado laboral de familias monoparentales a través de asesoramiento personalizado sobre trabajos y ayudas para cuidado de niños/as.
15. Programas de regeneración urbana para la mejora de las viviendas (humedades, aislamiento) y del medioambiente local que favorezca actividades físicas y sociales en los espacios públicos tras la disminución del miedo al crimen en barrios desfavorecidos.
16. Mejora del transporte en términos físicos (más líneas y conexiones) como económicos (descuento en tarifas) en áreas desfavorecidas para facilitar el acceso al trabajo, la escuela o los servicios de salud.
17. "New Deal programme, National Minimum Wage": mejora del acceso al trabajo (ayuda para encontrar trabajo y mantenerlo) y establecimiento de un salario mínimo de trabajo

18. Mejora de los sistemas de asignación de los recursos de atención primaria para hacer frente a las desigualdades en salud.
19. Auditorías de equidad en salud. Éstas se utilizan en los servicios de atención sanitaria para valorar la distribución de los recursos y servicios de salud en relación con las necesidades de atención sanitaria, con la finalidad de disminuir las desigualdades en salud.

Irlanda

1. Desarrollo de un programa de acciones para conseguir a través de la Estrategia Nacional contra la Pobreza y Salud la reducción de las desigualdades en salud (mejora del acceso a los servicios básicos y especializados de salud)
2. Iniciativas para la eliminación de las barreras de los grupos más desfavorecidos para lograr la adopción de estilos de vida más saludables y el desarrollo de iniciativas que evalúen las necesidades de salud en las comunidades locales.
3. Mejora de la salud de los travellers promoviendo su participación en la provisión de los servicios sanitarios, formación de los profesionales sanitarios en su cultura, mejora del acceso a los servicios sanitarios y de sus condiciones de vida en los "campamentos"
4. Iniciativas para la mejora de la salud y el bienestar de las personas sin hogar facilitando alojamiento como albergues de urgencia y desarrollo de una estrategia específica para los más jóvenes dentro de este grupo
5. Iniciativas para la mejora de la salud y el bienestar de los consumidores de drogas a través de un mayor acceso y número de tratamientos.
6. Atención a las necesidades en salud de los refugiados/as y solicitantes de asilo considerando su diversidad cultural. Se plantea la construcción de nuevos centros para atender esta nueva demanda
7. Desarrollo de servicios para la mejora de la salud de la población reclusa y la que queda en libertad, mediante una atención continua en los ámbitos de salud mental, bucodental, enfermedades transmisibles o promoción de la salud

CAPÍTULO 4

LAS DESIGUALDADES EN LOS PLANES DE SALUD EN ESPAÑA. *¿LO MISMO PERO MÁS?*

Rosana Peiró-Pérez (1)(2), Nieves Ramón Bou (3)

(1) Oficina del Plan del Cáncer. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana

(2) Ciber de epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

(3) Hospital la Fe. Agencia Valenciana para la Salud. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana

ÍNDICE

RESUMEN.....	101
1. INTRODUCCION	102
2. BREVE DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA	104
3. LAS DESIGUALDADES EN LOS PLANES DE SALUD	105
3.1. Índice de sensibilidad simbólica por género y nivel socioeconómico por comunidades autónomas	105
3.2. Índice de sensibilidad operativa a los problemas de salud por género y nivel socioeconómico por comunidades autónomas	106
3.3. Índices de sensibilidad operativa en los entornos para la salud por género y nivel socioeconómico por comunidades autónomas	109
3.4. Índice de sensibilidad operativa para los objetivos de apoyo por género y nivel socioeconómico por comunidades autónomas	112
4. ¿QUÉ NOS DICEN ESTOS RESULTADOS?	113
5. BIBLIOGRAFÍA	117
6. ANEXO. PLANES DE SALUD ANALIZADOS	119

Resumen

La formulación de las políticas es una cuestión estratégica, entre otras cosas porque fuerza a tener un modelo explícito acerca de las propuestas de intervención, posibilita la responsabilidad social y ayuda a desarrollar canales democráticos, ya que grupos de población pueden participar en el proceso de toma de decisiones. El análisis de la formulación de los planes de salud tiene que ver con el análisis de estas prioridades de futuro y por tanto también informa acerca de aquellas cuestiones que permanecen invisibles. Hace unos años se realizó un análisis de la sensibilidad a las desigualdades en los planes de salud disponibles en las Comunidades Autónomas (CCAA). En este capítulo se plantea identificar los nuevos documentos que han aparecido y comparar si la sensibilidad a las desigualdades ha aumentado o permanece igual. Se realiza una búsqueda entre octubre y noviembre de 2008 y se obtienen 8 planes de salud. Se muestra el resultado de la comparación de la sensibilidad simbólica (principios y valores que rigen el plan) y operativa (en los problemas de salud, en los entornos y en los objetivos de apoyo) de género y de nivel socioeconómico.

La equidad se ha incluido de forma explícita en las CCAA como prioridad y valor. Sin embargo, la sensibilidad operativa es en general menor y de los tres aspectos donde se construye el índice, es en los problemas de salud donde se realizan más propuestas relacionadas con las desigualdades.

En la comparación Andalucía aumenta su sensibilidad en los problemas de salud fundamentalmente en cuestiones de género, y en entornos y de apoyo en ambos aspectos. Cataluña tiene un número importante de propuestas en los problemas y entornos para género y NSE. Castilla–León aumenta su sensibilidad de género a los problemas de salud. La Comunidad Valenciana aunque prioriza las desigualdades en otros aspectos en los problemas de salud y aumenta su sensibilidad en los objetivos de apoyo. Canarias, Navarra y Galicia reducen su sensibilidad operativa a las desigualdades.

1. Introducción

Desde hace décadas se ha ido produciendo información sobre la existencia de desigualdades en salud. Tanto en aspectos relacionados con la desigual exposición a situaciones y condiciones que determinan la forma de enfermar, como de sus consecuencias en forma de desigualdades en mortalidad y morbilidad¹.

Estas desigualdades en salud son innecesarias, son evitables y también son injustas^{2 3}. Es por ello que, desde diferentes ámbitos e instituciones de salud pública, se trabaja desde hace tiempo produciendo información^{4 5} y produciendo espacios de encuentro y discusión para que esta información sea haga visible. Un ejemplo lo constituirían las jornadas de desigualdades en salud que se desarrollan cada año en Cádiz o las que se desarrollaron en el año 2008 en Bilbao. Tanto la Sociedad Española de Epidemiología como La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria han incluido las cuestiones relacionadas con la equidad entre sus temas prioritarios.⁵

La forma de abordarlas es mediante políticas públicas con la intención de lograr compromisos dirigidos a intervenir sobre los determinantes estructurales implicados en estas. Estas políticas son mayoritariamente dirigidas a la estructura social y las que han mostrado relación con la disminución de las desigualdades son aquellas relacionadas con la vivienda, la estructura económica, la educación, etc.^{6 7 8}.

Los servicios sanitarios reciben ya las consecuencias en salud de esta desigualdad social, pero tienen una capacidad potencial para intervenir desde diferentes aspectos. Por su carácter preventivo, trabajando en políticas orientadas a la salud, que evalúen el impacto en salud de las decisiones que se toman fuera del sector sanitario y proponiendo otras decisiones que reduzcan la brecha en salud que existe en la población. También por su carácter curativo orientando los servicios de forma que tengan sensibilidad a estas desigualdades para no aumentarlas^{9,10}.

El análisis de las políticas de salud es un área que profundiza en estos aspectos y uno de sus objetivos es conocer si las políticas que se formulan para el futuro tienen sensibilidad a las desigualdades. El análisis de políticas tiene varias fases siendo una de ellas la formulación explícita de las propuestas de acción. Este análisis trata del análisis de las intenciones o lo que es lo mismo, lo que se pretende realizar y se escribe en los documentos de política pública, frente al análisis de las acciones o intervenciones que correspondería a la evaluación de la implantación.^{11 12 13}

Los planes de salud tienen una estructura basada en, y por tanto, similar a la estrategia de «Salud para Todos en el año 2000» de la OMS, con una parte general e introductoria y una segunda parte donde se describen los problemas de salud, los entornos para la salud y los objetivos de apoyo¹⁴. Siguiendo esta estructura, los planes de salud tienen, mayoritariamente, una primera parte introductoria y general donde se describe la situación socioeconómica, cultural y de estado de salud de la Comunidad Autónoma a la que hace referencia, en muchos casos comparada con la situación en otras áreas geográficas (CCAA, España, Europa), e incluyen unos objetivos generales y los valores y principios que deben regir esta política. La segunda parte contiene: a) los problemas de salud que han sido

priorizados con una descripción epidemiológica de su situación, los objetivos y las intervenciones o líneas de actuación con las que se pretende alcanzarlos; b) los entornos para la salud donde se va a llevar a cabo la intervención, entendidos éstos como el lugar y el contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que determinan la salud y el bienestar (la escuela, la ciudad, el centro de salud, el lugar de trabajo, etc.); y c) los objetivos de apoyo, como el desarrollo de los sistemas de información, la investigación, la formación y demás.

Una estrategia o plan de salud es una política explícita (escrita) pública que contiene, para un periodo determinado: Principios y valores, los objetivos a conseguir, las estrategias e intervenciones a implantar para conseguirlo y la forma de monitorizarlo. Es el resultado del desarrollo de la “construcción de una política” y describe los problemas de salud y las propuestas de intervención sobre los diferentes niveles de actuación, desde los estructurales a los individuales, que han entrado en la discusión de políticas como resultado del juego de intereses y poder de los diferentes actores. Esta estrategia debería identificar los puntos de intervención adecuados y también asegurar e identificar otros sectores y la forma para que se involucren, el rango de factores políticos, sociales, económicos y de gestión que intervienen, así como sus debilidades y como afrontarlas ^{14 15}.

Aún siendo documentos escritos, como se ha dicho, que recogen intenciones de acción, hay varias razones que apoyan su análisis desde una perspectiva de políticas y su relación con la sensibilidad a las desigualdades en salud. Estos documentos informan acerca de los ejes de acción que se abordaran y también las cuestiones que no aparecen en escena, es decir, que permanecen invisibles. Mientras que los datos muestran el resultado de acciones que se tomaron en el pasado, y muestran la evaluación de las acciones, es importante reconocer que documentos de este tipo tienen que ver con las cuestiones sobre las que se trabajara en el futuro. Fuerza, a quien decide sobre las políticas, a tener un modelo que describa o resuma cuales son sus intenciones. Además posibilita e incrementa la responsabilidad social de las políticas de salud, mediante la vinculación de las propuestas o acciones explícitas con los datos o resultados obtenidos. Y ayuda a desarrollar canales democráticos ya que los grupos de población interesada pueden participar en el proceso de toma de decisiones ^{11- 15}.

Se define sensibilidad como la medida en que los planes de salud tienen en cuenta la existencia del género y el nivel socioeconómico como categoría de relación y desarrollan acciones para aminorar las desigualdades debidas a ello.

Hace unos años se realizó un análisis de estos documentos de estrategias o planes de salud que estaban disponibles en las Comunidad Autónomas ^{16 17}. Fue un análisis transversal ya que se analizó la sensibilidad a las desigualdades de género y nivel socioeconómico en los planes de salud en un momento de tiempo. En este capítulo se plantea identificar los planes o estrategias de salud que han aparecido posteriormente a las publicaciones mencionadas y comparar si la sensibilidad a las desigualdades ha aumentado o permanece igual. Se realiza por tanto un análisis longitudinal, ya que se dispone para un grupo de CCAA de dos planes de salud para dos periodos consecutivos, que abarcan un tiempo medio de 10 años.

2. Breve descripción de la metodología

Se realiza una comparación entre los planes de salud de las CCAA que han elaborado una nueva estrategia con los que se tenía ya el análisis previo, con el objetivo de conocer si se han producido cambios en la sensibilidad de género o por nivel socioeconómico^{16 17}.

En el análisis previo se llevó a cabo una búsqueda de los planes de salud entre marzo de 2003 y mayo de 2004, y se analizaron los de 14 CCAA para el género y 15 para el análisis por NSE. Para esta comparación que se presenta, se realiza una nueva búsqueda entre octubre y noviembre de 2008 y se obtienen 8 planes de salud cuyo periodo de actuación contiene el año 2008, y había sido analizado un plan anterior.

La descripción de la sensibilidad de género y por nivel socioeconómico (NSE) de los planes de salud de las CCAA se realiza mediante la guía de lectura utilizada en el análisis previo. (tabla1)

Tabla 1. Guía de lectura utilizada para la revisión de los planes de salud.

Declaraciones simbólicas
Se describe la situación general con información por sexo/NSE que muestre la importancia de las desigualdades en el estado de salud . Entre los principios y valores ¿reducir las desigualdades o específicamente las de género/ NSE es uno de los ejes? Entre los objetivos generales ¿se menciona la reducción de desigualdades o específicamente las de género/ NSE?.
Contenidos operativos
En los problemas de salud La descripción del problema de salud está desagregada por sexo/ NSE? Se proponen objetivos específicos para la reducción de las desigualdades de género/ NSE en población general Se proponen líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género/ NSE en población general Existen objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social, (prostitución, inmigración)
En los entornos Se describe la situación de salud en el entorno específico desagregada por sexo/ NSE? Existen objetivos específicos para la reducción de las desigualdades de género/ NSE en población general Existen líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género/ NSE en población general Existen objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social, prostitución, inmigración
En los objetivos de apoyo al desarrollo del plan. Se describe la necesidad de su desarrollo y sus implicaciones con respecto al género/ NSE? Se identifican objetivos en su desarrollo con implicación de género/ NSE Existen objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social, prostitución, inmigración

El apartado donde se describen los objetivos, valores y principios suele formar parte de la introducción y se le denominó de “declaraciones simbólicas”. Las 3 preguntas que revisan la sensibilidad de género y NSE en este apartado se encuentran descritas en la tabla 1. Revisan si en la introducción hay un apartado de situación de salud general desagregado por sexo y NSE, si alguno de los objetivos generales, principios o valores es sobre equidad.

Al apartado del plan de salud donde se concretan los objetivos específicos y las intervenciones o líneas de actuación que se van a realizar para conseguirlos, se le denominó “contenido operativo”, (tabla 1). La guía ayuda a la revisión sistemática, mediante 4 preguntas que tienen una respuesta afirmativa o negativa, acerca de si para cada problema de salud, entorno de salud y objetivo de apoyo, se proporciona una descripción de la situación por sexo y NSE y si incluyen objetivos específicos e intervenciones para alcanzarlos, tanto en la población general como en grupos de exclusión.

La sensibilidad de un plan de salud es mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas a las preguntas de la guía. Este instrumento revisa exclusivamente lo que hemos definido como sensibilidad a las desigualdades; por tanto, no realiza ninguna valoración sobre la priorización que cada plan de salud ha realizado.

Los resultados se muestran tablas para cada apartado. Se incluyen también las tablas de los análisis previos ya publicados (con permiso de Gaceta Sanitaria). Una tabla muestra la sensibilidad simbólica y su cambio en aquellas CCAA que han desarrollado un nuevo plan de salud. Para la sensibilidad operativa se muestra una tabla para cada una de las CCAA analizadas.

Los índices se presentan como símbolos. Se intenta con esta metodología que su interpretación sea fácil, de manera visual y se interpreta de la siguiente manera A mayor número de símbolos que se observan en la tabla, mayor sensibilidad a las desigualdades. La barra invertida significa que ese problema de salud o aspecto se ha priorizado en el plan de salud. El símbolo a la izquierda de la barra invertida significa que hay una descripción para ese aspecto analizado por NSE o por sexo. A la derecha de la barra invertida puede haber 3 símbolos como máximo, que indican si hay objetivos, y/o líneas de actuación y/o propuestas específicas sobre población vulnerable dirigidos explícitamente a la reducción de desigualdades.

3. Las desigualdades en los planes de salud

En los análisis previamente publicados se identificaron 14 planes hasta el momento del estudio en el que se hizo el análisis de la sensibilidad de género, y 15 en el momento del estudio de la sensibilidad por NSE que fue posterior. En este nuevo análisis se identificaron 8 CCAA. La Rioja no se analizó en el estudio previo para sensibilidad de género pero si para NSE, se incluye ahora en la comparación.

3.1 Índice de sensibilidad simbólica por género y nivel socioeconómico por comunidades autónomas

En la tabla 2 se observa la sensibilidad simbólica a las desigualdades de todas las CCAA en las que se analizó el documento y en aquellas que tienen elaborado un nuevo documento se muestra la comparación. Andalucía, Cataluña, la Comunidad Valenciana y el País Vasco tienen un índice de sensibilidad simbólica de 3 a las desigualdades tanto en el NSE como en el género. Estas tres primeras CCAA mencionadas han aumentado su sensibilidad hasta llegar al máximo frente a la estrategia del periodo anterior. La Rioja se mantiene en una sensibilidad de 2 para NSE, Castilla- León y Navarra partían de una situación muy baja en el periodo anterior y se han quedado en un índice medio pero

han aumentado su sensibilidad. Canarias ha aumentado para el NSE y ha bajado en cuanto al género. Galicia tenía un índice 0 y ha aumentado su sensibilidad simbólica a 1.

Tabla 2. Sensibilidad simbólica a las desigualdades de género y nivel socioeconómico.

	Sensibilidad simbólica por NSE ^a	Sensibilidad simbólica por género
Andalucía		
1999-2002	⊖⊖	⊖⊖
2003-2008	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖
Aragón (1999)	⊖⊖	⊖
Baleares (2003)	⊖⊖	⊖⊖
Canarias		
1997-2001		⊖⊖⊖
2004-2008	⊖⊖	⊖⊖
Castilla- La Mancha (2001-2010)	⊖	⊖
Castilla- León		
1998		⊖
2008-2012	⊖⊖	⊖⊖
Cataluña		
2002-2005		⊖
2006-2010	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖
Extremadura (2001-2004)	⊖⊖⊖	
Galicia		
2002-2005		
2006-2010	⊖	⊖
La Rioja		
(1998)	⊖⊖	
2009-2010	⊖⊖	⊖⊖
Murcia (2003-2007)		⊖⊖
Navarra		
2001-2005		
2006-2012	⊖⊖	⊖⊖
País Vasco (2002-2010)	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖
C. Valenciana		
2001-2004	⊖⊖	⊖⊖⊖
2005-2009	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖

3.2. Índice de sensibilidad operativa a los problemas de salud por género y nivel socioeconómico por comunidades autónomas

La tabla 3 y 4 muestran la sensibilidad de género y de NSE que tenían los documentos de políticas de salud en el primer análisis. El País Vasco es la CCAA con mayor sensibilidad a las desigualdades tanto por que describe la situación epidemiológica de cada determinante de la salud (género y nivel socioeconómico) para un mayor número de problemas de salud como porque propone más objetivos o líneas de acción o líneas de trabajo sobre población vulnerable para reducir las desigualdades que identifica. Para el género destacan con un índice mayor Galicia, Cataluña y Canarias. Para el NSE Galicia, Canarias y en algunos aspectos de la descripción Baleares y de las líneas de actuación la Comunidad Valenciana y Murcia.

Tabla 3. Sensibilidad a las desigualdades de género en los problemas de salud.

	C/Valenciana	Murcia	Andalucía	Cataluña	Aragón	Navarra	País Vasco	Galicia	Castilla-La Mancha	Castilla-León	Baleares	Canarias	Extremadura
Tabaco	♀/♂	♀/♂	/	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	/	♀/♂	♀/♂	♀/♂
Alcohol y drogas	♀/♂	♀/♂	/	♀/♂	/	/	♀/♂	♀/♂	♀/♂	/	/	♀/♂	♀/♂
Alimentación	/♂	/	/	/	♂ ^{5/}	/	♀/♂	♀/♂	/	/	/	/	♀/♂
Ejercicio físico	/♂	/	/	♀/♂	♀/♂	/	♀/♂	♀/♂	/	/	♀/♂	♀/♂	/
Diabetes	/	♀/♂ ^{2,3}	♀/♂	♀/♂	♀/♂ ^{2,3}	♂ ^{3/}	♀/♂	♀/♂	♀/♂	/	♀/♂	♀/♂ ²	♀/♂ ²
Enf. cardio y cerebrovascular	♀/♂	♀/♂	/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	/	♀/♂	♀/♂	♀/♂
Enf. oncológica	♀/♂ ¹	♀/♂ ¹	♀/♂ ⁴	♀/♂ ^{1,4}	♀/♂ ¹	♀/♂ ¹	♀/♂ ^{1,4}	♀/♂ ^{1,2,4}	♀/♂ ¹	/	♀/♂ ¹	♀/♂ ¹	♀/♂ ¹
Enf. osteoarticular	/	/	/	♀/♂	/	/	/	♀/♂	/	/	/	♀/♂	/
Enf. neurodegenerativa	/	/	/	♀/♂	/	♀/♂	/	/	♀/♂	/	/	♀/♂	/
Accidentes de tráfico	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	/	♀/♂	♀/♂	♀/♂
Violencia	/	/	/♂	♀/♂	/	/	/	♀/♂	♀/♂	/	♀/♂	/	/♂
Enf. respiratoria	♀/♂	/	/	♀/♂	/	/	/	/	/	/	/	/	/♂ ²
Enf. infecciosas	/	/♂	/♂	♀/♂ ²	/	/	/	♀/♂	/	/	/	♀/♂	/♂
Enf. prevenibles por Vacunación	/	/	/	/	/	/	/	/♂	/	♂ ²	/	/	/
VIH/SIDA	♀/♂	♀/♂ ²	♀/♂	♀/♂ ²	♀/♂	/	♀/♂	♀/♂ ²	♀/♂	♂ ²	/	♀/♂ ²	♀/♂
Salud mental	/	♀/♂	/	♀/♂	/	/	♀/♂	/	/	/	/	♀/♂	/
Área sociosanitaria envejecimiento	/♂	/	/	♀/♂	/	/	/	♀/♂	/	/	♀/♂	/	/

Tabla 4. Sensibilidad a las desigualdades de nivel socioeconómico en los problemas de salud.

Áreas de salud	Andalucía	Aragón	Baleares	Canarias	Castilla-La Mancha	Castilla-León	Cataluña	Extremadura	Galicia	La Rioja	Murcia	Navarra	País Vasco	Comunidad Valenciana
Tabaco	/	/	♂/♀	/	/	/	/	♂/♀	/	/	/	/	♂/♀	/
Alcohol y drogas	/	/	♂/♀	♂/♀	/♂	/	/	♂/♀	♂/♀	/	/	/	♂/♀	/♂
Alimentación	/	/	/	♂/♀	/	/	/	/	/	/	/	/	♂/♀	/
Ejercicio físico	/	♂/♀	/	/	/	/	/	/♂	/	/	/	/	♂/♀	/
Diabetes	/	/	/	/♂	/	/	/	/♂	/	/	/	/	/	/
Enf. cardio y cerebrovascular	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	♂/♀	/
Enf. oncológica	/	/	♂/♀	/♂	/	/	/♂	/♂	/	/	/	/	♂/♀	/
Enf. osteoarticular	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Enf. Neurodegener.	/	/	/	/♂	/	/♂	/♂	/	/	/	/	/	/	/
Accidentes de tráfico	/	/	/	/♂	/	/♂	/♂	/	/	/	/	/	/	/
Violencia	/	/	♂/♀	/	/	/	/	/♂	/	/	/	/	/	/
Enf. respiratoria	/	/	/	/♂	/	/	/	/	♂/♀	/	/	/	/	/♂
Enf. infecciosas	/♂	/	/	/	/	♂/♀	/♂	/	/♂	/	♂/♀	/	/	/
Enf. Prev. por Vacunación	/♂	/	/	/♂	/♂	/	/♂	/♂	♂/♀	/	/	/	/	/♂
VIH/SIDA	/♂	/♂	/	/	/	/	/♂	/♂	♂/♀	♂/♀	♂/♀	/	/♂	/♂
Salud mental	/	/	/	♂/♀	/	/	/	/	/♂	/	/	/	♂/♀	/♂
Salud reproductiva	/	♂/♀	♂/♀	♂/♀	/	/	/♂	♂/♀	♂/♀	/♂	/♂	/	/♂	/
Área sociosanitaria envejecimiento	/	/	/	♂/♀	/♂	/	/	/♂	♂/♀	/	/	/	/	/♂

La tabla 5 muestra la comparación de la sensibilidad entre los planes de salud, para los problemas de salud, y permite por tanto su seguimiento longitudinal. Destacan Andalucía, Castilla-León, Cataluña, la Comunidad Valenciana y la Rioja que aumentan, aunque en diferente medida, su sensibilidad a las desigualdades en los problemas de salud en género y NSE. Se observa un aumento mayor de Andalucía para el género con 8 problemas de salud prioritarios que no estaban en su anterior estrategia y en todas hace propuestas dirigidas a ello, sin embargo aunque crece también en

sensibilidad a las desigualdades por NSE lo hace en menor medida. Cataluña, que aumenta también en género, lo hace mucho más en NSE proponiendo intervenciones o descripciones de la situación en 12 problemas de salud más de los que proponía en su anterior estrategia. Castilla-León aumenta su sensibilidad de género en 10 problemas de salud incorporando su descripción por sexo y en 6 de ellos haciendo propuestas relacionadas con la reducción de la desigualdad que describe. La Comunidad Valenciana aumenta mayoritariamente en el número de propuestas con respecto a líneas de acción que toman en cuenta la desigualdad de género y aumenta ligeramente en propuestas relacionadas con el nivel socioeconómico. La Rioja hace propuestas de intervención en 8 problemas de salud, frente a ninguna en el anterior plan, a población con NSE desfavorecido. Galicia, Canarias y Navarra disminuyen su sensibilidad tanto en género como en NSE.

Tabla 5. Sensibilidad operativa: Problemas de salud. Comparación temporal

	1999-2002		2003-2008	
	Género		Nivel Socioeconómico	
	♀	♂	♀	♂
Tabaco	/	♀♂	/	/
Alcohol y drogas	/	♀♂	/	/
Alimentación	/	♀♂	/	/
Ejercicio físico	/	♀♂	/	/
Diabetes	♀	♀	/	/
Enf. cardio y cerebrovascular	♀	♀	/	/
Enf. oncológica	♀♂	♀♂	/	♂
Enf. osteoarticular	/	♀♂	/	/
Enf. neurodegenerativa	/	/	/	/
Accidentes de tráfico	♀	♀♂	/	/
Violencia	♀	♀♂	/	♂
Enf. respiratoria	/	♀♂	♂	♂
Enf. infecciosas	♀♂	♀♂	♂	♂
Enf. prevenibles por Vacunación	/	/	♂	♂
VIH/SIDA	♀	♀♂	♂	♂
Salud mental	/	♀♂	/	/
Área sociosanitaria envejecimiento	/	♀	♂	/
Cuidadoras	/	♀♂*	/	/

	1997-2001		2004-2008	
	Género		Nivel Socioeconómico	
	♀	♂	♀	♂
Tabaco	♀♂	♀♂	♂	/
Alcohol y drogas	♀	/	♂	/
Alimentación	/	/	/	/
Ejercicio físico	♀	/	♂	/
Diabetes	♀♂	♀♂	/	♂
Enf. cardio y cerebrovascular	♀	♀♂	/	♂
Enf. oncológica	♀♂	♀♂	/	/
Enf. osteoarticular	♀♂	♀♂	/	/
Enf. neurodegenerativa	/	/	/	/
Accidentes de tráfico	♀	♀	♂	/
Violencia	/	/	♂	/
Enf. respiratoria	/	/	♂	/
Enf. infecciosas	♀♂	♀♂	♂	/
Enf. prevenibles por Vacunación	/	/	♂	/
VIH/SIDA	/	/	♂	♂
Salud mental	♀♂	♀♂	♂	♂
Área sociosanitaria envejecimiento	♀	♀♂	♂	♂

	1998		2008-2012	
	Género		Nivel Socioeconómico	
	♀	♂	♀	♂
Tabaco	/	♀♂	/	♂
Alcohol y drogas	/	♀	/	♂
Alimentación	/	/	/	/
Ejercicio físico	/	/	/	/
Diabetes	/	♀	/	/
Enf. cardio y cerebrovascular	/	♀♂	/	♂
Enf. oncológica	/	♀♂	/	♂
Enf. osteoarticular	/	/	/	/
Enf. neurodegenerativa	/	/	/	/
Accidentes de tráfico	/	♀	♂	/
Violencia	/	♀♂	/	/
Enf. respiratoria	/	♀	/	/
Enf. infecciosas	/	♀	♂	♂
Enf. prevenibles por Vacunación	♀	/	/	/
VIH/SIDA	♀	/	/	/
Salud mental	/	♀♂	/	/
Área sociosanitaria envejecimiento	/	♀♂	/	♂

	2002-2005		2006-2010	
	Género		Nivel Socioeconómico	
	♀	♂	♀	♂
Tabaco	♀♂	♀♂	/	♂
Alcohol y drogas	♀	♀	/	♂
Alimentación	/	♀♂	/	♂
Ejercicio físico	♀♂	♀♂	/	♂
Diabetes	♀	/	/	/
Enf. cardio y cerebrovascular	♀	♀♂	/	♂
Enf. oncológica	♀♂	♀♂	♂	♂
Enf. Osteoarticular	♀♂	♀♂	/	♂
Enf. Neurodegenerativa	♀	♀	/	♂
Accidentes de tráfico	♀♂	♀♂	♂	♂
Violencia	♀♂	♀♂	/	/
Enf. respiratoria	♀	♀♂	/	♂
Enf. infecciosas	♀♂	♀♂	♂	♂
Enf. prevenibles por Vacunación	/	♀♂	♂	♂
VIH/SIDA	♀♂	♀♂	♂	/
Salud mental	♀	♀	/	♂
Área sociosanitaria envejecimiento	♀♂	♀♂	/	♂

Comunidad Valenciana

	2001-2004		2005-2009	
	Género		Nivel Socioeconómico	
Tabaco	♀	♀	/	⊕⊕
Alcohol y drogas	♀	♀	/	⊕⊕
Alimentación	/	♀	/	/
Ejercicio físico	/	♀	/	/
Diabetes	/	♀	/	/
Enf. cardio y cerebrovascular	♀	♀	/	/
Enf. oncológica	♀	♀	/	/
Enf. Osteoarticular	/	♀	/	/
Enf. Neurodegenerativa	/	/	/	/
Accidentes de tráfico	♀	♀	/	⊕⊕
Violencia	/	/	/	/
Enf. respiratoria	♀	/	/	/
Enf. infecciosas	/	/	/	⊕⊕
Enf. prevenibles por Vacunación	/	/	⊕⊕	⊕⊕
VIH/SIDA	♀	♀	/	/
Salud mental	/	♀	/	/
Área sociosanitaria envejecimiento	/	♀	/	/

Galicia

	2002-2005		2006-2010	
	Género		Nivel Socioeconómico	
Tabaco	♀	♀	/	⊕
Alcohol y drogas	♀	♀	⊕	⊕
Alimentación	/	/	/	/
Ejercicio físico	♀	♀	/	/
Diabetes	♀	♀	/	/
Enf. cardio y cerebrovascular	♀	♀	/	⊕
Enf. oncológica	♀	♀	/	/
Enf. Osteoarticular	♀	♀	/	/
Enf. Neurodegenerativa	/	/	/	/
Accidentes de tráfico	♀	♀	/	/
Violencia	♀	♀	/	/
Enf. respiratoria	/	/	⊕	/
Enf. infecciosas	♀	♀	/	/
Enf. prevenibles por Vacunación	♀	♀	/	⊕⊕
VIH/SIDA	♀	♀	⊕	⊕
Salud mental	/	♀	/	/
Área sociosanitaria envejecimiento	♀	♀	⊕	/

La Rioja

	1998	2009-2013	
	Nivel socioeconómico	Género	Nivel Socioeconómico
Tabaco	/	♀	⊕
Alcohol y drogas	/	/	⊕
Alimentación	/	♀	⊕
Ejercicio físico	/	♀	/
Diabetes	/	/	/
Enf. cardio y cerebrovascular	/	♀	/
Enf. oncológica	/	♀	⊕
Enf. osteoarticular	/	/	/
Enf. neurodegenerativa	/	/	/
Accidentes de tráfico	/	♀	/
Violencia	/	♀	/
Enf. respiratoria	/	♀	/
Enf. infecciosas	/	/	/
Enf. prevenibles por Vacunación	/	/	⊕
VIH/SIDA	⊕	/	⊕
Salud mental	/	♀	⊕
Área sociosanitaria envejecimiento	/	♀	⊕

Navarra

	2001-2005		2006-2012	
	Género		Nivel Socioeconómico	
Tabaco	♀	/	/	/
Alcohol y drogas	/	/	/	/
Alimentación	/	/	/	/
Ejercicio físico	/	/	/	/
Diabetes	♀	/	/	/
Enf. cardio y cerebrovascular	♀	♀	/	/
Enf. oncológica	♀	♀	/	/
Enf. Osteoarticular	/	/	/	/
Enf. Neurodegenerativa	♀	♀	/	⊕
Accidentes de tráfico	♀	/	/	/
Violencia	/	/	/	/
Enf. respiratoria	/	/	/	/
Enf. infecciosas	/	/	/	/
Enf. prevenibles por Vacunación	/	/	/	/
VIH/SIDA	/	/	/	/
Salud mental	/	/	/	/
Área sociosanitaria envejecimiento	/	/	/	/

3.3. Índices de sensibilidad operativa en los entornos para la salud por género y nivel socioeconómico por Comunidades Autónomas

Los entornos se definen como lugar y contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que determinan la salud y el bienestar.

Mayoritariamente todas las CCAA reconocen los entornos para la salud como los lugares donde se pueden realizar intervenciones para mejorar la salud y hacen por tanto propuestas de acción en diferentes entornos en sus planes de salud. Sin embargo en el primer análisis se mostraba que las propuestas relacionadas con la reducción de las desigualdades es menor globalmente. Con respecto al

NSE sólo La Rioja y Extremadura proponían intervenciones aunque en varios entornos diferentes. Con respecto al género 4 CCAA, Murcia, Aragón, País Vasco y Baleares hacen propuestas y 3 de ellas en salud laboral.

Tabla 6. Sensibilidad operativa. Entornos para la salud. Comunidades Autónomas

Nivel socioeconómico

Entorno para la salud	Andalucía	Aragón	Baleares	Canarias	Castilla- La Mancha	Castilla- León	Cataluña	Extremadura	Galicia	La Rioja	Murcia	Navarra	País Vasco	C. Valenciana
Salud laboral	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	/
Medio ambiente	/	/		/	/	/	/	⊖/⊕	/	/⊖			/	/
Medio escolar		/				/		/⊖		/⊖			/	/
Ciudades saludables	/				/			/		/⊖				
Prisiones											/			/
Servicios de Atención Primaria			/		/	/	/	/⊖		/	/		/	
Servicios hospitalarios			/	/	/	/	/	/		/	/		/	

Género

Entorno para la salud	Andalucía	Aragón	Baleares	Canarias	Castilla- La Mancha	Castilla- León	Cataluña	Extremadura	Galicia	La Rioja	Murcia	Navarra	País Vasco	C. Valenciana
Salud laboral	/	/	♀/	/	/		/	/	/	/	/♀		/♀	/
Medio ambiente	/	/		/	/	/	/	♀	/	/	/		/	/
Medio escolar		/♀				/		/		/			/	/
Ciudades saludables	/				/			/		/				
Prisiones											/			/
Servicios de Atención Primaria			/		/	/	/	/		/	/		/	
Servicios hospitalarios			/	/	/	/	/	/		/	/		/	

En el seguimiento temporal se observa que Cataluña ha introducido aspectos descriptivos y de intervención en los servicios sanitarios, la escuela e introduce un nuevo entorno, el barrio, con varios tipos de propuestas de relacionadas con las desigualdades. Andalucía hace propuestas en varios entornos diferentes, ha pasado de no proponer nada, ha hacerlo en la mayoría. Canarias y Castilla-León han aumentado levemente desde una situación de cero de la que partían. La Rioja ha reducido sus propuestas de reducción de desigualdades por NSE en los entornos. Galicia y la CV no describen líneas de actuación de reducción de desigualdades en este aspecto.

Tabla 7. Sensibilidad operativa: Entornos para la salud. Comparación temporal.

Andalucía

Entorno para la salud	1999-2002	2003-2008	
		Género	NSE
Consumo	/	/	/
Salud laboral	/	♂	/
Medio ambiente	/	♂	/
Salud en el medio escolar	/	♂	/
Ciudades saludables	/	♂	/
Prisiones	/	♂	/
Servicios de Atención Primaria	/	♂	/
Servicios hospitalarios	/	♂	/

Canarias

Entorno para la salud	1997-2001	2004-2008	1997-2001	2004-2008
	Género		NSE	
Salud laboral	/	♂	/	♀
Medio ambiente	/		/	
Salud medio escolar	/		/	
Ciudades saludables	/		/	
Prisiones	/		/	
Servicios atención primaria	/		/	
Servicios hospitalarios	/		/	

Castilla y León

Entorno para la salud	1998	2008-2012	1998	2008-2012
	Género		NSE	
Salud laboral	/	/	/	♂
Medio ambiente	/	/	/	/
Salud medio escolar	/	/	/	/
Ciudades saludables	/	/	/	/
Prisiones	/	/	/	/
Servicios atención primaria	/	/	/	/
Servicios hospitalarios	/	♂	/	/

Cataluña

Entorno para la salud	2002-2005	2006-2010	2002-2005	2006-2010
	Género		NSE	
Salud laboral	/	/	/	/
Medio ambiente	/	/	/	/
Salud medio escolar	/	♂	/	♀
Ciudades saludables	/		/	
Prisiones	/		/	
Servicios atención primaria	/	♂	/	♀
Servicios hospitalarios	/	♂	/	♀
Barrios	/	♂	/	♀

Comunidad Valenciana

Entorno para la salud	2001-2004	2005-2009	2001-2004	2005-2009
	Género		NSE	
Salud laboral	/	/	/	/
Medio ambiente	/	/	/	/
Salud medio escolar	/	/	/	/
Ciudades saludables	/	/	/	/
Prisiones	/	/	/	/
Servicios atención primaria	/	/	/	/
Servicios hospitalarios	/	/	/	/

Galicia

Entorno para la salud	2002-2005	2006-2010	2002-2005	2006-2010
	Género		NSE	
Salud laboral	/	/	/	/
Medio ambiente	/	/	/	/
Salud medio escolar	/	/	/	/
Ciudades saludables	/	/	/	/
Prisiones	/	/	/	/
Servicios atención primaria	/	/	/	/
Servicios hospitalarios	/	/	/	/

La Rioja

Entorno para la salud	2009-2013	1998	2009-2013
	Género		NSE
Salud laboral	/	/	/
Medio ambiente	/	♂	/
Salud medio escolar	/	♂	/
Ciudades saludables	/	♂	/
Prisiones	/	/	/
Servicios atención primaria	/	/	/
Servicios hospitalarios	/	/	/

Navarra

Entorno para la salud	2001-2005	2006-2012	2001-2005	2006-2012
	Género		NSE	
Salud laboral	/	/	/	/
Medio ambiente	/	/	/	/
Salud medio escolar	/	/	/	/
Ciudades saludables	/	/	/	/
Prisiones	/	/	/	/
Servicios atención primaria	/	/	/	/
Servicios hospitalarios	/	/	/	/

3.4. Índice de sensibilidad operativa para los objetivos de apoyo por género y nivel socioeconómico por comunidades autónomas

En la tabla 8 se pueden observar los resultados relacionados con los objetivos de apoyo. Aragón y Extremadura hacen propuestas relacionadas con la recogida de datos de variables relacionadas con las desigualdades por NSE en los sistemas de información. Para las desigualdades de género, Aragón y Galicia hacían propuestas relacionadas también con la mejora de la recogida de información para hombres y mujeres.

Tabla 8. Sensibilidad operativa. Objetivos de apoyo. Comunidades Autónomas

Nivel Socioeconómico

Objetivos de apoyo	Andalucía	Aragón	Baleares	Canarias	Castilla-La Mancha	Castilla-León	Cataluña	Extremadura	Galicia	La Rioja	Murcia	Navarra	País Vasco	Comunidad Valenciana
Sistemas de información	/	/⊖	/		/	/	/	/⊖	/	/	/			/
Formación	/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/		/
Investigación	/	/	/	/	/	/		/		/	/	/		/

Género

Objetivos de apoyo	Andalucía	Aragón	Baleares	Canarias	Castilla-La Mancha	Castilla-León	Cataluña	Extremadura	Galicia	La Rioja	Murcia	Navarra	País Vasco	Comunidad Valenciana
Sistemas de información	/	♀ / ♀	/		/	/	/	/	/♀	/	/			/
Formación	/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/		/
Investigación	/	/	/	/	/	/		/		/	/	/		/

En la tabla 9 se observa la comparación entre diferentes periodos. Andalucía hace propuestas de reducción de desigualdades en los tres objetivos de apoyo e incluye un nuevo objetivo relacionado con la utilización de las nuevas tecnologías y de reducción de la brecha digital y su impacto en salud por género y NSE. Canarias aumenta sus propuestas en formación e investigación en desigualdades. En la Comunidad Valenciana este nuevo plan incluye cuestiones relacionadas con la formación en perspectiva de género y propone mejorar la descripción de las variables relacionadas con el género y el NSE. En Galicia se reduce lo que había y en Castilla-León, Cataluña, la Rioja y Navarra no se describe nada.

Tabla 9. Sensibilidad operativa. Objetivos de apoyo. Comparación temporal

Andalucía					Canarias				
Objetivos de apoyo	1999-2002		2003-2008		Objetivos de apoyo	1997-2001		2004-2008	
	Género		NSE			Género		NSE	
Sistemas de información	/	♀	/	/⊖	Sistemas de información	/		/	
Formación	/	♀	/	/⊖	Formación	/	♀	/	/
Investigación	/	♀	/	/⊖	Investigación	/	♀	/	/⊖
Nuevas Tecnologías		♀		♀					

Castilla y León

Objetivos de apoyo	1998	2008-2012	1998	2008-2012
	Género		NSE	
Sistemas de información	/		/	
Formación	/		/	
Investigación	/		/	
Nuevas Tecnologías				

Comunidad Valenciana

Objetivos de apoyo	2001-2004	2005-2009	2001-2004	2005-2009
	Género		NSE	
Sistemas de información	/	♀	/	/ ♂
Formación	/	♀	/	/
Investigación	/	/	/	/
Nuevas Tecnologías	/			/

La Rioja

Objetivos de apoyo	2009-2013	1998	2008-2012
	Género		NSE
Sistemas de información	/	/	/
Formación	/	/	/
Investigación	/	/	/
Nuevas Tecnologías	/		/

Cataluña

Objetivos de apoyo	2002-2005	2006-2010	2002-2005	2006-2010
	Género		NSE	
Sistemas de información	/		/	
Formación	/		/	
Investigación				
Nuevas Tecnologías				

Galicia

Objetivos de apoyo	2002-2005	2006-2010	2002-2005	2006-2010
	Género		NSE	
Sistemas de información	♀		/	♂
Formación				
Investigación				
Nuevas Tecnologías				

Navarra

Objetivos de apoyo	2001-2005	2006-2012	2001-2005	2006-2012
	Género		NSE	
Sistemas de información				
Formación	/		/	
Investigación	/		/	
Nuevas Tecnologías				

4. ¿Qué nos dicen estos resultados?

Dentro de los principios y valores que rigen las estrategias o planes de salud en las CCAA, la equidad y las desigualdades se han incluido de forma explícita, en mayor o menor medida, como una prioridad y un valor que debería regir las políticas de salud y de servicios sanitarios. En lo que hemos llamado sensibilidad operativa y que mide las propuestas concretas en la atención de los problemas de salud, en los entornos para la salud y en los objetivos de apoyo para su desarrollo, esta sensibilidad es en general menor. Estos resultados apoyan la idea de que es más fácil tener la equidad como valor u objetivo general y explicitarlo así, que hacer propuestas y operativizarlas en cuestiones concretas dentro de los planes de salud.

Las CCAA en las que se ha realizado el análisis longitudinal, globalmente han aumentado tanto la sensibilidad simbólica como la operativa, aunque esta última en menor medida. De los tres aspectos donde se ha construido el índice, es en los problemas de salud donde hay más propuestas de reducción de las desigualdades y en género más que en NSE.

El País Vasco tiene un único plan de salud y es la CCAA con mayor puntuación de sensibilidad tanto para el género como para el NSE. Cataluña le seguía en cuanto a número de propuestas dirigidas a los problemas de salud en cuestiones de género. Comparándolo con la nueva propuesta de plan de salud que se incluye en este análisis, sus índices de sensibilidad simbólica y operativa aumentan tanto para género como NSE. El plan contiene un número importante de propuestas de reducción de las

desigualdades en los problemas y en los entornos para la salud, tanto para género como NSE, aunque no para los objetivos de apoyo. Andalucía es la Comunidad Autónoma que más crece en cuanto al número de propuestas y que estas se encuentran en todos los aspectos operativos del plan, aunque tiene más propuestas en cuestiones de género que de nivel socioeconómico. También el plan de Castilla–León, comparándolo con el anterior, tiene índices de sensibilidad simbólica altos que se correspondería con su esfuerzo por explicitar propuestas, sensibilidad operativa, de reducción de desigualdades de género en todos los aspectos del plan pero, aún siendo alto, en menor medida para el nivel socioeconómico.

También es importante mencionar que algunas Comunidades Autónomas incluyen un capítulo específico relacionados con grupos vulnerables o reducción de desigualdades. Esto ha resultado difícil de analizar con la guía de lectura, y no se ha incluido, por la diversidad de temas y la diferente selección que cada CCAA ha considerado para su inclusión; desde cuestiones relacionadas con minorías étnicas españolas como el colectivo gitano, con inmigrantes de países en vías de desarrollo, prostitución, población vulnerable por su nivel socioeconómico o precariedad laboral o enfermedades raras.

En esta comparación de los nuevos planes, ha aumentado el número de propuestas relacionadas con la equidad teniendo como foco de atención la intervención sobre los entornos, fundamentalmente en Andalucía y Cataluña. Esto podría deberse a su identificación como elemento clave para desarrollar políticas intersectoriales con objetivos de mejora en salud en línea con la formulación de Promoción de Salud de la carta de Ottawa.¹⁸ Sin embargo son estos apartados los que menor información descriptiva aportan. Esta debilidad en su descripción es debida a la poca información que se dispone de forma sistemática sobre la implantación de intervenciones en promoción de salud y en reducción de desigualdades. Desde Promoción de salud se sabe que se realizan en las escuelas, en los barrios, en las ciudades., actividades de intervención, algunas dirigidas a la reducción de desigualdades, con mucha más frecuencia de lo que somos capaces de encontrar descritas. Esta situación se pudo observar también por ejemplo, en el último congreso de la Sociedad Española de Salud y Administración Sanitaria donde se presentó información de muchas intervenciones dirigidas a la reducción de las desigualdades. Sin embargo una comunicación presentada allí mismo cuyo objetivo era describir las intervenciones para la reducción de las desigualdades y que hacía una búsqueda sistemática en las páginas Web de todas las CCAA y contacto directo con las direcciones generales de salud pública, no fue capaz de identificar ninguna.¹⁹ Sería deseable un sistema de información de casos, descritos por un conjunto mínimo de variables clave, que recogiera la complejidad de la intervención, ayudara a conocer mejor el resultado de estas intervenciones, y produjera información susceptible de ser evaluada, discutida y analizada, de forma que hiciera visible la intervención en población sana que se lleva a cabo en los diferentes entornos.^{20 21 22}

En cualquier caso es importante decir que la falta de información sobre efectividad de las intervenciones en desigualdades tiene que ver con esto mismo. No existe un sistema de información que sea capaz de recoger la complejidad de los procesos de las intervenciones, no es fácil decidir cuales son los resultados que podemos considerar pertinentes en la evaluación de este tipo de intervenciones, qué resultados se esperan obtener, cuanto tiempo debemos esperar para su evaluación. En cualquier caso sí sabemos que la mayoría de registros necesitan mucho tiempo para

poder dar información aceptable, y tener información y poder analizarla es imprescindible para poder discutir su efectividad. Existe además una cuestión añadida, que para financiar iniciativas relacionadas con las desigualdades se exigen unos niveles de efectividad que no siempre se tienen para financiar otros recursos en los servicios sanitarios; y una cuestión relacionada con la evidencia, su significado y quien lo interpreta. Más exactamente qué evidencia de beneficio en salud es aceptable para quienes toman decisiones y quienes investigan y qué beneficio en salud es aceptable para quienes están en situación de desigualdad y van dirigidas las posibles intervenciones, ya que en muchas ocasiones pueden no coincidir, por ejemplo con los beneficios que obtiene las personas que viven en los barrios pobres y deprimidos ²³.

Esta descripción que se ha realizado sobre la sensibilidad a las desigualdades en los planes de salud tiene sus limitaciones. Hay algunas CCAA que publican un análisis descriptivo de la situación de salud por nivel socioeconómico y sexo en una publicación aparte y no lo incluyen en su plan de salud. Su sensibilidad a las desigualdades para la descripción de la situación puede aparecer más baja de lo que en realidad es. La Comunidad Valenciana sería un ejemplo ya que tiene la encuesta analizada para todas las variables por NSE y sexo²⁴. También sabemos de la situación de Navarra que tiene un programa específico de atención a la salud de la población gitana que ha ganado varios premios²⁵ y que no aparece descrito en el plan de salud, ni es fácil de encontrar en su página Web, y seguro que esta situación se pueda dar en otras CCAA, ya que no se ha revisado más que los documentos mencionados. Sin embargo, pensamos que esto no invalida la información general que aporta este tipo de análisis, que puede ser complementado con otros para mejorar el conocimiento de cómo se incorpora la reducción de las desigualdades a las propuestas de políticas de salud y de servicios sanitarios.

Este tipo de descripción tiene también varias ventajas, es relativamente rápido de realizar y sus resultados son fácilmente entendibles por la población y por las personas no especializadas en el tema; también la ventaja de identificar aquellas CCAA con experiencias de buena práctica que permitirían incorporar y difundirla rápidamente.

Madrid y Cantabria no tenían plan de salud en la primera descripción que se hizo y continúan sin tenerlo. Asturias si publicó uno, aunque no lo hemos adjuntado ya que se ha pasado el periodo de vigencia y no tenía otro para comparar. Baleares si se analizó en el estudio previo, y el periodo del plan que se publicó después finalizó en el 2007. Las otras CCAA tienen todavía vigente el plan anterior o están en proceso de realizar el siguiente y no se incluyeron.

Una cuestión que tiene importancia es hasta que punto los planes comprometen a los diferentes gobiernos autonómicos y por lo tanto actúan como instrumento de transparencia social y de posibilidad de rendimiento de cuentas. Hemos revisado buscando específicamente si estaban o no aprobados por el equipo de gobierno y en todos los planes que se han analizado dicen que han sido aprobados por el Gobierno Autonómico o explicitan en el texto que la Ley de Ordenación Sanitaria Autonómica ordena tener un plan de salud aprobado y ese plan es el resultado de ese mandato. Por tanto asumimos que todos los planes tiene el mismo nivel de implicación de gobierno y que en algunas CCAA las desigualdades son por tanto más prioritarias que en otras como se ha podido observar en la descripción.

Ciertamente una cuestión importante es si estas propuestas dirigidas a reducir desigualdades tienen una financiación específica. En los planes de salud hay mucha diversidad en cuanto a la información que se presenta sobre financiación. Pero aparte de un incipiente análisis de presupuestos de género, no hay mucho más sobre como se distribuye el dinero para reducir las desigualdades y cuanto se dirige a ese objetivo. Hasta donde sabemos tampoco existe una herramienta para utilizar en el análisis de los presupuestos en los planes de salud y por tanto no se incluye nada de este importante tema en esta descripción que se presenta.

Podemos concluir que se necesitan hacer propuestas de casos demostración por todo el territorio y que se implanten en diferentes entornos dirigidas a intervenir sobre los determinantes, que se vayan retroalimentando y modificando sobre la práctica. Al mismo tiempo es necesario iniciar sistemas de información más complejos, pero posibles con las nuevas tecnologías, que nos permitan monitorizar las intervenciones que se realizan, tanto los procesos como los resultados, que ayuden por una parte a mejorar la toma de decisiones y por otra a dar visibilidad a pequeñas intervenciones diseminadas que se llevan a cabo por todo el territorio desde las diferentes CCAA y que quedan olvidadas. Esta inexistencia de información profundiza el gran escalón que hay entre el conocimiento epidemiológico relacionado con la distribución de la enfermedad y el conocimiento de promoción de salud relacionado con la implantación de intervenciones, a diferentes niveles, que la modifican. También sobre cuanto presupuesto del total se destina al objetivo de reducir las desigualdades. Y en general a que los documentos de políticas sean un instrumento de transparencia social real como su intención pretende, así como instrumento de participación y distribución del conocimiento sobre las propuestas de acción de gobierno en temas de salud y de reducción de las desigualdades en salud.

Bibliografía

- ¹ Benach J. La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gac Sanit.* 1997;11:255-7.
- ² Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health; 2007.
- ³ Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Q* 1998;76:469-92.
- ⁴ Escolar A. editor. Primer informe de desigualdades y salud en Andalucía. [citado 16 de marzo 2009]. Disponible en <http://adsp.andalucia.googlepages.com/>
- ⁵ Borrell C, García-Calvente, Marti-Bosca VV editores. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: la salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit.* 2004;18 suppl 1.
- ⁶ Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Águeda Q, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. *Lancet.* 2006;368:1033-7.
- ⁷ Borrell C, Espelt A, Rodríguez-Sanz M. Politics and health. *J Epidemiol Comm Health.* 2007;61:658-9.
- ⁸ Borrell C, Artazcoz C. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2008;22:465-73.
- ⁹ Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security. Reducing health disparities. Roles of the health sector. Discussion paper, 2005 [citado 17 de marzo 2009]. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_recommended_policy.pdf
- ¹⁰ Whitehead M, Dahlgren G, Concepts and principles for tackling social inequities in health. *Levelling up (I)*. [Citado 17 de Marzo 2009] Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>
- ¹¹ Walt G. *Health Policy. An introduction to process and power.* London: Zed Books; 1994
- ¹² Subirats J. El análisis de las políticas públicas. *Gac Sanit* 2001;15:259-64.
- ¹³ Meny I, Thoenig JC. *Las políticas públicas.* Barcelona: Ariel Ciencia Política; 1992.
- ¹⁴ Organización Mundial de la Salud. *Objetivos de salud: salud para todos en el año 2000.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1991.

-
- ¹⁵ Research Unit in Health and Behavioural Change. University of Edinburgh. Changing the Public Health. London: John Wiley & Sons; 1989.
- ¹⁶ Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 2:36-46.
- ¹⁷ Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín MI, Colomer C, Zafra E, et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gac Sanit.* 2005;19(4):277-86
- ¹⁸ Ottawa Charter for Health Promotion. [Bull Pan Am Health Organ.](#) 1987;21(2):200-4
- ¹⁹ Peiró R, Aviñó D, Talavera M, Mas R, Fernández MC, Torremocha X, et al. Sensibilidad a las desigualdades en algunos de los programas de salud de las Comunidades Autónomas. *Gac. Sanit.* 2009; 23(Espec Congr 1): 289
- ²⁰ Pereira VL, Arruda JM, Barroso MA, Lobato Mde F, Ribeiro NZ, Zandonadil RC, et al. Analyzing the outcomes of health promotion practices. [Promot Educ.](#) 2007;Suppl 1:21-6
- ²¹ Mittelmark MB, Wise M, Nam EW, Santos-Burgoa C, Fosse E, Saan H, et al. Mapping national capacity to engage in health promotion: overview of issues and approaches. [Health Promot Int.](#) 2006;21 Suppl 1:91-8.
- ²² Judd J, Frankish CJ, Moulton G. Setting standards in the evaluation of community-based health promotion programmes--a unifying approach. [Health Promot Int.](#) 2001;16:367-80.
- ²³ Armitage M. Povall S. Practical issues in translating evidence into policy and practice. En: Oliver A, Exworthy M (Eds). *Health inequalities. Evidence, policy and implementation. Proceedings from a meeting of the Health Equity Network.* [Citado 8 de Enero de 2009]. Disponible en www.nuffieldtrust.org.uk
- ²⁴ Alfonso Gil R, Sanchis Álvarez JB (coord.). *Encuesta de salud de la Comunidad Valenciana.* Valencia: Conselleria de Sanitat, 2007. [citado 17 de marzo 2009]. Disponible en <http://www.san.gva.es/docs/encuesta/7escv05.pdf>
- ²⁵ Instituto de Salud Pública de Navarra. Programa de promoción de salud de la comunidad gitana Navarra 1987-2007. [citado 17 de marzo 2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/premiados2007.pdf>

Anexo. Planes de salud analizados

III Plan de Salud de Andalucía, 2003-2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. [Citado 19 de Noviembre 2008]. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/>

Plan de Salud de Canarias, 2004-2008. Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias [Citado 16 de Noviembre 2008]. Disponible en:

http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/1/plansalud/plansalud2004_2008/ppal.htm

III Plan de Salud de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. [Citado 4 de Noviembre de 2008]. Disponible en <http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/institucion/>

Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. [Citado 28 de Noviembre de 2008]. Disponible en <http://www20.gencat.cat/portal/site/pla-salut>

II Pla de Salut de la Comunitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. [Citado 22 de Noviembre 2008]. Disponible en <http://www.san.gva.es/val/inst/homeinst.html>

Plan de Saude de Galicia, 2006/2010. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. [Citado 11 de Diciembre de 2008]. Disponible en <http://www.sergas.es>

Plan de Salud de Navarra 2006-2012. Departamento de Salud. [Citado 13 de Diciembre 2008].

Disponible en

http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/

II Plan de Salud La rioja 2009-2013. Rioja Salud. Gobierno de la Rioja. [Citado 16 de julio 2009]

Disponible en <http://www.riojasalud.es/>

III Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007. Murcia Salud. Región de Murcia. [Citado 30 de julio 2009] Disponible en <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=28242&idsec=346>